
JAHRESBERICHT
ÜBER DIE
FORTSCHRITTE
AUF DEM
GEBIETE DER
GEBURTSHILFE
UND
GYNAKOLOGIE

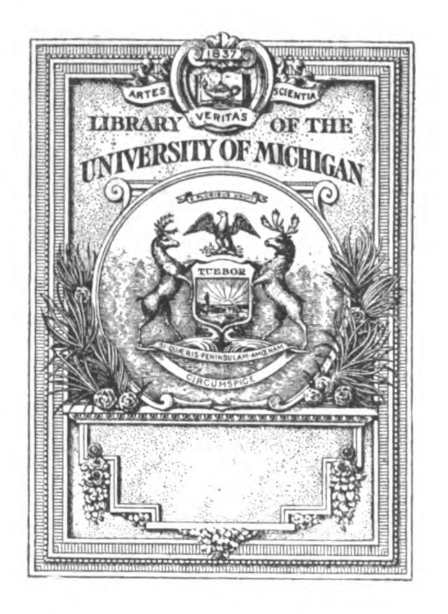

28-30
1914-16
UNIV.
OF
MICH.


28-30
1914-16
UNIV
OF
MICH



B 3 9015 00244 317 7
University of Michigan – BUHR





1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE




JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE



JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE.

UNTER DER MITWIRKUNG VON

DR. L. ADLER (WIEN), DR. K. BAISCH (STUTTGART), CAND. MED. M. M. BECKER (HALLE), DR. E. BRACHT (BERLIN), DR. KR. BRANDT (CHRISTIANIA), DR. K. FRANZ (BERLIN), DR. H. W. FREUND (STRASSBURG I/E.), DR. A. HAMM (STRASSBURG I. E.), DR. F. HEIMANN (BRESLAU), DR. R. HIRSCH (BERLIN), DR. F. HITSCHMANN (WIEN), DR. O. HORN (KOPENHAGEN), DR. R. JASCHKE (GIESSEN), DR. F. KERMAUNER (WIEN), DR. L. KNAPP (PRAG), DR. A. J. M. LAMERS (AMSTERDAM), DR. S. LINDQVIST (STOCKHOLM), CAND. MED. E. LOEWENHARDT (HALLE), DR. A. MEISSNER (HALLE), DR. MENDES DE LEON (AMSTERDAM), DR. R. MEYER (BERLIN), DR. M. STICKEL (BERLIN), DR. M. STUMPF (MÜNCHEN), DR. TEMESVÁRY (BUDAPEST), DR. J. VEIT (HALLE), DR. ZUR VERTH (KIEL), CAND. MED. E. WEISHAUPT (BERLIN).

REDIGIERT VON

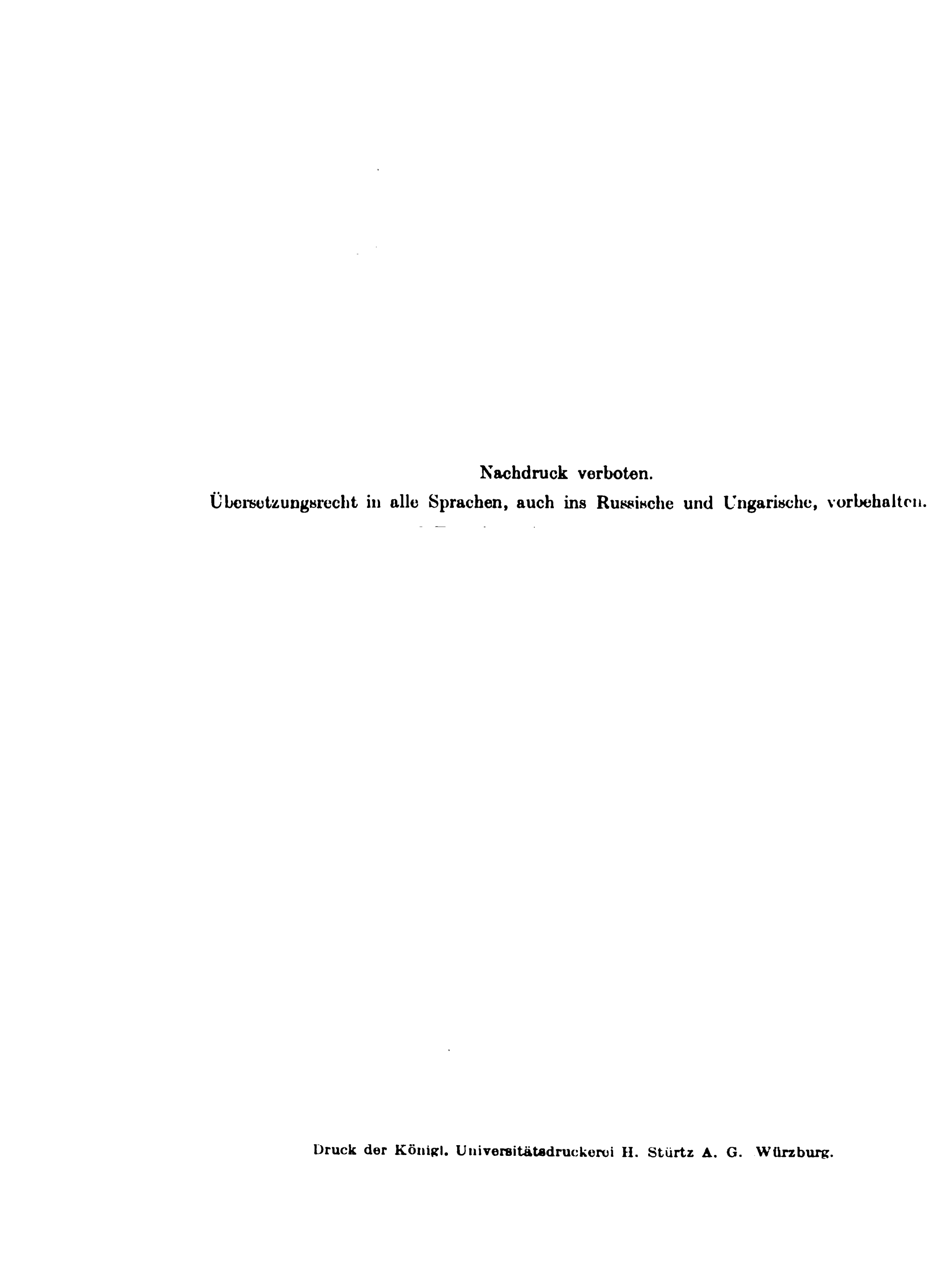
PROF. DR. K. FRANZ IN BERLIN. UND PROF. DR. J. VEIT IN HALLE.

REGISTER BEARBEITET VON PROF. DR. ROTH (HALLE A/S.)

XXVIII. JAHRGANG.

BERICHT ÜBER DAS JAHR 1914.

WIESBADEN.
VERLAG VON J. F. BERGMANN.
1915.



Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G. Würzburg.

JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE.

UNTER DER MITWIRKUNG VON

DR. L. ADLER (WIEN), DR. K. BAISCH (STUTTGART), CAND. MED. M. M. BECKER (HALLE), DR. E. BRACHT (BERLIN), DR. KR. BRANDT (CHRISTIANIA), DR. K. FRANZ (BERLIN), DR. H. W. FREUND (STRASSBURG I/E.), DR. A. HAMM (STRASSBURG I/E.), DR. F. HEIMANN (BRESLAU), DR. R. HIRSCH (BERLIN), DR. F. HITSCHMANN (WIEN), DR. O. HORN (KOPENHAGEN), DR. R. JASCHKE (GIESSEN), DR. F. KERMAUNER (WIEN), DR. L. KNAPP (PRAG), DR. A. J. M. LAMERS (AMSTERDAM), DR. S. LINDQVIST (STOCKHOLM), CAND. MED. E. LOEWENHARDT (HALLE), DR. A. MEISSNER (HALLE), DR. MENDES DE LEON (AMSTERDAM), DR. R. MEYER (BERLIN), DR. M. STICKEL (BERLIN), DR. M. STUMPF (MÜNCHEN), DR. TEMESVÁRY (BUDAPEST), DR. J. VEIT (HALLE), DR. ZUR VERTH (KIEL), CAND. MED. E. WEISHAUPT (BERLIN).

REDIGIERT VON

PROF. DR. K. FRANZ IN BERLIN. UND PROF. DR. J. VEIT IN HALLE.

REGISTER BEARBEITET VON PROF. DR. ROTH (HALLE A/S.)

XXVIII. JAHRGANG.

BERICHT ÜBER DAS JAHR 1914.

WIESBADEN.
VERLAG VON J. F. BERGMANN.
1915.

Inhalt.

I. Gynäkologie.

II. Geburtshilfe.

Aufforderung.

Die Redaktion des vorliegenden Jahresberichts richtet an die Herren Fachgenossen die Bitte, sie durch Übersendung von Separatabdrücken ihrer Veröffentlichungen weiter zu unterstützen und insbesondere an die Vorstände der Kliniken die Bitte, die jungen Doktoren zur Einsendung ihrer Dissertationen zu veranlassen.

Sämtliche Literaturangaben, bei welchen das Jahr des Erscheinens nicht besonders bemerkt ist, sind auf das Berichtsjahr — 1914 — zu beziehen.

I. TEIL.

GYNÄKOLOGIE.

1.

Lehrbücher.

Referent: Prof. Dr. J. Veit.

---

1. *Baisch, K., Leitfaden der geburtshilflichen und gynäkologischen Untersuchung. 2. Aufl. Leipzig, Georg Thieme.
2. Bandler, S. W., Medical Gynecology. Philadelphia-London. 3. Edition. (Berücksichtigung auch der Lehre von der inneren Sekretion.)
3. Düttmann, Die Frauenleiden. Gemeinverständlich dargestellt. München, Verl. d. ärztl. Rundschau.
4. *Findley, P., A treatise on the diseases of women, for students und practitioners, London.
5. *Fraenkel, L., Normale und pathologische Sexualphysiologie des Weibes. Kurzgefasstes Handbuch der gesamten Frauenheilkunde. Gynäkologie und Geburtshilfe f. d. prakt. Arzt von W. Liepmann. Bd. 3. Leipzig. F. C. W. Vogel.
6. *Frankl, O., Pathologische Anatomie und Histologie der weiblichen Genitalorgane in kurzgefasster Darstellung. Kurzgefasstes Handbuch der gesamten Frauenheilkunde Gynäkologie und Geburtshilfe f. d. prakt. Arzt. Von W. Liepmann. Bd. 2. Leipzig, F. C. W. Vogel.
7. Fürst-Flatau, Leitfaden der weiblichen Gesundheitspflege. Würzburg, Kabitzsch.
8. Jacobs, Le nouveau fantôme de Blumreich. Rev. de gynéc. et de chir. abdom. Tome 21. p. 129.
9. *Jankau, L., Taschenbuch für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 4. umgearb. u. verm. Aufl. Leipzig, Repertorienverlag.
10. Jeannin et Guéniot, Thérapeutique obstétricale et gynécologique. Paris, J. B. Baillière et fils.
11. *Labadie-Lagrave et Felix Legueu, Traité médico-chirurgical de gynécologie. 4. Aufl. Paris, Felix Alcan.
12. Liepmann, W., Kurzgefasstes Handbuch der gesamten Frauenheilkunde. Gynäkologie und Geburtshilfe für den praktischen Arzt. Sechs Bände in künstlerischer illustrativer Ausstattung. Leipzig, F. C. W. Vogel. (Erschienen ist Bd. 2 und Bd. 3.)
13. Polak, John Osborn, Modern methods in obstetrical and gynecological teaching. Med. Times. Vol. 41. Nr. 10.
14. *Polano, Oscar, Geburtshilflich-gynäkologische Propädeutik. Eine theoretische und praktische Einführung in die Klinik und in die Untersuchungskurse. Würzburg, Curt Kabitzsch.
15. Schlimpert, Hans, Erfahrungen mit dem Blumreichschen Phantom im Unterricht. Münchn. med. Wochenschr. Jg. 61. Nr. 13. S. 710—712. (Warme Empfehlung auf Grund der Erfahrungen im Unterricht.)

16. Strassmann, Paul, Arznei- und diätetische Verordnungen für die gynäkologisch-geburtshilfliche Praxis aus der Frauenklinik. 2. erw. Aufl. Berlin.
17. *Witzel, Pankow und Janssen, Eine Woche Bauchchirurgie für chirurgische und gynäkologische Ärzte. Vorträge in dem II. Kursus über die Fortschritte der Chirurgie, geh. in d. chir. u. gyn. Klinik d. Akad. f. prakt. Ärzte, Düsseldorf.

Von dem kurzgefassten Handbuch der gesamten Frauenheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe, welches W. Liepmann (12) plant, ist der zweite und dritte Band erschienen: Frankl (6) stellt die pathologische Anatomie und Histologie der weiblichen Genitalien dar. Das einzige Bedenken, das Referent gegen das Lehrbuch anführen kann, ist der Titel „kurzgefasst". Darum handelt es sich in diesem Lehrbuch tatsächlich nicht, sondern der Wert des Buches liegt hier in einer vortrefflichen, aber ausführlichen Darstellung beider Fächer, welche uns beschäftigen. In Frankls Abschnitt finden wir eine Arbeit, wie wir sie seit dem Werke von Ruge und Gebhardt nicht gehabt haben. Die Organe werden der Reihe nach durchgegangen und auf Grund eigener Arbeit nimmt bei den meisten Gegenständen der Verfasser seinen Standpunkt ein. Das Buch liefert uns eine Grundlage für alle weiteren Arbeiten auf dem Gebiete der Pathologie unsres Faches.

Der erste Abschnitt umfasst den Uterus, der zweite die Plazenta, der dritte die Tube, der vierte das Ovarium, der fünfte das Parovarium, der sechste die Vagina, der siebente die Vulva, der achte das Peritoneum und der neunte das Beckenbindegewebe.

Es kann nicht die Aufgabe dieser kurzen Anzeige sein, eine Kritik des Buches zu geben. Es stellt ein fleissiges Stück Arbeit dar, welches mit zahlreichen, fast will es mir scheinen, allzu zahlreichen und manchmal recht wenig demonstrativen Abbildungen geschmückt ist.

Verfasser bemüht sich, den verschiedenen Auffassungen der neueren Zeit, wie sie in der Literatur niedergelegt sind, unparteiisch gerecht zu werden, indem er sie darstellt und nach der Darstellung meist den Versuch macht, zwischen entgegenstehenden Anschauungen zu vermitteln.

Einzelheiten sollen hier nicht hervorgehoben werden; manches fordert aber die Kritik heraus. Schon bei der pathologischen Anatomie des Uterus und seiner Missbildungen fehlt das solide bikorne Uterusrudiment. Die einzelnen Fälle, die erwähnt werden, geben kein klares Bild von der eigentümlichen mangelhaften Bildung des Uterus, wie wir sie in den übrigen Lehrbüchern unseres Faches finden. Die Schwierigkeit der Vereinigung von Gynäkologie und Geburtshilfe hat es wohl mit sich gebracht, dass unter der Überschrift „Tube" die ganze Extrauterinschwangerschaft, also auch die Eierstockschwangerschaft, mit abgehandelt wird, während sie in dem Kapitel Ovarium fehlt. Doch sind dies nur kleine Ausstellungen, welche natürlich vermehrt werden könnten, welche aber nicht dazu führen sollen, ernste Bedenken zu erheben, sondern welche nur zeigen sollen, mit wie lebhaftem Interesse Referent das Buch studiert hat.

Frankls Abschnitt stellt den zweiten Band des Handbuches dar, für das sechs Bände in Aussicht genommen sind. Der dritte Band umfasst die „normale und pathologische Sexualphysiologie des Weibes" von L. Fränkel (5) und die „Physiologie und Pathologie der Geburt" von Jaschke. Da hier nur die gynäkologischen Kapitel besprochen werden sollen, so kann von diesem Werke verhältnismässig nur wenig erörtert werden. Von Interesse ist schon vielleicht die Überschrift der gynäkologischen Kapitel. Sie umfasst die Bildung und Reifung der Gonade und Gamete, äussere Sekretion des Eierstocks. Dann folgt ein sehr interessantes und modern geschriebenes Kapitel: Bildung und Reifung der Glandula, Endocrina, Epithelialis und Interstitialis. Dann folgt der Geschlechtstrieb und Geschlechtsbefriedigung, Spermaeinwanderung und Konzeption, weiter

die Lehre von der Menstruation, der Pubertät und abermals die Betrachtung der Funktionen der Sexualorgane im Verhältnis zur inneren Sekretion der übrigen Drüsen. Kapitel über die Arbeitsteilung des Eierstocks und die Gesamtleistung, sowie die Physiologie des Genitalschlauches an sich und in den Beziehungen zu den anderen Organen schliessen den interessanten Band.

Es handelt sich hier um ein Werk, welches den Versuch macht, neue Gesichtspunkte in der Darstellung der Pathologie und Physiologie zu geben. Auch in diesem Bande sind natürlich Einzelheiten der Kritik sehr zugänglich. Das ganze Werk aber zeugt von einer ehrlichen Absicht, unser Fach zu fördern und der Praxis, wie dem Unterricht und der Wissenschaft zu dienen.

Wie schwierig es ist, Wiederholungen zu vermeiden, geht daraus hervor, dass auch in diesem dritten Bande die Anatomie der Extrauterinschwangerschaft an den verschiedenen Stellen abermals besprochen wird und leicht würde es sein, gewisse Unstimmigkeiten mit dem ersten Teil zu finden.

Wir sind auf die weitere Fortsetzung des Handbuches begierig und hoffen, dass die übrigen Abschnitte in gleicher Weise originell und geistreich geschrieben sind.

Findleys (4) Lehrbuch wendet sich an Studierende und Ärzte und gibt eine gute Darstellung der Auffassungen der englischen Ärzte über die Gynäkologie, ohne übrigens viel Neues zu bringen und ohne in dem Charakter von früheren Auflagen des Werkes sich zu unterscheiden, welche in diesem Jahresbericht besprochen sind.

Labadie-Lagrave (11) besprechen in der III. Auflage ihres Buches die gynäkologische Therapie. Die allgemeinen Gesichtspunkte, Diagnostik und Anästhesie, sowie die Massage und die Elektrotherapie sind ausführlich behandelt. Die Darstellung ist modern. Die Verfasser haben auch an verschiedenen Stellen gezeigt, dass sie selbständig zu untersuchen vermögen und nicht nur eine Zusammenfassung der Lehren geben wollen, wie sie von anderer Seite begründet wurden. Sie bemühen sich, in eigener Kritik das Erreichte zu prüfen.

In dem kurzen Lehrbuch der Diagnostik und Propädeutik von Polano (14) wird die Einführung in die Klinik in glücklicher Weise behandelt. Besonders wertvoll erscheint es, dass der Verfasser eine kurze Übersicht über die Anatomie und Entwicklungsgeschichte vorausschickt, sowie über die allgemeine Lehre der Pathologie, soweit nötig, den jungen Mediziner aufklärt. Die Diagnostik und Methodik der Untersuchung ist klar dargestellt.

Auch in dem Buch von Baisch (1), das nun schon in II. Auflage vorliegt, wird der gleiche Zweck in glücklicher Weise erreicht. Auch hier theoretische Grundlage und gynäkologische Diagnostik, übrigens auch die geburtshilfliche Methodik dargestellt. Die beiden letztgenannten Bücher sind dem Unterricht der studierenden Jugend gewidmet.

Eine andere Aufgabe erfüllen die Vorträge, welche Witzel, Pankow und Janssen (17) herausgegeben haben. Die allgemeinen Grundsätze der Bauchchirurgie werden nach den neuesten Methoden zusammengestellt. Auch wird die Strahlentherapie ausführlich behandelt. Es wendet sich dieses Werk wesentlich an die Ärzte, welche weiter fortgebildet zu sein wünschen.

Jankaus (9) Buch ist eine kurze Zusammenstellung der Geburtshilfe und Gynäkologie für den Praktiker in Form eines Kalenders.

II.

Elektrizität, Röntgentherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Massage, Gymnastik, Heissluftbehandlung, Bäderbehandlung.

Referent: Prof. Dr. H. W. Freund.

---

1. Auerbach, Sigm., Über instrumentelle Bauchmassage. Therap. Monatsh. März. (Kugelmassage.)
2. Bickel, Moderne Radium- und Mesothoriumtherapie. Berlin, Hirschwald.
3. Braude, Zur Technik der Mesothorium-Therapie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. (Löhleinsches Hartgummi-Scheidenpessar mit eingepassten Metallschälchen, von einem Kondom oder Okklusivpessar überzogen, schützt die Vagina und sichert die Lagerung des Mesothoriumröhrchens.)
4. Brill, C., Über Heilwirkungen von Licht- und Wärmestrahlen. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 8. (Hohlapparat mit elektrischer Lichtquelle zur aktiven Hyperämie.)
5. Bromberg, R., Thermotherapie bei Gonorrhoe. Ebendas. Nr. 4.
6. Bucky, Röntgenverbrennung nach gynäkologischer Tiefenbestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. S. 2330.
7. Bumm, E., Demonstration zur Röntgenbehandlung und des Röntgenzimmers. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 618.
8. Buzzoni, L'idrotherapia vaginale. L'arte obstet. Nr. 12.
9. Cary, Will., Feststellung der Durchgängigkeit der Tuben durch Kollargol und Röntgenstrahlen. Amer. Journ. of Obst. March. (Langsames intrauterines Einspritzen von 20 ccm Kollargol. Die normale Tube bildet einen langen, am Ende gezackten Schatten, die undurchgängige gar keinen oder einen sehr kurzen. — Die Untersuchungen bedürfen der Nachprüfung. Ref.)
10. Davidsohn, Felix, Zur Technik der Tiefenbestrahlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 7.
11. Delassus, Gynäkologische Massage. Journ. de Scienc. Lille. 2 Mai.
12. Dessauer, F., Radium, Mesothorium und harte X-Strahlen und die Grundlagen ihrer medizinischen Anwendung. Leipzig.
13. — Lässt sich die γ-Strahlung des Radium künstlich in Röntgenröhren herstellen? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18 u. 33.
14. Dominici, Radiumthérapie des cancers. Presse méd. Nr. 41.
15. Dubois, Ch., Histoire d'une radiodermite chronique. Rev. méd. Suisse romande. XXXIV. Nr. 1.
16. Eckstein, Über unbekannte Wirkungen der Röntgenstrahlen und ihre therapeutische Verwendung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1590. (Angeblich schmerzstillend bei Neuralgien, Rheumatismus etc.)
17. Edelberg, Ein Ovarialbefund nach Röntgenbehandlung. Gyn. Rundschau. Heft 4. (Ein Ovar völlig, das andere nur teilweise atrophiert.)
18. Eden, Neuere Versuche zur biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen. Berl. klin. Wochenschr. p. 1752. (Einfluss auf Erythrozyten.)
19. Eder, Zur Kenntnis der Eigenschaften der radioaktiven Substanzen und ihrer Anwendungen. Monatsschr. f. Geb. 40. Heft 2.

19a. Fabius, Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Ned. Gyn. Ver. 5. April. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jaarg. (Bestrahlt wurden Frauen mit klimakterischen Blutungen, Myomen, malignen Tumoren des Uterus und mit Pruritus vulvae. Bei klimakterischen Blutungen immer erst eine Probeauskratzung. Sechs Fälle, von welchen drei amenorrhoisch wurden und drei erheblich gebessert. 10 Myome mit gutem Erfolg bestrahlt. Sämtliche Patienten wurden nach der Methode Kirchstein be-

strahlt, mit harten Röhren und Focus. Hautentfernung 30 cm, Aluminiumfilter 3 mm, 15—20 X per Oberfläche. Bestrahlung jede zwei oder drei Wochen. Keine Nachteile. Bei malignen Tumoren und Uteruskarzinom noch zu wenig Erfahrung. Driessen meint, dass die Wirkung der Strahlen nicht nur die Eizelle trifft, sondern auch das Myom und die Mucosa uteri selbst.) (Mendes de Leon.)

20. Fehling, Operative und Strahlenbehandlung bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten der Gebärmutter. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
21. Finzi, Neuere Arbeiten auf dem Gebiete der Radio- und Elektrotherapie. Practit. Febr.
22. Fränkel, Manfr., Die Fehlerquellen der heutigen Röntgendosierung. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 76. Heft 1. p. 288.
23. — Die Reizwirkungen der Röntgenstrahlen und ihre therapeutische Verwendung bei Chlorose. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
24. Freund, H. W., Intraperitoneale Verwendung von Radium. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 25. (55jährige Patientin. Sieben Jahre nach abdominaler Totalexstirpation wegen Cervixkrebs Rezidiv im paraproktitischen Bindegewebe. Heilung mit Mesothorium. Ein halbes Jahr später Metastasen längs der Wirbelsäule hinter dem Magen. Laparotomie. Eröffnung der Bursa omentalis. Dreimal 24 Stunden Einlegen von 80 mg Radium in Messingröhrchen, die mit Gaze umwickelt sind. Anfangs heftiges Erbrechen, keine Temperaturerhöhung. Patientin nach neun Monaten beschwerdenfrei.)
25. — Die therapeutische Verwendung von Radium und Mesothorium. Strassb. med. Zeitg. Heft 1.
26. Fürstenau, Immelmann und Schulze, Leitfaden des Radiumverfahrens für das röntgenologische Hilfspersonal. Stuttgart.
27. Gauss, Über die Prinzipien der Strahlenbehandlung der Tumoren. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
28. Geigel, Ein kleiner Vorteil beim Durchleuchten mit Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
29. Gerlach, Walt., Die vergleichende Messung der Wirkung von Röntgenstrahlen und γ-Strahlen. Ebendas. Nr. 44.
30. Gocht, H., Die Röntgenliteratur. III. Teil. 1912/13. Stuttgart, Enke.
31. Gould, Radium and Cancer. Brit. med. Journ. Jan. 3.
32. Grässner, Der röntgenologische Nachweis der Spina bifida occulta. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 1018.
33. v. Graff, Die Basedowsche Krankheit als Kontraindikation gegen gynäkologische Röntgentherapie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5.
34. Grashey, Röntgenologische Fehldiagnosen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.
35. Greinacher, Das Ionometer und seine Verwendung in der Röntgendosimetrie. Ebendas. Nr. 32.
36. Gunsett, Zur Dosierung der Röntgenstrahlen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6.
37. Habs, Probleme der Therapie mit radioaktiven Substanzen. 43. Chirurgen-Kongress.
38. Haecker, V., und Lebedinsky, Über kombinierte Äther- und Radiumwirkung auf Embryonalzellen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. (Bei Tiereiern, die in Ätherlösung gebracht waren, zeigte sich die entwicklungshemmende Wirkung der Radiumstrahlen stärker als bei Wassereiern, auf Ento-Mesoderm-Urzellen stärker als auf Ektodermzellen.)
39. Halban, Protektive Wirkung der Radium-Emanation auf die sekundären Sexualcharaktere der Tritonen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
40. v. Hansemann, Über Veränderungen der Gewebe und Geschwülste nach Strahlenbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. (Ältere Geschwulstzellen gehen leichter zugrunde als junge, weshalb man letztere alt werden lassen soll, um sie zu zerstören, am besten mit kleineren fraktionierten Dosen. Zu grosse Dosen veranlassen Schwielen, die aber doch noch Krebsgewebe enthalten. Fernwirkung auf Metastasen findet sicher nicht statt. Die Gewebssklerose beruht zunächst auf echter fibrinöser Entartung, der dann Bindegewebsbildung folgt. Krebszellen mit alterierten Kernen können sich wieder erholen.)
41. Heidenhain, Operation oder Bestrahlung? Münchn. med. Wochenschr. p. 1781. (Polemik mit Ch. Müller.)
42. Heimann, Der Einfluss der verschiedenen Filterung bei der Mesothoriumbestrahlung auf das Kaninchenovarium. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.

43. Heimann, Fritz, Radiumstrahlen und Mesothorium in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 13.
44. Heineke, H., Zur Theorie der Strahlenwirkung insbesondere über die Latenzzeit. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15.
45. Henkel, M., Zur Strahlentherapie in der Gynäkologie. Ebendas. Nr. 3.
46. Heuszelmann, Eine einfache Aufnahmetechnik zur Röntgenuntersuchung der Baucheingeweide. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 44.
47. Heynemann, Über die Verwendung der ultravioletten Strahlen (künstliche Höhensonne) in der Gynäkologie und den Einfluss dieser und anderer Strahlen auf Bakterien. Prakt. Ergebn. VI. 2. p. 352.
48. Hirsch, M., Röntgenstrahlen und Eugenetik. Zentralbl. f. Gyn. p. 1132. (Protest gegen „eugenetische Experimente" mit X-Strahlen an Menschen.)
49. Hölder, Über Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
50. — Zur Verwendung von kolloidalem Selen bei der Behandlung maligner Tumoren. Strahlentherap. V. Heft 1.
50a. V. d. Hoeven, Röntgentherapie. Ned. gyn. Ver. 1. März. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jaarg. (Verf. teilt die Fälle mit, bei denen in der Leidenschen Klinik die Röntgentherapie bei gynäkologischen Erkrankungen angewendet worden ist. Zwei Fälle von Pruritus wurden geheilt; bei einem Falle Rezidiv nach vier Jahren. Bei Karzinomen wenig Erfolg. Bei acht Myomen gutes Resultat, auch bei klimakterischen Blutungen.) (Mendes de Leon.)
51. Holding, Technik der Radiotherapie mit besonderer Berücksichtigung der Tiefentherapie nach Krönig und Gauss. Med. Record. Nr. 8.
52. Hueter, Präparate von Röntgenhaut und Röntgenkarzinom. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 10. p. 560.
53. Keetmann, Die Absorption der β-, γ- und Röntgenstrahlen im Gewebe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16.
54. Keitler und Lindner, Über den Einfluss der Strahlenbehandlung auf die sog. Abderhalden-Abwehrfermente. Wiener klin. Wochenschr. p. 1243. (Nach diesen Experimenten wird die Bildung der Abwehrfermente durch Bestrahlung zum mindesten verzögert.)
55. Kempf und Pagenstecher, Ein Fall von Radiumverbrennung nach diagnostischer Durchleuchtung und dessen chirurgische Behandlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6.
56. Kienböck, Zur Dosierung der Röntgenstrahlen. Ebendas. Nr. 2.
57. Klein, Gust., Zur Massbezeichnung der Strahlendosis bei der Radium- und Mesothoriumbehandlung. Ebendas. Nr. 12. p. 661.
58. Kolde und Martens, Verhalten des Blutes nach Mesothoriumbestrahlung. Strahlentherap. V. Heft 1.
59. Kowarschik, J., Die Diathermie. 2. Aufl. Berlin. (Lehrbuch.)
60. — und Keitler, Die Diathermie bei gynäkologischen Erkrankungen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1343. (Wirkung resorptionsbefördernd und schmerzstillend. Kontraindikation sind Eiterungen und Blutungen.)
61. Krause, Paul, Biologische Wirkungen der Röntgenstrahlen auf normales tierisches und menschliches Gewebe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 955.
62. Krönig, Über die biologische Reichweite der Radium-, Mesothorium- und Röntgenstrahlen. Ebendas. Nr. 31.
63. — Der Unterschied zwischen der älteren und neueren Behandlungsart mit X-Strahlen und Radium bei gynäkologischen Erkrankungen. Surg., Gyn. and Obst. XVIII. Nr. 5.
64. Kucera, Über die Wirkung warmer Bäder auf die Körpertemperatur und den Blutdruck. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. Heft 3.
65. Labé, Die Behandlung der Fettleibigkeit mittelst elektrischer Gymnastik. Zeitschr. f. orthop. Chir. XXXIII.
66. Landeker, Fortschritte und Erfolge der manuellen gynäkologischen Massage nach Thure-Brand-Ziegenspeck. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. Heft 2.
67. Lazarus, P., Stand und neue Ziele der Radium-Mesothoriumtherapie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5/6.
68. Lewis, Stuart, Stärkung des Abdomens. New York med. Journ. Nr. 4. (Aktive und passive Gymnastik, Belastung mit Hafersäcken.)

69. Lochmann, Die Einwirkung der in den Landecker Quellen enthaltenen Radiumemanation auf entzündliche Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Zeitschr. f. Baln. III.
70. Löwenthal, Zur Schwerfiltertherapie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 719. (Schwermetallfilter — 1 mm Zink und Kupfer — machen Röntgenstrahlen den γ-Strahlen ähnlich und wirken durch Sekundärstrahlungen, die in der Zelle entstehen.)
71. Löwenthal, S., und Pagenstecher, Intensiv- oder Dauerbestrahlung? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.
72. Mann, L., Über Diathermie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17.
73. Meidner, Über moderne Röntgentherapie der Geschwülste. Therap. d. Gegenw. Jan.
74. Müller, Jos., Die kontinuierliche Röntgenisation, eine neue Methode der Tiefenbestrahlung. Monatsschr. f. Geb. 39. p. 637.
75. Müller, Christoph, Physikalische und biologische Grundlagen der Strahlenwirkung radioaktiver Substanzen, besonders des Mesothoriums und der Ersatz derselben durch Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3.
75a. Nordentoft, S., Nogle Resultater af Röntgenbehandling. (Einige Resultate von Röntgenbehandlung.) Ugeskr. f. Laeger p. 1556—1561. (Besonders ein Fall von Carcinoma ovarii mit Rezidiv und multiplen Metastasen wurden auffallend stark beeinflusst.) (Horn.)
76. Partos, Beiträge zur gynäkologischen Röntgenbehandlung. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 8 und Gyn. Helvet.
77. Peham, Röntgen- und Radiumbehandlung in der Gynäkologie. Med. Klin. Nr. 12.
78. Pierra, Une enquête allemande sur la radiothérapie et la radiumthérapie en gynécologie. Rev. mens. de Gyn. Avril. (Tendentiöse Entstellung einer Übersicht in der „Medizin. Klinik".)
79. Plesch, Über die Verteilung und Ausscheidung radioaktiver Substanzen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34.
80. Propping, Röntgenographie des uropoetischen Systems. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 900. (Nierentuberkulose, Hydronephrose, Nieren- und Blasensteine.)
81. Puppel, Die Ergebnisse der gynäkologischen Röntgentherapie. Ebendas. Nr. 10. p. 568.
82. Reifferscheid, Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf tierische und menschliche Eierstöcke. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. (Schrumpfung der Primordialfollikel; das interstitielle Gewebe wird nicht beeinflusst. Die Corp. lutea sind sehr widerstandsfähig und werden erst nach grossen Dosen geschädigt. Daraus soll es sich erklären, dass die innere Sekretion ungestört bleibt.)
83. Richter, Zur Hydrotherapie in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9.
84. Rosenow, Demonstration zur Thorium-X-Wirkung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. p. 680.
85. Rosenthal, Jos., Einiges zur Frage der Strahlentiefentherapie. Ebendas. Nr. 19.
86. Rubin, J., Röntgendiagnostik der Uterustumoren mit Hilfe von intrauterinen Kollargolinjektionen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18.
87. Schiffmann, Jos., Über Ovarialveränderungen nach Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Ebendas. Nr. 21. (Follikelschädigung ist am konstantesten.)
88. Schnée, Über therapeutische Erfolge mit dem Degrassator nach Dr. Schnée. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35.
89. Schmidt, Hugo, Über Heilung entzündlicher Beckentumoren mittels galvanischer Schwachströme. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23.
90. Schmitz, Heinr., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 36 und Surg., Gyn. and Obst. Nr. 4.
91. Schramek, Über medikamentös kombinierte Röntgentherapie. Ebendas. Nr. 9. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 4. (Jodkali innerlich.)
92. Sellheim, Strahlenbehandlung von Geschwülsten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1/2.
93. Strassmann, P., Bestrahltes Myom mit Parovarialzyste und doppeltem Ovarialpapillom. Zeitschr. f. Gyn. 76. Heft 2. p. 541.
94. Strebel, Äussere Kathodenstrahlen als Ersatz für Radium und Mesothorium. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3.
95. Thedering, Zur Methodik der Röntgenhärtebestimmung. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. Heft 3.
96. Veith, A., Über eine neue Methode der Galvanisation grösserer Körperpartien. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 9.

96a. Van de Velde, Th. H., Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 23. (Verf. gibt in einem kurzen Überblick seine Erfahrungen mit der Strahlenbehandlung in der Gynäkologie.) (Mendes de Leon.)

97. Voit, W., Über Entfettung mittelst elektrischer Ströme. (Bergoniéapparat.) Ebendas. Nr. 29. p. 1652.

98. Wagner, Carl, Bemerkungen zu den Beziehungen der Röntgenbehandlung der Ovarien und des Basedow. Wiener klin. Wochenschr. p. 430.

99. Wagner, G., Schädigungen durch Anwendung grosser Radiummengen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.

III.

Anästhesierungsmethoden, allgemeine und medikamentöse Therapie, Diagnostik, Zusammenhang mit der übrigen Pathologie, Allgemeines über Laparotomie und sonstiges Allgemeines.

Referent: Prof. Dr. H. W. Freund.

A. Anästhesierungsmethoden. Allgemeine und medikamentöse Therapie.

1. Acebo. Santyl. Espan. Med. Nr. 107. (Bei Blennorrhoe und Cystitis.)

2. Albrecht, Hans, Die Anwendung des Koagulens Kocher-Fonio in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. (10%ige Lösung bei parenchymatösen Blutungen.)

3. Allen, Die Vakzinetherapie, ihre Theorie und praktische Anwendung. Deutsch von Krohn. Dresden, Steinkopf.

4. Almkvist, Behandlungstechnik der Gonorrhoe des Weibes. Dermat. Wochenschr. Nr. 17. (1% Albargan, Aq. 100, Tragac. 3,0, Spirit. concent. 2,5. Davon 3 ccm in die Urethra und den Uterus injiziert, macht aber Reizung in den Adnexen! Ins Rektum 20 ccm.)

5. Alterthum, E., Zur Behandlung gynäkologischer Erkrankungen mit Yatren (Tryem). Therap. d. Gegenw. März. (10% Gaze, desodorierend, bei Fluor, Erosionen, Gonorrhoe.)

6. Anspach, Experiences with Spinal Anaesthesia in Pelvic Surgery. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. (Ein Todesfall bei Atemstillstand, vielleicht durch Skopolamin bedingt.)

7. Baltzer, P., Vaginale Operation in parametraner Leitungsanästhesie, insonderheit vaginale Totalexstirpation des Uterus. Diss. Leipzig.

8. Bar und Lequeux, Erste Mitteilungen über die an der Tarnierschen Klinik mit dem ungiftigen Gonokokkenvakzin nach Nicolle und Blaizot erhaltenen Resultate. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. Déc. 1913. p. 765. (Nicolle und Blaizot haben bereits vor sieben Jahren ein Gonokokkenvakzin erprobt, welches sie durch Gonokokkenzüchtung auf einem speziellen Nährboden erhalten haben und welches absolut ungiftig sein soll. Die Verwendung des Vakzins an der Tarnierschen Klinik ergab folgende Resultate: Das Vakzin ist in seiner Anwendung nicht sehr gefahrbringend. Gelegentliche Albuminurie und Temperatursteigerungen sind vorübergehende Erscheinungen. Die Stelle der subkutanen Injektion ist am ersten Tage häufig schmerzhaft, zeigt aber sonst keine lokale Reaktion. Von besonderem kurativen Nutzen scheint das Mittel bei der Ophthalmoblennorrhoe bei Neugeborenen zu sein. Bezüglich der

Wirkung auf die gonorrhoische Salpingitis müssen noch weitere Erfahrungen gesammelt werden. Bei gut abgegrenzten chronischen Herden ist ein Erfolg eher zu erwarten als bei akuter und sehr virulenter Infektion.)

9. Bar und Lequeux, Neue Beobachtungen an der Tarnierschen Klinik mit dem Antigonokokkenvakzin nach Nicolle. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. p. 14. (Bericht über gute Erfolge bei zwei weiteren Kranken mit gonorrhoischen Adnexentzündungen, ferner bei Blennorrhoe der Neugeborenen. In der Diskussion sprechen Lepage und Siredey sich mit Vorsicht günstig über das Mittel aus, während Delent einen totalen Misserfolg zu verzeichnen hat.)
10. Barker, Eine einfache Methode, um die Chloroform- und Ätherübelkeit zu vermindern. Brit. med. Journ. Jan. 10. (Kölnisches Wasser aus einer Maske inhalieren.)
11. Bauer, B., Zur konservativen Therapie der Adnexerkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. (Empfiehlt Thigenol.)
12. Bauereisen, Die Anwendung der Lokalanästhesie in der Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. März. p. 362.
13. Bechold, Halbspezifische Desinfektion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. (Providoform, ein Tribromnaphthol.)
14. Bernecker, Über eine neue Vorrichtung zur Vereisung kleiner zirkumskripter Hautbezirke mit Äthylchlorid. Ebendas. Nr. 29.
15. Betke, R., Erfahrungen über die Anregung der Peristaltik nach Laparotomien durch das neue subkutane und intramuskuläre Abführmittel Sennatin. Therap. Monatsh. Nov. (Extrakt der wirksamen Bestandteile aus Sennablättern, 2 ccm intramuskulär schon sechs Stunden post operat.)
16. Birnbaum, R., Zur Therapie akuter und chronischer Entzündungen im Bereich der Genitalorgane. Gyn. Rundschau. Heft 14. (En-Semori und Styli Speeman ersetzen Scheidenspülungen und Tamponbehandlung.)
17. — Vallamin in der gynäkologischen Praxis. Berl. klin. Wochenschr. p. 978. (Schlafmittel und Sedativum, auch bei Dysmenorrhoe und Hyperemesis.)

17a. — Inhibin, ein pharmakotechnisches neues lokales Hämostatikum bei genitalen Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.

18. Boeters, Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe und gonorrhoischen Komplikationen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. p. 1782. (Auch bei Metastasen gute Erfolge.)
19. Broughton-Alcock, Behandlung eines Uterusabszesses mit sensibilisierter Bacillus Proteus-Vakzine. Brit. med. Journ. June 6.
20. Bürgi, E., Die Pantopon-Skopolaminnarkose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXXV. Heft 3/4. (Sammelforschung. 19 Todesfälle.)
21. Burkhardt, Über intravenöse Dauerinfusion. Beitr. z. klin. Chir. 88. Heft 3. (50 bis 60 Tropfen in der Minute mittelst des Holzbachschen Apparates, Kochsalz oder Herzmittel; besonders wirksam bei diffusen septischen Peritonitiden.)
22. Butler und Sheaf, Anoci-Association zur Verhütung von Schock und postoperativen Störungen. Brit. med. Journ. July 18. (Criles Vorschriften — s. Nr. 29 — verminderten die Mortalität von 40 (!) auf 8‰.)
23. Buxton, D., Anesthetics, their use and administration. 5. Aufl. Philadelphia.
24. Calman, Zur Anwendung und Erleichterung der Laminariadilatation des Uterus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1305.
25. Chlumsky, Über die Ursachen des Schmerzes nach Lokalanästhesie mit Kokainpräparaten. Ebendas. Nr. 49. p. 1479. (Aq. destill. soll die Ursache sein; 0,9 NaCl-Zusatz zur Schleichlösung II lässt Nachschmerzen nicht aufkommen.)
26. Coburn, R., Erhöhung der toxischen Ätherdosis bei den neueren Anästhesierungsverfahren. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 5. (Bei intravenöser und rektaler Anwendung benötigt man zu grosse Dosen.)
27. Corbus, Die Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen mit Antigonokokkenserum. Ebendas. p. 1462. (Täglich 12—15 ccm an drei Tagen hintereinander von einem aus lebenden und abgetöteten Gonokokken hergestellten Serum.)
28. Cramer, H., Das Terpentinöl in der Prophylaxe und Behandlung puerperaler und gynäkologischer Infektionen. Monatsschr. f. Geb. 39. p. 789. (Auswischen des Uterus.)
29. Crile, G., Anoci-Association. New York. med. Journ. XCIX. Nr. 2. (Anästhesie, die alles Schädigende vom Gehirn fernhält. Morphium-Skopolamin, dann Lokalanästhesie oder Inhalation mit Stickoxydul, später eventuell Äther. Peritoneum und

Muskeln erschlaffen durch Einmassieren von ½%iger Lösung von Chinin und Harnstofflösung.)
30. Cuny, J., 500 Fälle von Lumbalanästhesie an der Würzburger Frauenklinik. Diss. Würzburg.
31. Dalché, P., Opothérapie. Puberté. Glandes endocrines. La Gyn. Vol. 18. p. 321.
32. Democh-Maurmeier, Hauskuren mit Krankenheiler Lauge. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 50.
33. Denis, M., Die Vakzinetherapie der Gonorrhoe. Med. Belge. p. 50.
34. Deutsch, Alf., Die Behandlung der Adoleszentenblutungen mit Pituglandol. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.
35. Drews, Sennatin, ein neues subkutanes und intramuskuläres Abführmittel. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10.
36. Dupont, M., Das warme, das heisse Wasser und der Dampf in der Gynäkologie. Arch. mens. d'obst. 1913. p. 183. (Gute Wirkung bei chronischen Prozessen und Karzinom.)
37. Eckel, A., Kritische Beiträge zur Lokalanästhesie der Bauchhöhle. Wiener klin. Rundschau. Nr. 30. Diss. Heidelberg. (Grosse Mengen Novokain nötig.)
38. Eckstein, E., Über medikamentöse Uterustonisierung. Gyn. Rundschau. Nr. 5. (Empfehlung von Styptase.)
39. Falk, E., Phenoval bei gynäkologischen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. (Dysmenorrhoikum.)
40. Fetzer, Über Vakzinebehandlung. Monatsschr. f. Geb. 40. p. 313. (Bei Gonorrhoe wurde Reitersche Vakzine, bei anderen Infektionen Eigenvakzine aus den isolierten Keimen verwendet. Grosse Vorsicht ist besonders bei frischen Fällen geboten.)
41. Finger, E., Zur Vakzinationstherapie des gonorrhoischen Prozesses. Wiener med. Wochenschr. p. 861. (Klinischer Vortrag.) (Erörterung des Begriffes der Serotherapie und der Vakzinationstherapie. Nachweis toxischer Substanzen in den Gonokokken. Artfremdes Antigonokokkenserum, Gonokokkenvakzine mit abgetöteten Keimen, Autovakzin und Stammvakzin. Applikationsweise allgemeine und lokale Reaktionen. Am Orte der Applikation und am spezifischen Krankheitsherd. Ein therapeutischer Effekt ist bei den gonorrhoischen flächenhaften Erkrankungen nicht zu erwarten, dagegen bedeutet die Vakzinationstherapie einen Fortschtrit in der Behandlung der Arthritis und der Adnexerkrankungen.
42. Fischer-St. Gallen, Über Istizin, ein neues Abführmittel. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 4/5.
43. Focke, Digitalis bei Uterusblutungen. Therap. d. Gegenw. Febr.
44. Fonio, Über die Wirkung der intravenösen und subkutanen Injektion von Koagulen Kocher-Fonio am Tierversuch nebst einigen therapeutischen Erfahrungen. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. Bd. 27. Heft 4.
45. Frank, Moischa, Ein Beitrag zur Leitungsanästhesie mit besonderer Berücksichtigung der Oberstschen Anästhesie. Diss. Berlin.
46. Frankenstein, K., Subkutane Applikation von peristaltikbefördernden Mitteln in der Nachbehandlung nach gynäkologischen Laparotomien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. (Peristaltin, jedesmal unmittelbar nach der Operation gegeben, verhindert Darmparese.)
47. Franz, V., Über intravenöse Sublimatinjektionen bei septischen Erkrankungen. Beitr. z. klin. Chir. 88. Heft 3. (10—20 ccm einer 1‰igen Sublimatlösung. Guter Erfolg gerade bei Fällen mit Streptokokken im Blut.)
48. Freeman, W., Epidurale Injektionen. Brit. med. Journ. June 6. (3—4 Injektionen von 5 ccm NaCl wirksam bei Enuresis.)
49. Fromme, E., Die Gonorrhoe des Weibes. Berlin, S. Karger. 56 S. (Das Buch ist für den Gebrauch des praktischen Arztes bestimmt und bringt im wesentlichen das, was Fromme in seinen Monats- und Ferienkursen für praktische Ärzte über die gonorrhoische Infektion der Frau vorzutragen pflegt. Häufigkeit und Ätiologie, Infektionsmodus, Inkubationsdauer, pathologische Anatomie und Histologie, Symptome, Verlauf, Diagnose und Therapie mit Einschluss der Prophylaxe. Dem vorwiegend praktischen Zwecke entsprechend wird auf die umfangreiche Literatur nicht näher eingegangen.)
50. Gaujouk et Suquet, Erfolge des Antigonokokkenvakzins von Nicolle und Blaezot in der Gynäkologie. Presse méd. p. 328. (Guter Erfolg bei einem perimetritischen Exsudat und einer Salpingo-Oophoritis.) S. auch Bull. Soc. d'obst. p. 332.

51. Geiger, Die Phenol-Serumbehandlung pyogener Prozesse in der Gynäkologie. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. III. Heft 1/2. (Eingiessen in eiternde Wunden und Tamponieren mit Jodoformgaze.)
52. Gellhorn, Über Azetonurie im Gefolge der Spinalanästhesie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. (Unter 35 Fällen 33 mal; klinisch ohne Bedeutung.)
53. — Spinalanesthesia in gynecology. Amer. Journ. of Obst. Aug. (Bei 127 abdominalen und 47 vaginalen Operationen ohne Schaden angewendet.)
54. Gerstenberg, Konzentriertes Formalin, das am schnellsten und sichersten wirkende chemische Mittel zur Behandlung klimakterischer Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.
55. Gfroerer, Erfahrungen mit Lumbalanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. (1223 Fälle.)
56. Gilson-Herman, Anésthésie rachidienne en gynécologie. Journ. Belge de Gyn. Nr. 7. (Geschichtliches und Kasuistik.)
56a. Grekow, Beiträge zur Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. Beitr. z. klin. Chir. 89. Heft 2/3. (43 gynäkologische Peritonitiden mit 20 Heilungen. Jodipin wirkt gut.)
57. Groák, Über Noviform. Gyn. Rundschau. Nr. 5. (Als Pulver, Stäbchen und Gaze bei Entzündungen. Keine Nebenwirkungen.)
58. Guggenheim, M., Wirkung des Beta-Imidazolyläthylamins (Imido Roche) am menschlichen Uterus. Therap. Monatsh. März. (Tonussteigernde Wirkung.)
59. Gunzburg, Die physiologische Behandlung der Ischias. Arch. f. Orthop. Heft 1.
60. Gwathmey, J., Die Technik der rektalen Öl-Ätheranästhesie. New York. med. Journ. XCIX. Nr. 13. (Nach Abführen bekommt Patientin 2—4 Drachmen Öl-Äther *aa*, 5—10 Grains Chloreton per rectum und eine halbe Stunde später $^1/_8$—$^1/_4$ Grain Morphium und $^1/_{100}$ Grain Atropin. sulf. Dann $^1/_4$ Stunde vor der Operation 75 Teile Äther auf 25 Teile Öl. Nach Beendigung der Operation wird das Öl ausgehebert und der Darm mit kaltem Wasser ausgespült.)
61. Habermann, Die Bedeutung intravenöser Antigoninjektionen für die Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
62. Hackenbruch, Örtliche Schmerzverhütung bei Bauchoperationen. Deutsche Zeitschrift f. Chir. CXXIX. (Epiperitoneale, subfasziale und subkutane Einspritzungen von 1%igem Novokain-Adrenalin.)
63. Henderson, Some Experiments defining the dangers of anesthesia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 59.
64. Hillger, Resultate mit Morphium-Skopolamin, Narkophin-Skopolamin-Dämmerschlaf zur Einleitung von gynäkologischen Operationen. Diss. Freiburg.
65. Hirsch, Zur vaginalen Tanargentan-Bolus-Trockenbehandlung. Frauenarzt. Nr. 8.
66. Hirschel, Georg, Lehrbuch der Lokalanästhesie für Studierende und Ärzte. Wiesbaden, Bergmann. (Zusammenfassende Darstellung mit vortrefflichen Abbildungen.)
67. Hirst, Die Nutzlosigkeit der kombinierten Allgemein- und Lokalanästhesie. Amer. Journ. of Obst. (1000 Fälle.)
68. Hofstätter, Die Anwendung der Hypophysensubstanzen in der inneren Medizin und Gynäkologie. Wiener med. Wochenschr. Nr. 35.
69. — Hypophysenmedikation und Pubertätsblutungen. Ebendas. p. 1937. Gyn. Rundschau. Heft 15. (Von 12 Fällen heilten 9.)
70. Honigmann, Der Nachschmerz nach Lokalanästhesie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 6.
71. Hotz, G., Über Daueranästhesie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. (Der postoperative Schmerz wird durch Aufstreuen von Anästhesin in und auf die Wunden vermieden.)
72. — Fermentative Blutstillung durch Koagulen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29.
73. Howell, W., Tod infolge Äthernarkose. Status lymphaticus. Journ. Amer. med. Assoc. LXII. Nr. 13. (3½jähriges Mädchen. Tod in der Operation. Autopsie: Grosse Thymus und Bronchialdrüsen, Payersche Plaques und Solitärfollikel, sowie Mesenterialdrüsen.)
74. Hübener, W., Zur Narkose mit dem Lotschapparat. Münchn. med. Wochenschr. p. 1178.
75. Hübner, Caviblen-Uranoblen-Behandlung der Gonorrhoe. Ebendas. Nr. 8. (Hohlstäbchen mit einer Silberverbindung gefüllt.)
76. Hüssy, P., Über die therapeutische Verwendung von Papaverin in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 9. (Krampfstillendes Mittel bei Dysmenorrhoe, Endometritis,

Mittelschmerz. Hydrastopon, eine Kombination mit Hydrastinin Roche, wirkt ebenso; 1—2 Esslöffel täglich.)
77. Jacobsen, H., Lokale Anästhesie in der Abdominalchirurgie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 179.
78. Janzus, Erfahrungen mit Noviform. Zentralbl. f. Chir. Nr. 4.
79. Jayle, Opothérapie hypophysaire en gynécologie; ses résultats immédiats. Presse méd. 1 Avril. (Subkutane Injektionen haben bei Adnexentzündungen Erfolg hinsichtlich der Blutungen und Schmerzen.)
80. Jeger, E., Eine Modifikation der Meltzer-Auerschen Insufflationsnarkose. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5. (Überdrucknarkose.)
81. Johannsen, Weitere Erfahrungen mit der Pantopon-Skopolaminnarkose und Pantopon überhaupt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
82. Juliusburger, E., Koagulen Kocher-Fonio. Deutsche med. Wochenschr. p. 1668. (Empfiehlt intravenöse Anwendung.)
83. Kaldori, Kasuistischer Beitrag zur Anwendung des neuen Sekale-Ersatzpräparates Uteramin-Zyma. Gyn. Rundschau. Heft 4.
84. Katz, G., Hexal in der Frauenpraxis. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32.
85. — Der Ausfluss der Frau und seine Behandlung mit Yatrengaze. Med. Klin. Nr. 43.
86. Kausch, Über Koagulen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. (Gute Erfolge bei blutreichen Operationen und Nachblutungen.)
87. Keil, G., Über den sekundären Narkosetod. Erfahrungen bei 4000 Narkosen. Ebendas. Nr. 20. (Roth-Drägerapparat empfehlenswert.)
88. Keim, K., Die Skopolamin-Morphium- und die Skopolamin-Pantoponnarkose in Verbindung mit Inhalationsanästhetizis. Wiener klin. Rundschau. Nr. 32.
89. Keppler und Breslauer, Zur Frage der intravenösen Narkose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXX. Heft 3 u. 4.
90. Keudirdjy, Technik der Lokalanästhesie bei der Kolpoperineorrhaphie. Presse méd. Nr. 52.
91. Kirstein, F., Narkosenasphyxie post laparotomiam. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52.
92. Klauber, Der Nachschmerz nach Lokalanästhesie und seine Verhütung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 10. (Hämatome soll man vermeiden und Zykloform nachträglich aufstreuen.)
93. Kleinschmidt, Klinische Erfahrungen mit der rektalen Isopralnarkose. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. (Gute, aber nicht immer gleichmässige Resultate, oft postnarkotische Erregungen; grössere Dosen sind gefährlich.)
94. Kochmann, Über die Wirkung von Arzneigemischen unter besonderer Berücksichtigung der Lokalanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. p. 1946.
95. v. Konrád, Über die Anwendung der Hypophysenextrakte in der Nachbehandlung von operativen Fällen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. (Zur Anregung der Darmperistaltik nötig.)
96. Kraus, Emil, Zur Anästhesierung des Uterus. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. (Eintauchen der Dilatatoren in eine heisse sterile Lösung von 100 g Syrop., 5,0 Novokain und 0,15 Suprarenin.)
97. Kroh, Beitrag zur Behandlung peritonealer Adhäsionen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. (Saugmassage mittelst grosser auf dem Bauch verschobener Saugglocken.)
98. Kümmell, H., Die intravenöse Ätheranästhesie. Surg., Gyn. and Obst. XIX. Nr. 3. (250 Operationen, vornehmlich an Anämischen und Kachektischen. In 140 Minuten maximal 1700 ccm Ätherlösung = 85 g Äther.)
99. — Weitere Erfahrungen über intravenöse Äthernarkose. Beitr. z. klin. Chir. 92. Heft 4.
100. Kuhn, Pneumatische Lokalanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45.
101. Landsberg, E., Zwei therapeutische Vorschläge für die gynäkologische Praxis. Therap. Monatsh. p. 345. (Landsberg hat eine 1%ige Lösung von Calcium lacticum subkutan mit Erfolg bei entzündlichen Prozessen der weiblichen Genitalien verwendet. Es wurden 10 ccm jeden 2. und 3. Tag mehrere Wochen lang injiziert. Am besten reagierten entzündliche Adnextumoren. Von der Annahme ausgehend, dass die Pubertätsblutungen auf unrichtig eingestellter Ovarialfunktion beruhen, hat Landsberg von der Firma La Roche & Co. nach seinen Angaben angefertigte Extrakte aus Corpus luteum der Schwangerschaft (der Ausdruck Corpus luteum verum ist nicht präzis genug, da man darunter auch nach der neueren Nomenklatur das Corpus luteum der

Menstruation verstehen kann) erfolgreich gegen Pubertätsblutungen angewendet. Landsberg nahm dabei an, dass das Corpus luteum hemmend auf die Menstruation einwirkt, insbesondere das Corpus luteum der Schwangerschaft. Die Dosierung war jeden zweiten Tag 1 ccm subkutan im ganzen 6—12 ccm. Bei den behandelten sieben Pubertätsblutungen war die Wirkung während der Beobachtungszeit von 2—3 Monaten eine dauernde. Im vorgerückteren Alter scheint der Effekt kein so sicherer mehr zu sein.)

102. Leser, Chirurgische Erfahrungen mit Providoform. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. (Das Mittel wirkt granulationsanregend, besonders bei eiternden Wunden.)
103. Lindig, Über Anwendungsmöglichkeiten des Noviforms in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 19.
104. Löffler, F., Über Noviform. Zentralbl. f. Chir. Nr. 4.
105. Löwy, Zur Frage nach dem Effekt der bimanuellen künstlichen Atmung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39.
106. Lucke, Cl., Öl-Ätheranästhesie, einige theoretische Überlegungen. Med. Record. Nr. 19. (Ablehnung der rektalen Anästhesie.)
107. Mandler, Uteramin in der Praxis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43. (Ungiftiger Sekale-Ersatz, 3—4 Tabletten bei Blutungen täglich. Die Injektionen sind schmerzlos.)
108. Mayer, Hermann, Therapeutische Verwendung des Desinfektionsmittels Grotan. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.
109. Miller, A., Die Dosierung von Kokain und ähnlichen Stoffen bei lokaler Anästhesie. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 3.
110. Moos, Erfahrungen über intravenöse Artigoninjektionen bei der Gonorrhoe des Weibes. Monatsschr. f. Geb. März. Bd. 39. (Hält diese für die Diagnose von Bedeutung, für die Therapie nicht.)
111. Müller, Otto, Über die Gefahren und Misserfolge in der Lumbalanästhesie. Diss. Giessen.
112. Munro, Bericht über Anästhetika. Lancet. May 2. (2000 Narkosen.)
113. v. Mutschenbacher, Die Stillung der parenchymatösen Blutungen mit Koagulen Kocher-Fonio. Deutsche med. Wochenschr. p. 1669. Nr. 39.
114. Nebesky, Über unsere Erfahrungen mit Noviform. Gyn. Rundschau. Nr. 5. (Verwendung als trocknendes und desinfizierendes Mittel in Form von Streupulver und Vaginalkugeln.)
115. Neu, Ergebnisse der hohen Extraduralanästhesie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 876.
116. Norris, G., Die Gonorrhoe beim Weibe. Saunders & Co. (Zusammenfassende Darstellung der Pathologie und Therapie, insbesondere der konservativen Adnexoperationen.)
117. Oppenheim, H., Zur Puderbehandlung des weiblichen Fluors. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13.
118. Orthmann, Die Anwendung des Ichthynats in der Gynäkologie. Frauenarzt. p. 106. (Natürliches Schwefelpräparat, angeblich dem Ichthyol gleichwertig und ebenso anzuwenden.)
119. Perazzi, Ricerche sull' assorbimento ed eliminazione di vari preparati iodici nella pratica ginecologica. La Rass. d' Ost. e Gin. Nr. 6.
120. Pickel, J., Beeinflussung gynäkologischer Blutungen durch Erystyptikum Roche. Therap. Monatsh. April.
121. v. der Porten, Narkosenmaske für Operationen in Bauchlage. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4.
122. Puppel, Bericht über die Wirkung der Uranoblen- und Boluspräparate bei Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. p. 568.
123. Reiter, Hans, Vakzinetherapie und Vakzinediagnostik. Stuttgart, Enke.
124. Rost, G. A., Beiträge zur Vakzineanwendung bei Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschrift. p. 699. (Nach Rost ist die Vakzineanwendung als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel in der modernen Gonorrhoetherapie unentbehrlich. Sie gestattet die völlige Ausheilung der frischen Gonorrhoe zu kontrollieren und das Persistieren latenter Herde zu entdecken. Ihr positiver Ausfall, d. h. das Auftreten von Herd- und Allgemeinreaktionen spricht stets für das Vorhandensein gonorrhoischer Herde. Die Bedeutung der Allgemeinreaktion als Einzelsymptom ist zurzeit noch nicht mit Sicherheit festzulegen. Sie kommt zweifellos auch bei Nichtgonorrhoikern, allerdings selten und meist — nicht immer — geringgradig vor. Das Fehlen der Allgemeinreaktion spricht nicht gegen das Vorhandensein einer gonorrhoischen Erkrankung.

Die Behandlung der sog. komplizierenden Organerkrankungen wird durch die Vakzine wesentlich erleichtert, die Resultate im ganzen gebessert, eine heilende Einwirkung auf den Urethralprozess ist jedoch anscheinend nicht vorhanden. Die Vakzine kann mit gutem Erfolg ersetzt werden durch die Exsudatflüssigkeit von gonorrhoisch entzündlicher Hydrozele und Gelenken. Das Wesen der Vakzinewirkung besteht wahrscheinlich in einer spezifischen Gewebsreaktion; eine Immunisierung des Körpers oder eine direkte spezifische Wirkung auf den Erreger hat offenbar nicht statt.)

125. de Rouville, Einfluss der Ausspülung der Peritonealhöhle mit Äther, kombiniert mit sitzender Stellung nach der Operation auf das der Äthernarkose folgende Erbrechen. La Gynéc. Avril.

126. Ruge, Ernst, Erfahrungen an den 22 ersten Fällen von vaginalen Operationen in parametraner Leitungsanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. (Die Nadel wird parallel der Uteruskante rechts und links 5—7 cm ins Parametrium „in einer etwas nach aussen von der Uterusachse abweichenden Richtung" eingestossen, dann werden beiderseits 5 ccm einer 2%igen Novokainlösung injiziert. Nach 20 Minuten tritt die Anästhesie ein: Portio, dann Fornix, Blasengrund, Adnexe, Corpus uteri, Mastdarm werden unempfindlich; das hält bis 3/4 Stunden an. Ruge hat 19 vaginale Totalexstirpationen so ausgeführt mit einem Versager. Vor der Operation gibt er Morphium. Üble Zufälle traten nicht auf, aber eine Pneumonie entstand später. Kontraindikation ist entzündliche Infiltration.)

127. Salomon, Über Phenoval, ein neues Sedativum und Hypnotikum. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 20.

128. Saphir, J., Rektale Chirurgie unter Lokalanästhesie. New York. med. Journ. XCIX. Nr. 17. (1/8—1%ige Lösung von Chinin und Harnstofflösung, sog. Urea hydrochlorid.)

129. Schattauer, Zur Therapie innerer Blutungen. Frauenarzt. Heft 1. (Styptasetabletten.)

130. Schickele, Die kausale Therapie der Uterusblutungen jugendlicher Individuen. Med. Klinik. Nr. 28.

131. — Die Ätiologie und kausale Therapie der Uterusblutungen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 290.

132. Schlesinger, A., Nachschmerz nach Operationen in Lokalanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17.

133. Schlesinger, H., Vorsichtsmassregeln bei der Anwendung von Morphium-Dionin-Skopolamin-Lösung und eventueller Ersatz durch Pantopon-Dionin-Skopolamin-Lösung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7.

134. Schlimpert, Studien zur Narkose in der Gynäkologie. Arch. 102. Heft 2 u. 103. p. 18.

135. Schmauch, Ziele und Zwecke einer sachgemässen Schilddrüsenbehandlung. Monatsschrift f. Geb. Bd. 40. Heft 2.

136. Schönwitz, Über die Erfolge des „Biozyme-Bolus" in der gynäkologischen Praxis. Therap. d. Gegenw. Heft 12. (Hefe und Tonerde wirken bei Gonorrhoe, Fluor, Kolpitis etc. desinfizierend und austrocknend.)

137. Scholz, Über das Narkotisieren ängstlicher Menschen. Beitr. z. klin. Chir. 92. Heft 4.

138. Schubert, Gotth., Die Behandlung von Tumoren mit Tumorextrakten. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. Heft 4.

139. Schwab, M., Yatrengaze, ein neuer Verbandstoff. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. (Ein Jodbenzolderivat, wasserlösliches Ersatzmittel des Jodoforms.)

140. Sehrt, Die Schilddrüsenbehandlung der hämorrhagischen Metropathien. Ebendas. Nr. 6. (Bei Zeichen von Hypothyreose sah Sehrt Erfolge von Jodothyrin.)

141. Sfakianakis, Über Augiers Emulsion in der Frauenpraxis. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 8. (Ol. paraffini und Glyzerin mit phosphorsauren Salzen. Bei Appetitlosigkeit, Flatulenz, Obstipation anzuwenden.)

142. Sick, P., Weitere Erfahrungen mit kombinierten Narkosen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 128. Heft 3/4. (Gibt vor der Operation Morphium-Skopolamin; der Ätherverbrauch ist dann geringer.)

143. Siegel, Über Leitungsanästhesie in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 1095. (Die Interkostal- und Lumbalnerven werden 4 cm seitlich von der Wirbelsäule mit 1/2%iger Novokain-Suprareninlösung infiltriert. Dazu Parasakralanästhesie für alle peritonealen Operationen.)

144. Siegel, T. W., Die paravertebrale Leitungsanästhesie. Deutsche med. Wochenschr. p. 1416. (Ausgehend von der Beobachtung Criles, dass jeder Schmerz auch bei Allgemeinnarkose morphologische Veränderungen in den Hirnzellen hervorbringt und

dass die Blockierung der Nerven durch Leitungsanästhesie demnach eine geringere Allgemeinschädigung ausübt, greift Siegel auf die bereits 1905 von Sellheim, später von Laewen, Finsterer, Kapis, Braun, Toelken u. a. bereits angebahnte Vertebralanästhesie bzw. Sakralanästhesie zurück. Die paravertebrale Anästhesie dient zur Anästhesie der Bauchdecken, des Peritoneums und zur Ausschaltung der Bauchpresse. Die parasakrale Anästhesie dient zur Anästhesierung der Ligamenta und des Beckenperitoneums. Für die vaginale Operation genügt im wesentlichen die parasakrale Anästhesie, wenn die Operation nicht über Damm und Scheide hinausgeht. Grundsätzlich wurden nur ½%ige Novokainlösungen verwendet. Komplette Versager kamen niemals vor. Alle Operationen wurden mit einem leichten Dämmerschlaf eingeleitet. Die Technik ist nicht unkompliziert, indem sie jeden einzelnen Nerven kurz nach dem Austritt aus dem Foramen der Vertebrae aufzusuchen hat. Eine genaue Kenntnis der anatomischen Innervationsverhältnisse ist geradezu unerlässlich. Die Menge des Anästhetikum schwankt zwischen 100 und 300 ccm. Eine Kontraindikation hat sich bisher nicht ergeben. Von Nebenerscheinungen wäre in erster Linie die Erhöhung der Pulsfrequenz zu erwähnen, ferner Blässe, Schweissausbruch, vorübergehender Brechreiz, seltener auch wirklich Erbrechen. Im ganzen wurden 150 gynäkologische und 120 geburtshilfliche Operationen mit dieser Methode an der Krönigschen Klinik ausgeführt. Der postoperative Verlauf unterscheidet sich nicht wesentlich von dem bei anderen Anästhesierungsmethoden beobachteten. In 30% der Fälle musste Inhalationsnarkose, wenn auch nur in ausserordentlich geringem Masse, zu Hilfe genommen werden. In der Diskussion weist Keibel darauf hin, dass wir die Kenntnis von der Innervation der vorderen Bauchwand im wesentlichen den Arbeiten Raumstroems verdanken. Die Funktion der sensiblen Endkörperchen im Peritoneum der Bauchwand sei noch nicht genügend bekannt. Er weist auch auf die Gefahr der Pleuraverletzungen hin und empfiehlt bei der paravertebralen Injektion, sich möglichst weit lateral zu halten.)

145. Sippel, Die aseptische Zubereitung des Laminariastiftes. Frauenarzt, Nr. 8. (Polemik mit R. Schaeffer.)

146. Smet, M., Die Vakzine von Nicolle und Blaizot in der Behandlung der Gonorrhoe. Med. Belge. p. 123.

147. Stange, W., Zur Prognose der Narkose. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. (Eine vorherige Respirationsprobe ist angezeigt: Gesunde können 30—40 Sekunden den Atem anhalten, Herzschwache 10—20 Sekunden weniger.)

148. Stolper, Zur Atropinbehandlung der Dysmenorrhoe. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3.

149. Strassmann, P., Arznei- und diätetische Verordnungen für die gynäkologisch-geburtshilfliche Praxis. 2. Aufl. Berlin, Hirschwald. 152 S.

150. Streit, B., Über „Catamen-Cefag", ein neues wirksames Mittel gegen Dysmenorrhoe. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 25.

151. Stümpke, Thigan, ein neues äusserliches Antigonorrhoikum. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 29.

152. Tölken, R., Erfahrungen mit der parasakralen Anästhesie. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 4. (42 Fälle ohne Versager.)

153. Traugott, Sakral- und Lokalanästhesie bei Laparotomien. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.

154. Trebing, Erystyptikum Roche bei Blutungen der weiblichen Genitalorgane. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.

155. Vogt, E., Erfahrungen mit Koagulen (Kocher-Fonio). Deutsche med. Wochenschr. p. 1315. (Vogt berichtet über die Erfahrungen der Dresdener Frauenklinik mit Koagulen, welches bekanntlich aus Blutplättchen hergestellt wird. Bei gynäkologischen Operationen hat sich eine 10%ige Lösung des Präparates gut bewährt. Die Lösung kann durch Erhitzen auf 100° sterilisiert werden und wird auf die blutende Stelle aufgespritzt oder mittelst Tampons appliziert. Kleinere und mittlere Gefässe können auf diese Weise zum Verschluss gebracht werden. Grössere Gefässe wurden nach wie vor unterbunden. Schädliche Nebenwirkungen, Nachblutungen, Thrombose, Infektionen oder Embolie wurden nicht beobachtet. Neuerdings verwendet die Dresdener Klinik das Koagulen auch bei starken menstruellen Blutungen und Metrorrhagien in intrauteriner Anwendung bei Beckenhochlagerung und intravenös bei Placenta praevia mit Melaena oder hämorrhagischer Diathese.)

156. Wehrle, Die Bedeutung des Arthigons für Diagnose und Therapie der Gonorrhoe und der Komplikationen. Diss. Freiburg.
157. Weissbart, Über ein neues Laxans (Istizin) in der Frauenpraxis. Gyn. Rundschau. Heft 13. (Empfiehlt das Dioxyanthrachinon.)
158. Zangemeister, Über intrauterine Ätzungen. Therap. Monatsh. März.
159. Ziegler, J., Meine Erfahrungen mit Providoform. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37.
160. Zieler, Spezifische Behandlung der Gonorrhoe. Ebendas. Nr. 8. (Arthigon intravenös.)
161. Zweifel, Erwin, Zur Behandlung des Fluor albus. Med. Klinik. Nr. 47. (Tamponade mit 50%iger Zuckerlösung und Ausspülungen damit. Noch besser wirken 0,3 bis 0,5%ige Milchsäurespülungen.)
162. — Zur Technik der Sakralanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. (Für vaginale Operationen genügt 0,4 Novokain mittelst der „tiefen" Sakralanästhesie; die „hohe" nach Schlimpert ist nicht ungefährlich. Einmal Gangrän an der Injektionsstelle.)

B. Diagnostik. Zusammenhang mit der übrigen Pathologie. Allgemeines über Laparotomie. Sonstiges Allgemeines.

1. Adachi, Über das Vorkommen doppeltbrechender Lipoide in menschlichen Ovarien und Uterus nebst einer Bemerkung über Fettablagerung in denselben Organen. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1. (In kindlichen Ovarien kommt Fett normalerweise vor, bei geschlechtsreifen Individuen konstant, besonders in der Theca interna und in der Umgebung der Corpora fibrosa. Im Uterus des Kindes findet sich nichts davon, bei Erwachsenen keine Lipoide ausser bei Blutungsherden. Nicht selten trifft man Fettzellen in der Schleimhaut; in den Muskeln sind solche die Produkte regressiver Vorgänge.)
2. Albrecht, Der asthenische Infantilismus des weiblichen Geschlechts und seine Bedeutung für die ärztliche Praxis. Med. Klinik. Nr. 15.
3. Asch, Diagnostische und therapeutische Ratschläge für gynäkologische Praktiker. Ebendas. Beiheft 6.
4. Baecker, Hans, Über Alkoholismus und alkoholische Geistesstörungen beim weiblichen Geschlecht. Diss. Kiel.
5. Ballard, Cervixlazeration und reflektorische Reizung. Med. Record. Bd. 85. p. 800.
6. Bauereisen, Fremdkörper in der Bauchhöhle. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 353. (Ileus drei Jahre nach einer Adnexoperation. Bei der Laparotomie fand sich ein Gazetuch, das Volvulus verursacht hatte. Heilung.)
7. Bell, Bl., Special discussion of the internal secretions to the female characteristics and functions in health and disease. Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp. 1913. Dec.
8. Benthin, Selbstinfektion bei gynäkologischen Operationen. Deutsche med. Wochenschrift. p. 1547. (Benthin fand bei Karzinom bis 25%, bei Myom 20%, bei Prolaps 15% hämolytische Streptokokken und führt Todesfälle hierauf zurück. Er verlangt eine energische Vorbehandlung.)
9. Bischoff, Zur Differentialdiagnose der Appendizitis chronica. Monatsschr. f. Geb. Bd. 40. Heft 3.
10. Blumfeld, Narkose und Diagnose. Lancet. March 28.
11. Boorstein, S., Dystrophia adiposogenitalis (of Froehlich) with Clinical report of two cases. Journ. Amer. med. Assoc. Vol. 63. Nr. 2. p. 148. (Hypophysenextrakt erwies sich dabei wirksam.)
12. Borszéky und Báron, Die Blutstillung bei Leberoperationen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3. (Präventive Kompression des Ligam. hepatoduodenale mittelst weicher Darmklemmen 15 Minuten hindurch.)
13. Bossi, A sempre maggior conferma dei miei principii nel campo delle nevrosicopatia femminili d'origine genitale. La Gin. Mod. 5—7.
14. Bovée, Complete sterilization of the skin by jodine. Amer. Journ. of Obst. Nr. 7. (Doppelter Jodanstrich.)
15. Brumberg, M., Über Bauchfelltuberkulose mit besonderer Berücksichtigung neuerer Behandlungsmethoden (Gaseinblasungen in die Bauchhöhle). Diss. Berlin.

16. Bryan, W. A., Zweizeitige Operation abgekapselter peritonealer Abszesse. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 1. (Bei der ersten Operation wird nur ein den Eiterherd umschliessender Tampon zwecks Verklebung des Peritoneum parietale und viscerale eingelegt. Die Eröffnung des Abszesses folgt 10—12 Stunden später.)
17. Carless, Die Diagnose akuter Bauchaffektionen. Practit. März. (Berücksichtigt besonders die Appendizitis.)
18. Cavagnis, Jodvaporisation des Peritoneums. Rassegna d'ostet. e gin. Nr. 1. (Für nicht sicher saubere Operationen und für Tuberkulose empfohlen.)
19. Cheval, La photographie du col utérin. Journ. Belge de Gyn. Nr. 7.
20. Chtontser, Die Rolle des grossen Netzes im Kampf gegen peritoneale Infektion. Diss. Petersburg. Ref. La Gyn. Vol. 18. p. 394.
21. Codman, A study of hospital efficiency with particular reference to product rather than expenditure. Amer. Journ. of Obst. LXX. p. 247.
22. Crile, George, La théorie cynétique du shok et l'opération sans shok; association anocive. Rev. de Chir. Janv. (Siehe bei „Anästhesierungsmethoden" Nr. 29. p. 11.)
23. Crousse, Transfusione sanguine. Journ. Belge de Gyn. I. Nr. 6.
24. Delmas, Paul, Eviscération post-opératoire massive, traitée avec succès par la réduction immédiate et l'immersion dans l'éther. Bull. Soc. d'Obst. Nr. 3. Rev. mens. de Gyn. Avril. (Dehiszenz der Laparotomiewunde am achten Tage nach einer Adnexoperation angeblich infolge von Hustenanfällen. Reposition der Därme unter Aufgiessen von 1½ Litern Äther, Einlegen von Kompressen, Offenlassen des Abdomens. Heilung, trotzdem Patientin nach Hause geschafft wird und die Kompressen 90 Tage in der sich langsam schliessenden Wunde behält. Stückweise Entfernung derselben.)
25. Demarest und Masson, Kystes péritonéaux. Annal. de Gyn. Févr. (Orangengrosse Zyste im Canal. inguinal. Entfernung derselben. Ausgang vom Peritoneum, Zylinderepithel hie und da mit kurzen Cilien.)
26. Demmer, F., Über katarrhalische Lungenkomplikationen bei chirurgischen Erkrankungen und deren Behandlung mit Oxygen-Adrenalininhalationen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXXV. Heft 3 u. 4.
27. Deppe, Frauenärztliches aus Deutsch-Ostafrika. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
28. Dercum, Die nervösen Symptome bei Genitalleiden. Monthl. Cyclop. and med. bull. Nr. 5. XVI. Nr. 6. 1913.
29. Dickinson, C., Wrights Lösung, ein Ersatz für antiseptische Lösungen. Med. Record. Nr. 25. (Na. citric. 0,5, Na. chlorid. 3,0, Aq. ad 100.)
30. Dickinson, R., Efficiency studies in gynecological diagnosis. Amer. Journ. of Obst. LXX. p. 246.
31. Dörr, Beitrag zur Kasuistik der Uterusbauchdeckenfisteln. Diss. Marburg.
32. Dufour et Legros, Syndrome hypo-ovarien et hypothyroidien. Crises épileptiformes (Vagotonie). Reflexe oculo-cardiaque. Arrêt du ventricule. Dissociation auriculo-ventriculaire. Presse méd. 1 Avril. p. 248.
33. Elliot und Dingley, Lungenkollaps nach Laparotomien. Lancet. 105. p. 13. (In zwei Fällen entstand unter Fieber eine Dämpfung und Kollaps eines Lungenlappens, Verdrängung des Herzens nach der kranken Seite hin. Infektion von den Bronchien aus soll die Ursache sein, Atelektase folgen. Expektorantien sind indiziert.)
34. Elsner, Gemeinsames Auftreten von Uterusgeschwülsten und Struma. Typischer und atypischer Basedow. Amer. med. Soc. May.
35. Erggelet, A., Über Fehldiagnosen bei Appendizitis der Frauen. Diss. Freiburg.
36. Fabricius, Beziehungen der Appendix zu Erkrankungen des Genitalapparates. Med. Klin. Nr. 22.
37. Fetzer, Wesen und Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion, insbesondere in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Verein f. wissensch. Heilk. in Königsberg. 26. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 826. (In allen Fällen von Gravidität reagierte das Serum mit Plazenta positiv. Bei fehlender Gravidität war in allen Fällen, in denen weder Karzinom noch entzündliche Prozesse vorhanden waren, die Reaktion negativ. Man muss auch daran denken, dass im Plazentarsubstrat sich Bindegewebe befindet, dass also in einem Falle von bindegewebiger Einschmelzung ein positives Resultat mit Plazenta zwar erhalten werden kann. Eine unspezifische Reaktion bei Karzinom ist denkbar in Fällen, wo der Organismus mit plasmafremdem Material überschwemmt wird und steht im Einklang mit entsprechenden Tierexperimenten.)
38. Figueroa, S., Eine einfache Methode zur Registrierung von Blutungen und Ausflüssen. Journ. Amer. med. Assoc. p. 205.

39. Fingerhut und Wintz, Zur Methodik der Blutgerinnungsbestimmung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. (Versuche in einem eigens konstruierten Thermostaten.)
40. Fischer, B., Nekrose der gesamten Vaginalschleimhaut durch Sublimatspülungen. Ebendas. Nr. 11.
41. Flatau, S., Erfahrungen mit Peristaltin nach Laparotomien. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 646.
42. Ford, W., Sterilität der Frauen. Med. Record. Vol. 85. p. 19. (Empfehlung der Pozzischen Operation.)
43. Frank, L., Jod in der Abdominalchirurgie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 179.
44. Frank, Rich., Die Desinfektion der Haut mit Sterolin bzw. Jodsterolin. Zentralbl. f. Chir. Nr. 30. (Perubalsam, Rizinusöl, Terpentin, Glyzerin und Spiritus.)
45. Frank, Rob., The clinical manifestations of disease of the glands of internal secretion in gynecological and obstetrical patients. Amer. Journ. of Obst. LXX. p. 264. (Übersichtsreferat.)
46. v. Franqué, Pathologie und Therapie der Genitaltuberkulose des Weibes. Würzb. Abhandl. Heft 1. (Übersichtsreferat über den derzeitigen Stand dieser Frage, Erörterung der drei Entstehungsarten der Genitaltuberkulose. 1. der hämatogene Weg, 2. Fortleitung von der Nachbarschaft, 3. Infektion von aussen her. Eingehende Beschreibung der klinischen Symptome und der diagnostischen Methoden. Prognostisch ist die Sterilitätsfrage und die Disposition zu Karzinomentwicklung wichtig. Therapeutisch kommt in erster Linie operative Behandlung in Betracht.)
47. Friedl und Busse, Gynäkologische Untersuchungen und Operationen bei Psychosen. Naturw. med. Ges. Jena, 13. Nov. 1913. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 264. (Auf Grund von Untersuchungen an 200 geisteskranken Frauen wird festgestellt, dass bei 91% dieser Kranken pathologische Genitalveränderung vorhanden war. Bei etwa 10% wurden gynäkologische Eingriffe ausgeführt. In Frage kommen Hysterie, bei welcher Kastration ohne Erfolg war, Imbecille, Epileptische, zirkuläres Irrsein und Dementia praecox. Bei letzterer Erkrankung wurde die Abderhaldensche Reaktion diagnostisch verwendet. Eine therapeutische Beeinflussung nach Kastration ist noch nicht spruchreif.)
48. Fuchs, Jul., Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Presssäften und Extrakten aus Schilddrüse, Eierstock und Plazenta auf den überlebenden Kaninchenuterus. Diss. Heidelberg.
49. Gatsch, The effect of Laparotomy upon the circulation. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 55.
50. Gelinsky, Die Gefahren, Verhütung und Behandlung der abdominalen Infektion, der Passagestörungen und ihrer Folgezustände. Arch. f. klin. Chir. CIII. Heft 4. (Empfiehlt Heissluftbehandlung nach jedem Bauchschnitt und besonders bei peritonealer Infektion.)
51. Gerich, Zur Kasuistik in der Bauchhöhle vergessener Gazekompressen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. (Ovariotomie in der Schwangerschaft. Eine sehr grosse Kompresse wird 14 Tage nach der normalen Geburt aus einem spontan durchbrechenden Abszess entfernt.)
52. Giles, Bericht über 1000 aufeinander folgende Bauchoperationen. Lancet. July 4. (881 gynäkologische Operationen darunter mit einer Mortalität von 3,4%.)
53. Gissinger, A., Einfacher Handschutz bei eitrigen Operationen. Diss. Giessen.
54. Golub, Le retentissement des affections des voies respiratoires inférieures sur l'appareil génital de la femme. La Gyn. 1913. Nr. 11. (Asthma hat keinen Einfluss auf genitale Prozesse, ebenso der Keuchhusten; über Influenza, Pneumonie und Tuberkulose berichtet Verf. nichts Neues.)
55. Gorbakowsky, Diagnostische Untersuchungen des Antitrypsingehaltes und der Leukozytose bei Laparotomien. Beitr. z. Geb. Bd. 19.
56. Gordon, Alf., Nervous and mental disturbances following castration in women. Journ. Amer. med. Assoc. Oct. 17. (Unter 112 Frauen, denen die Ovarien allein oder mit dem Uterus exstirpiert waren, befanden sich 34, bei denen schon vor der Operation nervöse Krankheiten bestanden hatten. Nur neun zeigten eine Besserung in der Rekonvaleszenz, später aber traten die alten Symptome plötzlich und heftig wieder auf. Bei allen übrigen war von einer Besserung nichts zu konstatieren. Bei Hysterischen verschlimmerte sich die Hysterie, auch die Neurasthenischen waren nicht besser daran; einige Psychasthenische mussten sogar vorübergehend in Anstalten gebracht werden und nur bei dreien war eine Heilung ersichtlich. Bei 17 ohne strenge Indikation wegen

nervöser Störungen Kastrierten war der Erfolg ganz schlecht, aber auch bei Frauen mit kranken Eierstöcken, die total exstirpiert waren, war meistens eine Verschlimmerung der nervösen und psychischen Störungen die Folge. — Angesichts solcher übler Erfahrungen rät Gordon mit Recht zur grössten Vorsicht beim Aufstellen der Indikation und zum Zurücklassen gesunden Ovarialgewebes bei Eingriffen.)

57. Graefe, Gerh., Über Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates im Kindesalter. Monatsschr. f. Geb. Bd. 40. Heft 4.
58. v. Graff und Novak, Basedow und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 18. (Primäre Genitalveränderungen können durch Beeinflussung der Thyreoidea oder Reizung des Sympathikus einen Basedow veranlassen, sie können aber auch infolge eines Basedow auftreten (?).
59. v. Graff, Schilddrüse und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 109.
60. Gray-Philipps, Die Resorption und Zugfestigkeit verschiedenen tierischen Ligaturmaterials. Journ. Amer med. Assoc. Nr. 17. (Fasziennähte werden schneller resorbiert als Muskelnähte.)
61. Haeberlin, Behandlung der zirkumskripten und diffusen eitrigen Peritonitis im Gefolge der Appendizitis. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 1. (346 Fälle mit 11 Todesfällen. Schwere allgemeine Peritonitis wurde in 10% beobachtet. Verf. empfiehlt langdauernde NaCl-Ausspülungen der Bauchhöhle und Drainage des Douglas für mindestens 24 Stunden.)
62. Haim, E., Zur Verhütung der allgemeinen Peritonitis bei Operationen im kleinen Becken, insbesondere bei der erweiterten abdominalen Totalexstirpation des Uterus wegen Karzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. (Am Schluss der Operation näht Haim Cökum und Flexur aneinander und dann nach hinten und vorn ans Peritoneum.)
63. Hara, K., Zur Serodiagnostik der malignen Geschwülste. II. Deutsche med. Wochenschrift. p. 1258. (Hara hat in einer früheren Publikation [Deutsche med. Wochenschr. 1913, Nr. 52] angegeben, dass die Komplementbindungsreaktion nach von Dungern und die Meiostagminreaktion nach Ascoli und Itzar für die Serodiagnostik der malignen Geschwülste recht brauchbar sind, wenn sie auch keine vollkommene Spezifizität aufweisen. Hara berichtet in vorliegenden Mitteilungen über weitere 34 Fälle, die gleichzeitig mit beiden Methoden untersucht worden sind. Die Meiostagminreaktion mit Kochsalzlösung ergab in 24 mit Zuckerlösung, in 27 Fällen und die Komplementbindung in 29 Fällen ein positives Resultat. Die Ergebnisse beider Methoden deckten sich nicht, sie scheinen sich vielmehr zu ergänzen. Beide Methoden geben unter Umständen auch mit nichttumorkranken Seren positive Ausschläge.)
64. Haren, C., Über Erfolge der operativen Therapie bei Sterilitas matrimonii. Dissert. Freiburg.
65. Harvey, F., Pituitrin postoperativ. Med. Record. Nr. 12. (Wirksam bei Blähungsbeschwerden, Ischurie, peritonitischer Darmlähmung.)
66. Hausmann, Th., Ergebnisse der methodischen Palpation der Ileocökalgegend mit besonderer Berücksichtigung der ektopischen Eileiter. Monatsschr. f. Geb. 39. p. 772.
67. Heinemann, Fritz, Über den Wert der Antitrypsinbestimmung in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 768.
68. Hellier, John B., Wichtige Punkte in der gynäkologischen Diagnostik. Practit. 1913. Aug. (Besondere Bewertung des Schmerzes für die Diagnose.)
69. Henry, F. P., Die Diagnose und Behandlung der Lumbosakralschmerzen. Med. Record. Nr. 3. (Fälle von Ischias; einer heilte nach der Entfernung eines kleinen Zervikalpolypen.)
70. Hermann, F., Zur Kasuistik der Beziehungen zwischen der Gallenblase und dem weiblichen Genitale. Diss. Freiburg.
71. Herrmann, E., Die klinische Bedeutung der Veränderungen am weiblichen Genitale beim Status hypoplasticus. (Bartel.) Gyn. Rundschau. p. 14. (Herrmann hat am anatomisch-pathologischen Material der Wiener Universität bei 200 Fällen von Status hypoplasticus die weibliche Keimdrüse untersucht und dabei in 58% charakteristische Veränderungen im Ovarium gefunden. Diese bestehen in Vergrösserung des Organs, Glätte der Oberfläche, zystischer Vergrösserung der Follikel und Zunahme des Bindegewebsstroma. Corpora lutea sind nur selten zu finden. Analoge Veränderungen haben seinerzeit Bartel und Kyrle am kindlichen Hoden beobachtet. Dieser hyperplastische Zustand des Ovariums hatte in 1,5% aller Fälle Genitalhypoplasie zur Folge, wobei auf das zweite Jahrzehnt 82%, auf das dritte Jahrzehnt nur mehr 66% entfallen. Es erklärt sich dieses Verhalten aus der grossen Sterblichkeit der

Hypoplastiker, welche in den ersten zwei Jahrzehnten über 50% beträgt. Man kann demnach von einer natürlichen Auslese solcher Menschen sprechen, da fast die Mehrzahl der so veranlagten Fälle sehr frühzeitig ausgeschieden werden. Weitere Folgezustände sind verspätetes Auftreten der Menstruation, vorübergehende Amenorrhoe, vorzeitiges Klimakterium und primäre Sterilität. Bei 25% aller Menschen überhaupt sollen nach Bartel degenerative Zeichen in geringerem oder höherem Grade vorhanden sein. Infolge der allgemeinen Genitalhypoplasie besteht in 54% des Status hypoplasticus primäre Sterilität.)

72. Heurlin, M., Bakteriologische Untersuchungen des Genitalsekrets der nichtschwangeren und nichtpuerperalen Frau vom Kindes- bis ins Greisenalter unter physiologischen und gynäkologisch-pathologischen Verhältnissen. Berlin.

73. Hilx, A., Experimentelle Untersuchungen über freie Fetttransplantation bei Blutungen parenchymatöser Bauchorgane. Arch. f. klin. Chir. CIII. Heft 4. (Da die Extrakte von Faszie, Muskel, Netz und Fett eine Beschleunigung der Blutgerinnung herbeiführen, ist Fett vom Netz, der Nierenkapsel und des subkutanen Gewebes zum Transplantationsmaterial geeignet.)

74. Hoessli, H., Leukozytose bei intraperitonealen Blutungen. Mitt. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 4. (Hoessli hat an Kaninchen den Einfluss des in die Bauchhöhle injizierten Blutes auf die Leukozytenzahl untersucht. Es trat immer rasch eine starke Hypoleukozytose ein, welche im Gegensatz zu der spät auftretenden Hypoleukozytose bei subkutaner Blutinjektion innerhalb 1—2 Tagen abklang. Differentialdiagnostisch gegenüber Appendizitis ist es wichtig, dass man auch beim Menschen infolge von geplatzter Tubargravidität oder Ovarialblutungen in die Bauchhöhle starke Leukozytose finden kann.)

75. Hofmann, Willy, Über das Frühaufstehen nach Operationen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8.

76. — Über die Funktionsprüfung des Herzens und ihre praktischen Ergebnisse für die Chirurgie. Arch. f. klin. Chir. CIV. Heft 1. (Empfiehlt Katzensteins Methode, probeweises Komprimieren der Art. femorales.)

77. Holländer, Eug., Pseudomenstruatio postoperativa. Zentralbl. f. Chir. Nr. 17.

78. Hübner, Die praktische wissenschaftliche Diagnose und Behandlung der männlichen und weiblichen Sterilität. Med. Record. Bd. 85. Nr. 19. p. 840.

79. Hüffel, A., Die Behandlung der Peritonitis mit Kampferöl. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 812. (Sammelreferat.)

80. Huntemüller und Eckard, Beiträge zur Frage der Händedesinfektion. Berl. klin. Wochenschr. p. 1508. (Die beste Desinfektion liefert Seifenwaschung mit nachfolgendem Abreiben der Hände mit 70%igem Alkohol. Auch Festalkohol oder 70%iger Rizinusseifenspiritus ist empfehlenswert, besser noch Verreiben von Seifenspiritus auf die Hand.)

81. Javaux, Fistules intestinales suite opératoire, guéries spontanément par la méthode de l'oxygène à courant continu dans le ventre. Journ. Belge de Gyn. I. Nr. 6. p. 480. (Bei Kotfisteln und anderen Fisteln führt Javaux einen Nelatonkatheter in diese ein, verbindet ihn mit einer Sauerstoffbombe und lässt Tag und Nacht hindurch den Sauerstoff so lange einströmen, bis die Sekretion oder Eiterung aufhört.)

82. Jung, Ph., Die Leistungsfähigkeit der vaginalen Köliotomie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 46. (Jung nennt zwar die vaginale Köliotomie eine segensreiche Operationsmethode, hat sie aber mehr und mehr zugunsten der Laparotomie eingeschränkt.)

83. Kaiser, Kurzer Rückblick auf die Geschichte des Krankheitsbildes der Asthenie-Enteroptose. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1306.

84. Kalledey, Über die Rolle der endokrinen Drüsen und ihre Beziehungen zur gynäkologischen Therapie. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. (Das Mittel Glanduovar wird intravenös angewendet gegen Dysmenorrhoe, Amenorrhoe, klimakterische Beschwerden und Hyperemesis.)

85. Karewski, F., Diabetes und chirurgische Erkrankung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1.

86. Kawasoye, Über die anatomischen Veränderungen an den Bauch- und Brustorganen, insbesondere am Peritoneum von Tieren nach intraperitonealer Kampferölinjektion. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 100. (Die Veränderungen sind bei verschiedenen Tieren verschiedengradig. Bei schwacher Reaktion wird das emulgierte Öl in den Lymphbahnen resorbiert, bei starker Reaktion wird es durch gewucherte Endothelien und

Leukozyten eingekapselt und auf dem Peritoneum festgehalten, wodurch die Ölresorption gehemmt ist.)
87. Kisch, Die künstliche Befruchtung beim Menschen. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Heft 2. (Kisch lehnt die bisherigen angeblichen Erfolge ab.)
88. v. Klein, Durch Askariden vorgetäuschter Tumor. Deutsche med. Wochenschr. p. 1497. (24jährige Nullipara, wegen Adnexentzündung in Behandlung. Laparotomie wegen eines schmerzhaften Tumors in der Blinddarmgegend. Derselbe erwies sich als eine mit drei Askariden beschwerte Dünndarmschlinge. Schluss des Abdomens. Abtreiben der Würmer mit Santonin.)
89. Knoop, Über die Gefahren der intrauterin angewandten antikonzeptionellen Mittel. (Referat. Diskussion.) Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 406 ff.
90. Kraus, F., Diabetes und Chirurgie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1.
91. Kreiss, Ph., Der Blutverlust bei gynäkologischen Operationen und seine prognostische Bedeutung. Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. Heft 1. (Man operiert am sichersten im Intermenstruum. Da die Prognose zum Teil vom Blutverlust abhängt, ist exakte Blutstillung nötig, besonders beim Abschieben der Harnblase bei der Totalexstirpation.)
92. Kreuzeder, Blutuntersuchungen und Blutdruck in bezug auf die Prognose bei gynäkologischen Operationen. Diss. Würzburg.
93. v. Kubinyi, Verfahren zur Kontrolle der Tupfer bei Laparotomien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. (Die Tupfer werden an eine Schnur geknotet, die durch die Löcher einer Metallscheibe gezogen ist.)
94. Küstner, H., Über den Nutzen des Peristaltins für die Laparotomierten. Ebendas. Nr. 31.
95. Kuntzsch, Das konstitutionelle Moment beim Geschlechtsproblem. Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. p. 563.
96. Labhardt, Die Erfolge der Verwendung des Kampferöls zum Schutze gegen postoperative Peritonitis. Festschr. f. H. Bircher. Tübingen bei Laupp.
97. Laurence, J., La stérilité chez la femme et son traitement. Journ. des Prat. 24 Janv.
98. Lepinay, M., Die von den weiblichen Genitalien ausgehenden Neuralgien im Becken und ihre Behandlung. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Févr./März. (Von jedem Beckennerven können Neuralgien ausgehen. Neben chirurgischer und interner, sowie physikalischer Therapie verweist Verf. auf die Wirksamkeit von Radiumemanation und Heilquellen.)
99. Leplat, M., Ätherspülung des Peritoneums. Presse méd. p. 359. (Die Spülung wurde im Anschluss an eine Radikaloperation wegen Adnexeiterung vorgenommen. Schwerer Kollaps trat auf, zwei Stunden musste künstliche Atmung gemacht werden. Wenn auch die Patientin allmählich zu sich kam, warnt Leplat doch im Gegensatz zu anderen vor der Methode, die entschieden gefährlich ist.)
100. Lewandowsky, Die Hysterie. Berlin, Springer.
101. Lieb, Charles, Pharmakologische Wirkung der ekbolischen Drogen. Amer. Journ. of Obst. Jan. (Im Sekale wirkt nur das Ergotoxin spezifisch. Extrakte aus dem Hinterlappen der Hypophyse erregen alle glatten Muskeln, Chinin den isolierten Uterus. Die Isochinoline (Hydrastinin, Narkotin) wirken direkt auf die Uterusmuskulatur.)
102. Lohmeyer, Über das Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität und Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. Heft 2. (Das Ferment entfaltet bei Karzinom, Tuberkulose und genitalen Entzündungen eine erhöhte verdauende Kraft auf der Serumplatte, nicht aber bei Myomen, wenn sie nicht verjaucht sind.)
103. Lyman, C., und Bergtold, Die Verwendung von Amnion zur Verhinderung postoperativer peritonealer Adhäsionen. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 6. (Amnion ist gut zu sterilisieren und wird erst nach längerer Zeit resorbiert. Man bewahrt es in $\frac{1}{2}$ %oiger Formollösung und 70%igem Alkohol auf.)
104. Maier, Marcus, Untersuchungen über Eisengehalt, Hämoglobin und Blutkörperchen-Volumen bei geburtshilflichen und gynäkologischen Patientinnen. Diss. Freiburg. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 76. Heft 1.
105. Marchak, 4 cas de guérison de péritonites généralisées, traitées par des lavages à l'éther. Annal. de Gyn. II Sér. Tome XI. p. 305. Presse méd. p. 269. (Spülungen der Peritonealhöhle mit $\frac{1}{2}$ Liter Äther bei drei Appendix- und einer Pyosalpinxperitonitis.)
106. Mayland, Das Schicksal eines in der Bauchhöhle zufällig zurückgelassenen Jodoformgazestreifens. Lancet. Febr. (Es musste wegen Ileus relaparotomiert werden. Der

breite Gazestreifen hatte das Jejunum perforiert und wurde mit Glück aus letzterem herausgeschnitten.)

107. Maylard, Practice and Problem in abdominal surgery. London 1913. (Ergebnis langjähriger Erfahrungen in der Abdominal-Chirurgie.)
108. Mc Cann, Neue Fortschritte in der Gynäkologie. Practit. April.
109. Mc Donald, E., Ein Hautüberzug als Ersatz für Gummihandschuhe. Med. Record. Nr. 12. p. 524. (Lösliche Baumwolle in Amylazetat und Azeton aufgelöst, mit Äthylalkohol und einem verseifbaren Äther versetzt, ist dem Gaudanin etc. vorzuziehen.)
110. Merletti-Calcaterra, Un perfezionamento ed una semplificatione notevole nella tecnica dell' antisepsi operativa. Ann. di Ost. e Gin. Nr. 6.
111. Meyer-Ruegg, Die Tuberkulose der weiblichen Genitalien. Schweiz. Rundschau f. Med. Nr. 14. (Unter den an Tuberkulose verstorbenen Frauen sind 15% Genitaltuberkulosen. Adnexerkrankungen sind 3—10% tuberkulöser Natur; bei ihnen sind Operationen selten nötig.)
112. Meyer, Willy, Der Siegeszug der Beckenhochlagerung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXXIX. (Zwei Todesfälle schiebt Meyer auf die Beckenhochlagerung, nämlich eine Apoplexie — Sektion nicht vorgenommen — und einen plötzlichen Exitus beim Entfernen eines Embolus aus der Aorta abdominalis. Statt der Knie-Ellenbogenlage empfiehlt er Beckenhochlagerung in der Bauchlage.)
113. Minner, Genital- und Peritonealtuberkulose. Diss. Würzburg 1913. (52 Fälle = 0,72% der gynäkologischen Erkrankungen. 13 Operationen mit 15,4% Mortalität.)
114. Mosbacher, Funktionelle Störungen im weiblichen Genitale und Störungen im vegetativen Nervensystem. Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. Heft 2. (Im Sinne des Asthma bronchiale als Paradigma für Vagotonie war keine gynäkologische Affektion zu deuten. Aber bei funktionellen Blutungen zeigten 80% vagotonische Disposition, ebenso die klimakterischen Beschwerden und die funktionellen Amenorrhoen.)
115. Münzer, Art., Pubertas praecox und psychische Entwicklung. Berlin. klin. Wochenschrift. Nr. 10.
116. Nagy, Theod., Ein Fremdkörper in der Bauchhöhle. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. (Angeblich verschluckter hölzerner Zahnstocher hatte den Dünndarm perforiert und wurde durch die Laparotomie entfernt. Heilung.)
117. Novak, J., Über den Einfluss der Nebennierenausschaltung auf das Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 36. (Bei Ratten bewirkt die Ausschaltung der Nebennieren Atrophie der Genitalorgane infolge des Ausfalles der innersekretorischen Funktion. Eine bestehende Schwangerschaft wird dadurch nicht unterbrochen.)
118. — Wege und Ziele auf dem Gebiet der inneren Sekretion vom gynäkologischen Standpunkt. Monatsschr. f. Geb. Bd. 40. Heft 2.
119. Ogórek, Spontanabtrennung der weiblichen Adnexe. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 300. (Torsion und Strangulation.)
120. Okintschitz, Über die gegenseitigen Beziehungen einiger Drüsen mit innerer Sekretion. Ebendas. p. 331.
121. Opitz, E., Über die Behandlung der weiblichen Unfruchtbarkeit. Therap. d. Gegenw. I u. II. (Übersicht über den jetzigen Stand der Frage. Nach Opitz ist die Sterilität nur in 50% auf Seiten des Mannes. Bei der Frau erwartet er viel von einer Allgemeinbehandlung (Blutarmut, innersekretorische Störungen). Antisyphilitische Kuren können auch während einer Gravidität durchgeführt werden.)
122. Partos, Ein neues Verfahren zum Schutze des Peritoneums gegen Infektion. Schweiz. Rundschau f. Med. Nr. 11. (Eine Aufschwemmung von Bolus alba soll den Schutz gewähren.)
123. Passow, Ad., Wechselseitige Beziehungen zwischen Psychosen und Menstruationsstörungen. Gyn. Rundschau. Heft 11. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.
124. Pazzi, I caratteri biologici della differenziazione sessuale della donna. Lucina. Nr. 7.
125. Perazzi, Ricerche sperimentale intorno alle variazione del potere assorbente del peritoneo in seguito a trattamento con olio. Annali di Ost. e Gin. Nr. 6.
126. Philipowicz, Über Hämostase und aseptische Thrombose. Gyn. Rundschau. Nr. 13. (Statt Gaze empfiehlt Philipowicz organische Gewebe (Netz) zur Blutstillung zu verwenden, warnt vor Massenligaturen und rät, Lücken in den Bauchdecken gut zu schliessen, in denen sich gefährliche Koagula bilden können. In der Diskussion teilte Kocher mit, dass er bei Anwesenheit grösserer Varizen die Vena saphena magna vor der Operation unterbindet; weiterhin lobte er das Koagulen als blutstillendes Mittel.)

127. Phillipps, J., Schmerzen bei der Kohabitation und ihre chirurgische Behandlung. Brit. med. Journ. p. 1232. (Fälle von Fissuren, unverletztem Hymen, Vaginismus, Hypoplasie, Lageveränderungen, Narben etc.)
128. Playette et Bernard, Ätherspülung des Peritoneums. Presse méd. p. 338. (Platzen eines eitrigen Tumors in der Laparotomie. Ätherspülung. Kollaps, Tod. Délanglade, Roux — de Brignoles — und Pieri sahen in zusammen sechs Fällen keinerlei Erfolg von den Ätherspülungen bei Peritonitis.)
129. Poll, H., Über Geschlechtsbestimmung beim Menschen. Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. Heft 2. p. 549.
130. Porrit, Pituitrin bei postoperativer intestinaler Stasis. Brit. med. Journ. May 23.
131. Prentiss, Dan., Lenden- und Kreuzschmerz bei der Frau. Amer. Journ. of Obst. Jan.
132. Prochownick, Das Mengesche Heilverfahren bei postoperativen Bauchbrüchen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 357.
133. Puppel, Diagnostische Irrtümer. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10.
134. Rapin, Bauchschnitt in der Gynäkologie. Gyn. helvet.
135. Rasch, K., Das Mahlersche und das Michaelissche Symptom. Samml. wiss. Arb. Heft 14. (27 Fälle von Thrombose und Embolie; sechsmal fand sich „Kletterpuls“, sechsmal subfebrile Temperaturen, weshalb Rasch allgemein gültige, prämonitorische Symptome in beiden Zeichen nicht erkennt.)
136. Reichelsderfer, Lagebehandlung der postoperativen peritonealen Adhäsionen. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 6.
137. Resinelli, Was verträgt das Peritoneum und was nicht? Ginec. X. Heft 19. (Strenge Asepsis, seltene Drainage. Intraperitoneale Nähte sollen nur aus Seide bestehen.)
138. Reymond, M., Über den Pfannenstielschen Querschnitt. Presse méd. p. 190. (Sah nie Hernien danach auftreten. 135mal wurde die Appendix fortgenommen und dabei der Genitalapparat bequem inspiziert.)
139. Riedel, Bakteriologischer und pathologisch-anatomischer Befund bei Peritonitis. Diss. Halle.
140. Rohde, Karl, Über die Beziehungen der Erkrankungen der Gallenwege zu den Generationsvorgängen der Frau. Diss. Freiburg.
141. Rohleder, Die libidinösen Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe. Leipzig, G. Thieme. (Nach allgemeinen Erörterungen der Geschlechtstriebe des Weibes und dem Coitus interruptus wird die durch qualitative und quantitative Störungen des weiblichen Geschlechtstriebes bedingte Sterilität abgehandelt. Anaesthesie, Frigidität, Dyspareunie, Nymphomanie und Vaginismus werden unter die quantitativen Störungen eingereiht. Hysterie, geschlechtliche Anomalie und Perversionen, sowie die relative Sterilität (sexuelle Antipathie) rechnet er zur zweiten Kategorie. Sehr eingehend wird die Therapie dieser Zustände behandelt.)
142. Rovsig, Die Gastro-Koloptosis. Leipzig.
143. Sabouraud, Beziehungen zwischen der Geschlechtsentwicklung und der Behaarung beim Menschen. Arch. mens. d'obst. et gyn. Janv. (Sabouraud weist auf die bekannte Tatsache hin, dass den verschiedenen Etappen des Geschlechtslebens physiologische und häufig auch pathologische Veränderungen an der Behaarung des Kopfes, des Gesichtes, der Scham- und Achselhaare, sowie der übrigen Körperregionen entsprechen. Die Keimdrüsen scheinen durch ihre innere Sekretion einen weitgehenden Einfluss auf das Haarwachstum und die damit eng verbundene Sekretion von Hauttalg zu haben. Interessant ist die Beobachtung, dass Sabouraud unter 147 Eunuchen keinen einzigen Kahlkopf gefunden hat. Bei Frauen soll Haarausfall während der Schwangerschaft zum Stillstand kommen und zwar regelmässig im dritten Monat der Schwangerschaft. Mit dem Wiedereinsetzen der Ovarialfunktion nach der Entbindung soll auch der Haarausfall wieder beginnen, und zwar macht er sich 80—90 Tage nach der Entbindung bemerkbar, weil angeblich das Haar erst 80—90 Tage nach seinem Absterben ausfällt. Eine Erklärung dafür kann der Autor nicht geben.)
144. Sarkissiantz, Zur Frage der künstlichen Sterilisation der Frau. Med. Klin. Nr. 15. (Die Sterilisierung ist nur erlaubt, wenn dauernde Schäden durch eine Schwangerschaft drohen. Eine Unterbindung der Tuben hält Sarkissiantz für ausreichend.)
145. Sasse, Zur Behandlung der diffusen eitrigen Wurmfortsatzperitonitis. Arch. f. klin. Chir. CIII. Heft 3. (Von einem pararektalen Schnitt aus werden mit Seitenhebeln Kompressen zur Aufsaugung des Exsudates eingeführt und dann erst der Wurm entfernt und die Wundhöhle drainiert.)

146. Schickele, Über Wachstumsstörungen und ihre Beziehungen zur inneren Sekretion. Berl. klin. Wochenschr. p. 1653. (Ein Fall „atypischer Akromegalie", Ovarien angeblich nicht fühlbar. Ein Fall abnormer Fettbildung bei Hypoplasia genitalis; ein Fall von eunuchoidem Typus.)
147. Schlimpert, H., Erfahrungen mit dem Blumreichschen Phantom im Unterricht. Münchn. med. Wochenschr. p. 710.
148. Schockaert, Contribution au traitement chirurgical du péritoine. Journ. Belge de Gyn. I. Nr. 6.
149. Schöpperl, Über Thrombose und Embolie nach gynäkologischen Operationen. Diss. München.
150. Schottelius, A., Über die Operation von Nabel- und Bauchnarbenbrüchen mit querer Fasziensspaltung und Muskelaushülsung (Menge-Pfannenstiel). Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. Heft 2. (11 Fälle mit einem Todesfall.)
151. Schricker, K., Spülungen der Bauchhöhle bei Laparotomien. Diss. München.
152. Schubert, G., Tupferkontrolle bei Laparotomien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
153. Schultze, B. S., Gynäkologie und Psychiatrie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 40. Heft 2.
154. Schultze, H., Beitrag zur Frage der künstlichen Tubensterilisation. Diss. Leipzig.
155. Sehrt, Die Beziehungen der Schilddrüseninsuffizienz zu den nervösen Beschwerden und der spastischen Obstipation der Frauen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
156. Short, Blutveränderungen als Ursache des Schocks. Lancet. March 14. (Lähmung der Kerne am IV. Ventrikel und Kleinhirn ist die Ursache, welche Impulse zum Rückenmark senden, wodurch dieses seine muskeltonisierende Fähigkeit ausüben kann.)
157. Siemerling, Gynäkologie und Psychiatrie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. März.
158. Smith, Rich., The behavior of the abdominal cutaneous reflexes in acute conditions with in the abdomen and pelvis. Amer. Journ. of Obst. LXX. p. 262. (Bei akuten Prozessen sind Bauchreflexe stets deutlich vorhanden.)
159. Sokolowsky, Sur la pénétration des microbes de la cavité péritonéale. Recherches expérimentales. La Gyn. Tome 18. p. 393.
160. Sprengel, Ursachen und Behandlung der postoperativen Bauchbrüche. 43. Chir.-Kongress.
161. — Über Röntgendiagnsotik der Uterustumoren. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. (Einbringen von Protargolsalbe oder Unguent. Credé in die Uterinhöhle ist dazu nötig.)
162. Stimson, Die gynäkologische Untersuchung. New York med. Journ. Bd. 99. p. 576. (Nur Bekanntes.)
163. Strassmann, Die Verhinderung und Behandlung von Beckenadhäsionen. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 1. (Prophylaxe gegen Entzündung ist allerdings eine Verhinderung von Adhäsionen. Weiter empfiehlt Strassmann frühzeitiges Operieren. Führt die resorptiv-physikalische Behandlung von Adhäsionen nicht zur Heilung, dann muss man, wenn möglich vaginal, operieren.)
164. v. Streit, Intrauterinpessar, das ¾ Jahre gelegen und die Cervix zerstört hatte. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
165. Stresemann, Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens bei Schwangerschaft und gynäkologischen Erkrankungen einschliesslich Karzinom. Gyn. Rundschau. Heft 17/18. (Die Sera aller Graviden bauten Plazentagewebe ab, keines aber Karzinomgewebe, die Sera aller Karzinomkranken Karzinom-Plazentagewebe. Fünf klinisch sicher nicht gravide Frauen gaben eine positive Reaktion mit Plazentagewebe. Diese Fälle erklärt Stresemann durch Versuchsfehler.) Siehe auch Frauenarzt. p. 585.
166. Strong, C. M., Frigidität vom soziologischen und gynäkologischen Standpunkt. Pacific. med. Journ. Jan. (Ursachen sind psychische Defekte und pathologische Prozesse. Die Therapie ist eine lokale, am wirksamsten aber ist die psychische.)
167. Sundheim, R., Platzen der Bauchnaht nach Laparotomien. Diss. Giessen.
168. Tavernier et Chalier, Knochenbildung in einer medianen Laparotomienarbe oberhalb des Nabels. Lyon méd. Nr. 14.
169. Traugott, Fortschritte in der Gynäkologie des praktischen Arztes. Therap. Monatsh. März.
170. Tuffier, Virilisme surrénal. (Tiefe Stimme, Bart, hypertrophische Klitoris. Bei der wegen Myom vorgenommenen Laparotomie konstatierte man hypertrophische Massen in der Gegend der Nebennieren.)
171. Voelcker, Experimentelle Studien zur Ursache der postoperativen Thrombose und Embolie. 43. Chir.-Kongr.

172. Voigt, Zwei Fälle von Abreissung der vaginifixierten Gebärmutter von der Anheftungsstelle. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
173. Voorhoeve, Erwiderung zu dem Artikel Lamers, der Kalkgehalt des menschlichen Blutes, besonders beim Weibe. Zeitschr. f. Geb. Bd. 76. Heft 1.
174. Wanner, Demonstration der gebräuchlichen Intrauterinpessare und Intrauterinspritzen. Monatsschr. f. Geb. 39. p. 432.
175. Weber, Franz, Die Tamponade in Geburtshilfe und Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4/5. (Eintauchen der Gaze in 5%iges Perhydrol hält eine Keimentwicklung hintan.)
176. Wengerad, Fälle von Thrombose und Embolie nach gynäkologischen Operationen. Diss. Berlin.
177. Whitehouse, B., Die Syphilis bei Uteruserkrankungen. Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp. p. 13. (Da Whitehouse bei Metropathien öfter eine positive Wassermannsche Reaktion fand, hält er Syphilis als Ursache nicht für ausgeschlossen. Bei Lues sollen Spirochäten im Menstrualblut und Pyometraeiter vorkommen.)
178. Wolff, Paul, Das experimentelle Bauchfenster. Beitr. z. Geb. Bd. 19. p. 306. (Eine kleine Zelluloidplatte wird zur dauernden Beobachtung intraabdomineller Vorgänge als Fenster in einen operativ gesetzten Bauchwanddefekt eingeheilt.)
179. Woronytsch, N., Zur Frage der menstruellen Schilddrüsenveränderung. Wiener klin. Wochenschr. p. 937. (Volumensschwankungen der Schilddrüse finden sich schon normalerweise, häufiger aber noch bei solchen Personen mit krankhaften Veränderungen der Schilddrüse. Nur in einem ganz geringen Prozentsatz der Fälle sind zur Zeit der Menstruation zahlenmässig erweisbare Grössenschwankungen der Schilddrüse und auch hier ist es nicht mit Sicherheit zu entscheiden, ob menstruelle Einflüsse allein die Ursache der Volumensveränderungen sind.)

IV.

Gynäkologische Operationslehre.

Referent: Prof. Dr. H. W. Freund.

Instrumente.

1. Amtschislawsky, Neue Elektroden für die gefahrlose Anwendung starker, besonders diathermischer Ströme in der Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15.
2. Asch, Ein neues Ventilschutzpessar. Wiener med. Wochenschr. Nr. 29.
3. Baumwarth, J., Ein neues Taschenbesteck für die Desinfektion mit Jodtinktur. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24.
4. Bartlett, Eine einfache Methode der Hitzesterilisation und Aufbewahrung von Catgut. Surg., Gyn. and Obst. XVIII. Nr. 5.
5. Beckh-Widmanstetter, Über Ligaturen an schwer zugänglichen Stellen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. (Zwei nach aussen offene, durch einen Bügel verbundene Ösen an langem Stiel.)
6. Blumberg, Einige Bemerkungen über die Coolidge-Röhre. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
7. Bucky, Weitere Mitteilungen zur Abblendung der Körperstrahlen. Ebendas. (Wabenblende.)
8. Bucura, Zur Technik der intrauterinen Behandlung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6. (Rekordspritze mit aufgeschraubtem Katheter.)

9. Chilaiditi, Zur Technik der gynäkologischen Röntgentherapie. Der Kompressor, ein Instrument für systematische Ausnützung der Verschieblichkeit der Bauchhaut. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
10. Corbus, Ein neues suprapubisches Blasenoperationsspekulum. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 24. p. 1890.
11. Curtis, A new drainage-tube introducer. Lancet. Febr. 21.
12. Döderlein, Demonstration von Instrumenten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1855. (Sonde und Dilatatoren mit einem kreisförmigen Schutzblatt zur Verhütung zu tiefen Eindringens in den Uterus.)
13. Doldi, Ein neuer einfacher Retentionsapparat bei Senkung und Vorfall des Uterus und der Scheidenwände. Ebendas. Nr. 18. (Gummikugeln verschiedener Grösse.)
14. Engelmann, W., Bajonettförmige Uterussonde und Ätzstäbchen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23 u. 27.
15. Flatau, Zu Engelmanns Mitteilung „Bajonettförmige Uterussonde". Ebendas. Nr. 26. (Prioritätsanspruch.)
16. Gayler, Uterine specimen forceps. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 6. Febr. 7. (Lange Scheere zum Exzidieren von Cervixstückchen für die Untersuchung.)
17. Greinacher, Das Ionometer und seine Verwendung in der Röntgendosimetrie Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
18. Grossmann, Kritische Betrachtungen über die heutige Dosimetrie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 758.
19. Grotte, G., Zur Technik der unblutigen Cervixdehnung. Ein neues Dilatationsinstrument. Ebendas. Nr. 11.
20. Hammer, Direkt zeigendes Dosimeter für Röntgen- und Radiumstrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. p. 1090. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
21. Haymann, Pessare aus Glas in den verschiedensten Formen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 135.
22. Heidenhain, L., Neue Instrumente. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1745. (Tuchklemme.)
23. Heineberg, Über die Endoskopie des Uterus; ein Hilfsmittel zur Sicherstellung der Diagnose intrauteriner Erkrankungen. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. p. 4. (Neues Uteroskop.)
24. Henszelmann, Kleine röntgenologische Vorrichtung zur Erzeugung von Wurmfortsatzbildern. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32. (Kompressor.)
25. Hergens, Biegsame Elektroden. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 1009.
26. Higgins, A simple apparatus for saline infusion during hedonal anaesthesia. Lancet. May 16.
27. v. Holst, Uterussaugkatheter, konstruiert von Dr. M. Lehmann. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1142.
28. Holzknecht, Neue Wiener Röntgenmodelle. Ebendas. Nr. 21. p. 756. (Zur Durchleuchtung ein Schwebekasten und Distinktor, Helmröhre.)
29. Hunt, H., Drainage by section. Lancet. June 6. (Zwei Wasserbehälter mit Schläuchen.)
30. Jackson, Dougl., A new urine specimen glass. Lancet. Dec. 20.
31. Jacobaeus, Instrument zur direkten Besichtigung seröser Höhlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. (Trokar mit Kystoskop.)
32. Immelmann und Schütze, Erfahrungen mit dem Fürstenauschen Intensimeter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
33. Kelling, G., Pinzette mit Innenschieber zum Einstülpen des Wurmfortsatzstumpfes. Zentralbl. f. Chir. Nr. 45.
34. Kretschmer, Cystoscopic bladder forceps. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 18.
35. Krull, Demonstration eines Vaginalthermophors. Berl. klin. Wochenschr. p. 1340.
36. Lange, Verbesserungen an den Klammern v. Herffs. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6.
37. Lange, W., und Grenacher, Untersuchung von Catgut auf Sterilität und ihre praktische Bedeutung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48.
38. Laurie, An intra-uterine douche. Lancet. March 28.
39. Levy-Dorn, Über die Coolidge-Röhre der A. E. G. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
40. Lohnstein, Ein Urethroskop zur Hochfrequenzbehandlung von Affektionen der Harnröhre und des Blasenhalses. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30.
41. Maybury, A new colostomy tube. Lancet. May 16.
42. Mc Goan, Ein neues Urethroskop. New York. med. Journ. Nr. 18.

43. Mc Ilroy, Perforating forceps for ligamentary suspension operations upon the uterus. Lancet. May 30. (Zange mit ungleichen Branchen.)
44. Meyer, Hans, Das Jontoquantimeter, ein neues Messgerät für Röntgenstrahlen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
45. Michael, O., Eine Büchse für sterile Gaze. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.
46. Momburg, Auskochbare Messer. Zentralbl. f. Chir. Nr. 32.
47. Moses, L., Zum Schutz des Arztes bei Röntgendurchleuchtungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. (Durchleuchtungs-Schutzwand.)
48. Neumayer, L., Zur Beleuchtung der Operationszimmer kleiner Landspitäler. Ebendas. Nr. 24.
49. von der Pforten, Narkosemaske für Operationen in Bauchlage. Zentralbl. f. Chir. Nr. 29.
50. Reich, Ad., A simple form of perineal retractor. Amer. Journ. of Obst. March,
51. Rideal and Beddard, An improved urine specimen glass. Lancet. Dec. 20.
52. Rieck, Sterilisationsapparat für die Sprechstunde. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 357.
53. Rigler, Der Quadratograph. Ein Röntgenhilfsapparat. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33.
54. Salomon, Über ein neues zerlegbares Spekulum. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25.
55. Schaeffer, R., Die aseptische Zubereitung der Laminariastifte. Frauenarzt. 15. Juni. (20 Minuten Kochen in 90%igem Alkohol mit 5%igem Sublimat oder 14 Tage Einlegen in Acid. carbol. liqu. Dann Abspülen und Aufbewahren in absolutem Alkohol.)
56. Schall, Kombinierter Untersuchungsstuhl und Waschtischschrank. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. p. 1784.
57. Schanz, A., Bandagen für Appendizitisnarben und Bauchbrüche. Ebendas. Nr. 30.
58. Schindler, Zur operationslosen Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalls. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. (Bemerkungen zu Doldi 13.)
59. Schneider, E., Eine Stauungsmanschette zur intravenösen Injektion. Ebendas. Nr. 16.
60. Sellheim, Demonstration des Ausgusses eines normalen weiblichen Bauches. Verh. Naturf.-Gesellsch. II. 2. Häflte. p. 553.
61. Shenton, E. W., An X-Ray screen compressor for the detection of urinary calculus. Lancet. 4. VII. p. 36. (Verhältnismässig kleiner Schirm.)
62. Stephan, Demonstration eines spreizbaren Vaginalspekulums. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
63. Strauss, H., Zur Methodik der intravenösen Injektion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. (Bemerkungen zu Schneider 59.)
64. Tennant, Illumination of the deeper cavities. Journ. Amer. med. Assoc. May 16.
65. Thilenius, Eine unzerbrechliche Injektionskanüle. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25.
66. Tobold, V., Technische Neuheiten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 891. (Untersuchungsstuhl mit Waschtischschrank, Taschensterilisator, Filterapparat für Radiumbestrahlung.)
67. Vasiliu, Eine neue Spritze zur intravenösen Injektion von Neosalvarsan und anderen reizenden Lösungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30.
68. Wachtel, Der Schwebemarkenlokalisator. Ein einfacher und exakter Fremdkörpersucher. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47.
69. Weckowski, Rotationsapparat für Radiumbestrahlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16.
70. Wintz, Eine neue Fingercurette. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.

Neue Operationsmethoden.

1. *Adams, Jos., The drainage-tube in abdominal surgery. Lancet. April 25.
2. Albrecht, Hans, Zur operativen Therapie der Rektalprolapse bei Frauen. Gyn. Rundschau. Heft 5. (Unterscheidet sich kaum von bekannten Vorbildern. Abpräparieren der hinteren Vaginalwand hoch hinauf, Raffen des Prolapses und der Fornix, Levatorennaht, Schnürnaht um den Sphinkter.)

3. *Albrecht, Paul, Über plastischen Ersatz der Vagina bei angeborenem Defekt derselben. Deutsche Zeitschr. f. Chir. CXXII. Heft 3 u. 4.
4. *Anderes, E., Bildung einer künstlichen Vagina. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19.
5. *Biesenberger, Herm., Eine neue Verschlussmethode für äussere Hohlorganfisteln. Beitr. z. klin. Chir. 88. Heft 3.
6. *Birnie, J., Eine Methode zur Freilegung des Beckenteils des Ureters. Surg., Gyn. and Obst. XVIII. Nr. 5.
7. Bland, P., Vaginal Drainage. Journ. Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 26. p. 2027. (Empfehlung der Methode.)
8. *Byford, Eine interne Alexander-Adamssche Operation. Ebendas.
9. *Candler, Experimental proof of the value of a mask over the surgeons mouth during operations. Brit. med. Journ. May 23.
10. Crossen, Operationen lange bestehender Uterusinversionen. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 14.
11. Cuthbertson, Eine verbesserte Gilliamsche Operation der Gebärmutterverlagerung. Surg., Gyn. and Obst. XVIII. Nr. 3.
12. *Frankenstein, Kurt, Beitrag zur Versorgung des bei der Operation durchschnittenen Ureters. Gyn. Rundschau. Heft 12.
13. *Freund, Herm., Eine neue Methode der Ovariotomie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
14. *Grisson, Bauchdeckenplastik. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 128. Heft 3—4.
15. *Hertzler, A., Technic of vaginal hysterectomy. Journ. Amer. med. Assoc. March 21.
16. Jellet, H., Suture of the Levator ani muscle by Perineorrhaphie. Lancet. Vol. 187. p. 315. (Legt grossen Wert auf Blosslegung und Naht der Levatoren.)
17. *Karhausen, Procédé nouveau de fixation utérine dans les cas de rétroversion adhérente. Journ. Belge de Gyn. Avril.
18. Kerr, J. M., Die operative Behandlung von Missbildungen des Uterus und der Vagina. Surg., Gyn. and Obst. XVIII. Nr. 5.
19. *Kumaris, Zur Beseitigung des Aszites. Zentralbl. f. Chir. Nr. 43.
20. Lampe, Kastration bei Mammakarzinom. Deutsche med. Wochenschr. p. 1547. (In fünf Fällen palliativer Erfolg; Lampe hofft bei gleichzeitiger Amputatio mammae auf Dauererfolge.)
21. *Latzko, Cervixkarzinom. Abdominelle Radikaloperation mit Resektion der Vena iliaca externa dextra. Gyn. Rundschau. Heft 12.
22. Laubenheimer, Über neuere Händedesinfektionsmethoden. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 15. p. 846. (Reine Alkoholwaschung wirkt am sichersten, Festalkol versagt vollständig.)
23. Moschcowitz, Die Pathogenese und Therapie der Hernia lineae albae. Surg., Gyn. and Obst. XVIII. Nr. 4. (Fettbrüche, durch Inzision und Abtragen der Fettklumpen geheilt.)
24. *Nádory, Fascia-lata-Implantation zur Heilung des weiblichen Genitalprolapses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
25. *Nash, W. Gilford, Zwei Fälle von Aszites, behandelt mit multipler Parazentese und Femoraldrainage. Lancet. 15. III. 1913.
26. *Oberst, Über Dauerdrainage bei Aszites. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. Zentralbl. f. Chir. Nr. 37 u. 38.
27. *Oliva, Technische Modifikation der Vaginalhysterektomie bei Prolaps. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50.
28. *Proust et Maurer, Ligature de l'artère hypogastrique dans l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer. Journ. de Chir. Janv.
29. *Rindfleisch, W., Eine abdominelle Operationsmethode bei Retroflexio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
30. *Roith, Über präventive Enterostomie bei unreinen Bauchhöhlenoperationen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. p. 298.
31. *Rouhier, Les hystéropexies actuelles et le lieu d'élection pour le passage intrapariétal des ligaments ronds dans l'opération de Doléris. Rev. de Gyn. et Chir. abd. XXII. Nr. 2.
32. *Ruge, Ernst, Ersatz der Vagina durch die Flexur mittelst Laparotomie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3.
33. *Schubert, G., Die Verwertung der freien Faszientransplantation zur Heilung des Totalprolapses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.

34. *Simpson, Th. Y., Erfolgreiche Einpflanzung der Ureteren ins Rektum bei Ectopia vesicae. Brit. med. Journ. June 6.
35. *Sippel, Alb., Eine neue Operationsmethode des Invaginationsprolapses des Mastdarms der Frau. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
36. *Stemmler, Zur Operation der Mastdarmfistel. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1759.
37. Thomson, H., Bedeckung der Stümpfe nach Entfernung von Adnextumoren vermittelst der runden Mutterbänder mit gleichzeitiger Fixation der Gebärmutter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. (Annähern der Bandschlingen an die Hinterwand des Uterus über die Adnexstümpfe hinweg.)
38. Verkoyen, Plastique abdominale au moyen d'un lambeau de fascia lata. Presse méd. p. 574. (Anwendung bei einer Inguinalhernie.)
39. Villechaise, L'hystérectomie abdominale par décollation antérieure. Thèse. Paris. Avril.
40. Vineberg, A preliminary report of an operation for general enteroptosis. Amer. Journ. of Obst. Nr. 7.
41. *Ward, G., Operation zur Heilung der Rektocele. Surg., Gyn. and Obst. XVII. Nr. 3.
42. Werelius, Axel, Traumatic detachement of the bladder from symphysis pubis with complete severance of urethra. Use of the labia minora as a substitute for necrosed anterior vaginal wall. Journ. Amer. med. Assoc. May 30. (Nach einer Zangenentbindung entstand eine völlige nekrotische Zerstörung fast der ganzen vorderen Vaginalwand und der Urethra, so dass der untere Symphysenrand freilag. Nach zwei Misserfolgen mit direkter Vereinigung der Scheidenwand wurde ein Ersatz durch die angefrischten Ränder der Labia minora geschaffen. Angeblich gutes Resultat.)
43. *Wertheim, E., Zur Technik der Interpositio uteri beim Prolaps. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2.
44. *— Die operative Behandlung der Rezidive nach Interpositio uteri vesicovaginalis. Verhandl. Naturf.-Gesellsch, Wien. II. 2. Hälfte. p. 539.
45. *— Die Suspension der Portio vaginalis an den Sakrouterinligamenten. Arch. f. Gyn. Bd. 103. p. 217.
46. *Wunderlich, M., Über eine schnelle und sichere Methode der Gefässunterbindung Ref. Presse méd. Nr. 35.

Experimentelle Untersuchungen über den Wert von Operationsmasken stellte Candler (9) an. Der Operateur gurgelte eine Flüssigkeit, in der Bacillus prodigiosus suspendiert war. Beim gewöhnlichen Atmen und ruhigen Sprechen gingen auf der Agarplatte keinerlei Kolonien auf, wohl aber beim Husten und Schneuzen. Eine Maske gewährt dagegen sicheren Schutz.

Eine schnelle Methode der Gefässunterbindung empfiehlt Wunderlich (46). Man legt einen nur geschlungenen, aber noch nicht geknoteten Faden um die Arterienklemme nahe am Griffende, ehe man das Gefäss fasst; man kann sich aber auch vor der Operation mehrere weit geschlungene Fäden präparieren, die man dann im gegebenen Moment über die Klemme streift.

Zur Beseitigung des Aszites teilen Oberst (26), Nash (25) und Kumaris (19) eigene Verfahren mit. Ersterer stellt aus einem zum Teil im Zusammenhang mit der Unterlage gelassenen Hautlappen eine Röhre her, die er durch eine Öffnung in den Bauchraum bringt. Das andere flach ausgebreitete Ende kommt ins subkutane Gewebe. Die nach dem Abfluss des Aszites sehr lockere Haut wird darüber genäht. — Nash legte nach mehrfachen Punktionen und der Omentopexie eine Spule in den Schenkelkanal, so dass eine mit Erfolg arbeitende Drainage nach dem Oberschenkel hergestellt wurde. — Kumaris strebt durch Exzision grösserer Stücke von parietalem Peritoneum die Verwachsung von Eingeweiden mit der Bauchwand und damit die Beseitigung des Aszites an.

Bezüglich der Bauchdrainage hebt Adams (1) wieder hervor, dass Drainageröhren im Peritoneum oft dichte und schnell hergestellte Anlagerungen des Gewebes veranlassen, auch seien sekundäre Infektionen durch das Tubuslumen beobachtet worden. Im allgemeinen soll man daher den Bauchraum

nur drainieren, wenn man bei häufigem Verbandwechsel den Drain ausgiebig entleert und die „Fowlersche Lagerung" — Erhöhung des Bett-Fussendes — herstellt. Sind die Bauchdecken deutlich mehr alteriert oder in ihrer Widerstandsfähigkeit schwächer als das Bauchfell, so soll man sie allein drainieren — ein entschieden beherzigenswerter Rat.

Bei Eiteransammlung im Abdomen und sonstigen Peritonitiden legt Roith (30) zwei Enterostomien ungefähr in der Mitte und am Ende des Dünndarms an, bei grossen Flüssigkeitsmengen im Magen macht er auch nach Lennander eine Gastrostomie (Technik Witzels). Unter 30 Fällen verzeichnet er nur zwei Todesfälle.

Zu einer Bauchdeckenplastik nach Appendektomien rät Grisson (14) in den Fällen, in denen drainiert werden musste. Dabei lässt er die Wunde völlig offen. Später exzidiert er die Hautnarbe, durchschneidet parallel zum Hautrand die oberflächliche Faszie und mobilisiert ihren Rand. Der restierende Streifen wird mit der tiefen Faszie, und dann noch jede für sich vernäht.

H. W. Freund (13) teilt eine neue konservative Methode der Ovariotomie mit. Er weist anatomisch nach, dass funktionsfähiges Ovarialgewebe selbst bei grossen Kystomen an jeder Stelle der Wandung sich finden kann. Um solches rasch aufzufinden und gegebenenfalls zu erhalten, spaltet er den ganzen Tumor median bis nahe an den Stielansatz und durchsucht die Wand. Liegt der Ovarialrest in der Nähe des Stiels, so umschneidet man ihn und übernäht ihn, liegt er weiter entfernt, so lässt man eine dünne Wandlamelle bestehen und verwendet sie zur Anheftung des Restes an den Stiel. Letzterer wird nicht unterbunden. Die Blutung bei der Operation ist gering. Die Bedingungen derselben sind die gleichen wie bei den Resektionsmethoden.

Eine vaginale Hysterektomie empfiehlt Hertzler (15) bei schwer zu stillenden Blutungen, Polypen und submukösen Myomen. Er spaltet nach der Eröffnung der Plica vesico-uterina die Cervix median, luxiert den Uterus heraus und verlängert dann die Cervixinzision nach den Bedürfnissen des Falles bis ins Korpus oder den Fundus. Ausschneiden erkrankter Schleimhautpartien zieht er dem Abschaben vor. Bei Myomen amputiert er den Uterus supravaginal, etwa nach der Methode von H. Freund.

Proust und Maurer (28) führen bei der abdominalen Radikaloperation wegen Krebs jetzt regelmässig die Ligatur der Arteriae hypogastricae als ersten Akt der Operation aus und vermeiden damit Blutungen. Die Arterien müssen aber so hoch wie möglich und nach aussen von den Ureteren unterbunden werden. (Gute Abbildungen s. Rev. de Gyn. XXII. Nr. 1.)

Bei einer Radikaloperation fand Latzko (21) einen grossen Krebsknoten so fest auf der Vena iliaca ext. sitzen, dass diese ober- und unterhalb der Verwachsung ligiert und auf eine Länge von 3 cm reseziert werden musste. Anfänglich entstand Schwellung des (suspendierten) Beines; dann reaktionslose Heilung. (In der Diskussion berichtete Wagner von einem ähnlichen Fall, wo das Bein kolossal anschwoll und der Tod durch Herzschwäche eintrat. Latzko nimmt an, dass sich diese Patientin in ihr Bein verblutet hat und schlägt elastische Umschnürung vor. Ref. hat dieselbe in einem ähnlichen Fall erfolglos angewendet.)

Den bei der Operation durchschnittenen Ureter hat Frankenstein (12) einfach unterbunden und versenkt, worauf Heilung ohne Zwischenfall auftrat. Er hält aber diese Methode mit Recht für unsicher und empfiehlt, die Tierexperimente Kawasoyes nachzuahmen und den Ureter zu knoten. Am Menschen ist das (— jedenfalls auch unsichere — Ref.) Vorgehen noch nicht erprobt. Birnie (6) behauptet, dass es nach Eröffnung des Cavum Retzii durch seitliches Abschieben des Peritoneums von der Blase gelingt, den Ureter freizulegen.

Bei einem achtjährigen Mädchen mit Blasenektopie wurde von Th. Simpson (34) die Blase mit Ausnahme der Ureterenmündungspartien exstirpiert und darauf die mit Kathetern bewaffneten Ureteren durch einen neugeschaffenen, die Vagina durchbohrenden Weg ins Rektum eingeheilt. Die durch den Anus geleiteten Katheter blieben eine Woche liegen. Die Patientin konnte den Urin stundenlang halten.

Von Retroflexionsoperationen verwirft Rouhier (31) alle direkten Uterusfixationen und alle Ligamentfixationen, bei denen das Abdomen nicht eröffnet wird, weil man sonst die Adnexe nicht inspiziert. Er empfiehlt die Operation von Doleris, die im Durchziehen der Ligg. rot. durch die durchlochten Rekti besteht. — Byford (8) näht nach dem Bauchschnitt die Ligg. rotunda nahe dem Leistenring ans Peritoneum und dann noch einmal, nachdem sie durch einen Peritonealschlitz gezogen sind, in den Bauchdecken fest. — Karhausen (17) geht von einem Pfannenstiel-Schnitt aus, löst Adhäsionen und macht dann einen typischen Alexander-Adams nach beiderseitiger Inzision der Aponeurose in der Höhe des Canalis inguinalis. — Rindfleisch (29) eröffnet den Peritonealüberzug der Ligg. rotunda, hülst sie aus und durchschneidet sie. Ihre Stümpfe fixiert er in Peritonealschlitze auf der hinteren Uteruswand.

Wertheim (43—45) näht, weil Prolapsrezidive nach der Interpositio uteri vaginalis anterior nicht ausbleiben, den durch die vordere Kolpotome in die Scheide geleiteten Uteruskörper an die Levatoren, die aber nicht herauspräpariert, sondern dem Gefühl nach festgestellt werden. Ausgiebige seitliche Unterminierung der Scheidenlappen und eine eigens gebogene Unterbindungsnadel sind dazu nötig. Vorn wird der Uterus ans Diaphragma urogenitale, genauer gesagt ans Periost des Schambogens beiderseits neben der Urethra angeheftet. Die Scheide wird dadurch auf einen Spalt reduziert. (Die Blase aber bleibt im Prolapsgebiet. Ref.) Knickt sich die Portio vaginalis während der Operation, so öffnet man das hintere Scheidengewölbe und den Douglas und näht die hintere Portiofläche an die Ligg. sacro-uterina. — Bedenken hinsichtlich des Rezidivs erregt auch Schuberts (33) Prolapsoperation. Nach Ausführung der scheidenverengernden Massnahmen exzidiert er von einem Pfannenstiel-Schnitt aus ein 1 cm breites, ziemlich langes Faszienstück von der Rektusscheide. Die Mesosalpinx wird dann beiderseits durchlocht, das Faszienstück durchgezogen und hinten auf den hochgezogenen Uterus, vorn in die oberhalb des Leistenrings durchbohrten Bauchdecken genäht. Die Ligg. rotunda werden in Schlingen gefaltet zur Peritonisierung des Faszienstreifens benutzt.

Nádorys (24) Operation ist die H. W. Freundsche Schnürung der Vagina unter Ersatz des Nahtmaterials durch einen Streifen Fascia lata, der an einem in den Deschamps eingefädelten Seidenfaden rings im Introitus submukös durchgezogen und dann angenäht wird. In letzter Zeit hat Nádory Faszienstreifen vom sog. „Lungenbraten junger Rinder“ dazu benützt.

Rektocelen operiert Ward (41) in nicht unbekannter Weise: Quere Spaltung an der Haut-Schleimhautgrenze, Ablösen des Rektums hoch hinauf. Raffnaht des Mastdarmdivertikels, Kürzung der Vaginallappen, Levatornaht. — A. Sippel (35) spaltete in einem Fall einer 61 jährigen Frau nicht bloss die ganze hintere Vaginalwand und den Damm, sondern auch die Portio median. Nach Freilegen und Einfalzen des Mastdarmdivertikels wurde dieses in den Cervixspalt eingenäht und die Scheidenlappen gekürzt. Nach Anfrischung auch der vorderen Scheidenwand wurden beide Vaginalwunden dann miteinander vereinigt. Die Levatorennaht und Verengerung des Anus schlossen die Operation.

Oliva (27) führt bei Prolapsen die vaginale Hysterektomie aus. Um Blasenverletzungen zu vermeiden, wird ein viereckiger Lappen vom Os externum uteri bis etwa 3 cm über diesem abpräpariert, wodurch die Blase freigelegt ist.

Recht eingreifend scheinen die Operationen des plastischen Ersatzes der Scheide bei angeborenem Defekt. Nach P. Albrecht (3) soll man

zuerst von einem Parasakralschnitt aus das Steissbein und die beiden letzten Kreuzbeinwirbel resezieren. Dann wird die Flexur vom Rektum getrennt und in die Vulva genäht, das obere Rektumende aber in die Flexur implantiert. Nach etwa zwei Wochen durchtrennt man die letztere unterhalb der Implantationsstelle und vernäht jedes Lumen gesondert. Nur in einem von drei Fällen ein guter Verlauf. — Anderes (4) schuf stumpf einen Kanal zwischen Blase und Mastdarm bis ans Peritoneum, eröffnete das Abdomen und isolierte ein 25 cm langes Dünndarmstück, indem er rechts und links davon je 5 cm Darm resezierte, die er End zu Seit vor der isolierten Schlinge vereinigte; diese blieb also in Verbindung mit dem Mesenterium. Nach Durchstossen des Peritoneums wurde die Mitte der Schlinge an einem Faden in den neugeschaffenen Kanal gezogen, also gedoppelt (Vagina duplex), wobei das Mesenterium allerdings stark gespannt wurde. Sie wurde nach Schluss der Bauchhöhle an den Hymenrand angenäht (ein Fall mit ausreichender Funktion). — Ernst Ruge (32) schaltete mittelst Laparotomie ein 15 cm langes Flexurstück, das mit seinem Mesenterium in Verbindung blieb und provisorisch oben und unten vernäht wurde, aus. Vereinigung der Restflexuröffnung durch zirkuläre Naht. Durchstossen einer Kornzange von der Vulva aus „durch den Beckenboden" und Herunterziehen des ausgeschalteten Darmstückes bis vor die Vulva. Vereinigung seines oberen Endes mit dem Peritoneum des Beckenbodens, des unteren Endes an die Vulvarschleimhaut. Ein Fall mit gutem Erfolg operiert.

Einen Verschluss für äussere Hohlorganfisteln gibt Biesenberger (5) an. Zwei intrafaszial gelegte U-förmige Silberdrahtnähte, die sich kreuzen, legen die Fistelränder auseinander. Diese werden angefrischt und vernäht. 1—2 cm von der Anfrischung entfernt werden von Inzisionen aus zwei weitere sich kreuzende Nähte bogenförmig um die Fistel geführt und geknüpft.

Bei bindegewebig verdickter Wand von Mastdarmfisteln präpariert Stemmler (36) den Fistelgang und invaginiert ihn ins Rektum. Die dabei stumpf verdrängten Weichteile werden wieder genäht.

V.

Ovarien.

Referent: Dr. Adolf Meissner.

I. Abschnitt.

1. Anatomie, Physiologie, Biologie, Entwicklungsstörungen, Lagerungsfehler, Allgemeines über Ovarialerkrankungen.

(S. auch unter 1a.)

1. Adler, Leo, Keimdrüsen und Jod. (Pathol. Inst., Krankenhaus Schöneberg.) Zentralbl. f. Phys. Jg. 27. Nr. 16. p. 844 6. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 14. p. 662. (Kulturversuche an Batrachierlarven. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass es sich um eine Störung der Spermatogenese durch das Jod handelt.)
2. Antonelli, G., Über den Einfluss der Ovariektomie auf das Blut. Experimentelle Untersuchungen. Il Policl. Nr. 3. (Experimente. Verminderung der Erythrozytenzahl und des Hämoglobingehaltes an Hündinnen; geringe Steigerung des Globular-

wertes; Verminderung der Widerstandsfähigkeit der Blutzellen; geringer Grad von Leukopenie. Nach zwei Monaten ist der alte Zustand wieder hergestellt.)
3. Aschner, B., Über Morphologie und Funktion des Ovariums. Hab.-Schr. Halle Febr. und Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 3. p. 446—510. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 12. p. 578. (Der erste Teil enthält die Morphologie der sog. interstitiellen Eierstocksdrüse. Im zweiten Teil versucht Verf. mit Hilfe der Abderhaldenschen Reaktion die Abhängigkeit verschiedener klinischer Erscheinungen und Erkrankungsformen vom Ovarium und damit eine Dysfunktion des Ovariums nachzuweisen.)
4. Baussaud, Contribution à l'étude du prolapsus ovarien. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 110. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 62.
5. Benthin, Neuere Forschungsergebnisse über Eierstock und innere Sekretion. Gyn. Rundschau. Nr. 2. p. 76. (Sammelreferat.)
6. *— Eierstock und innere Sekretion. Ver. f. wiss. Heilk. Königsberg. 16. März. Deutsche med. Wochenschr. p. 1642.
7. — W., Ovarium und innere Sekretion. Therap. d. Gegenw. Nr. 5. p. 193. (Zusammenfassende Darstellung.)
8. Bertino, A., Sulla bilateralità dei tumori maligni dell' ovaio. (Clin. ostetr. e ginecol., univ. Sassari.) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. 35. Nr. 12. p. 637—731. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 7. p. 321.
9. Bondy, Gut ausgebildeter Graafscher Follikel im Ovar eines Neugeborenen. Berl. klin. Wochenschr. p. 1486. (Daneben noch zwei Primordialfollikel; aber keine Bildung eines Corpus luteum.)
10. Braswell, R. O., Cystic degeneration of the ovary. National selectic med. Assoc. quart. Vol. 5. Nr. 4. p. 298/300. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 651. (Durch die Verlagerungen des Uterus, die bei diesen Erkrankungen fast niemals fehlen, kommt es zur Zirkulationsstörung in den Ovarien und weiterhin zur Zystenbildung.)
11. *Brill, W., Die Histologie des Sympathikus in ihren Beziehungen zur inneren Sekretion des Ovariums. Im Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 6. April. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1256.
12. *Cantoni, V., Untersuchungen über Ovarialblutungen. Aus der Frauenklinik von Prof. P. Strassmann, Berlin. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 3.
13. Cattaneo, Donato, Ricerche sulla struttura dell' ovario dei mammiferi. Arch. ital. di anat. e di embriol. Vol. 12. Nr. 1. p. 1—34. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 61.
14. César, A., Appendicite calculeuse et greffe appendiculaire d'un kyste végétant de l'ovaire. Soc. anat. de Paris. I. Ann. de Gyn. II. Sér. Tome 11. p. 288. (Im Wochenbett operiert.)
15. *Cohn, Fr., Die klinische Bedeutung der normalen Eierstockstätigkeit. Im Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 20. April. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1368.
16. Colombino, C., Über Transplantation der Ovarien beim Menschen. Gyn. Rundschau. Nr. 23/24. p. 705. (Ein Fall; schmerzhafte Erkrankung der implantierten Ovarien; Ursache kleinzystische Degeneration; Exstirpation; keine Eibildung gefunden.)
17. *Dannreuther, Walter T., Corpus luteum Organotherapy in clinical practice. Journ. of Amer. med. Assoc. Jan. 31. p. 359.
18. Decio, Cesare, Emorragie ovariche nei miomi uterini. Ginec. Jg. 10. Nr. 21. p. 633/48. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 6. p. 257.
19. Dédoff, V., La fécondation dans le follicule de Graaf comme cause de la grossesse extra-utérine. Kystes de l'ovaire et grossesse tubaire. Wratsch. Gaz. 27. Okt. 1913. p. 1524. La Gyn. Janv. p. 74.
20. Delanoë, De la ponction des kystes de l'ovaire dystociques. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 68. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb., sowie deren Grenzgeb. Bd. 5. Heft 1. p. 18.
21. Domec, Des tumeurs kystiques de l'ovaire à contenu gazeux. Thèse de Bordeaux. 1913. Nr. 57. (Impr. de l'Université.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 6. p. 242. (Solche Zysten sind selten. Verf. hat in der Literatur nur 11 Fälle gesammelt seit 1860.)
22. Edelberg, H., Ein Ovarialbefund nach Röntgenbehandlung. Gyn. Rundschau. Nr. 4. p. 128. (43jähriges Fräulein, seit dem 37. Jahre starke und schmerzhafte Menses,

grosse Uterusmyome. Da chronische Nephritis besteht, keine Operation, sondern Röntgenbestrahlung 165 Minuten, 3 M.-Ampère, Röhre 9 Wehnelt hart, 2 mm Aluminiumfilter, Focus-Hautabstand 18 cm, 6 Felder. In mehreren Serien im ganzen 192 mal. 1½ Jahre Wohlbefinden. Dann wieder heftige Schmerzen und Blutung. Kastration. Danach Amenorrhoe und geringe Verkleinerung der Myome. Linkes Ovarium klein (1,85 : 1,0 : 0,8), rechtes 2,8 : 1,7 : 1,2 cm. Im linken Ovarium keine Graafschen Follikel. Primärfollikel spärlich, ihre Eizellen sind zerstört. Das Bindegewebe sklerotisch degeneriert. Im rechten Ovarium Graafsche Follikel. Neben wenig degenerierten auch anscheinend unveränderte Primärfollikel. Der Unterschied an beiden Ovarien wird darauf zurückgeführt, dass das rechte Ovarium in Verwachsungen hinter den Myomen lag, so dass es für die Röntgenstrahlen schwerer erreichbar war.)

23. Esler, Über die Dauerresultate der operativen Behandlung maligner Ovarialtumoren. Inaug.-Diss. Jena. April. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. p. 1083.

24. Fleischer, N. S., and L. Loeb, Effect of intravenous injection of substance affecting Tumor growth on Cyclic Changes in Ovaries and Placentomates. Journ. of exp. Med. XX. Nr. 2. (Experiment mit Hirudininjektion.)

25. Forners, Arturo, Di una forma ossea a curio dell' ovaio. (Knochenbildung im Ovar.) Fol. gyn. Vol. 8. Nr. 3. p. 395/424. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 10. p. 490.

26. Heimann, Die Wirkung gefilterter Mesothoriumstrahlen auf Kaninchenovarien. Berl. klin. Wochenschr. p. 1485. (Die beste therapeutische Einwirkung wurde bei Anwendung der Bleifilter gesehen. Annahme der Entstehung von Sekundärstrahlen im Blei.)

27. *Herrmann, Über eine wirksame Substanz im Eierstocke und in der Plazenta. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 1. p. 1—48.

27a. Herzfeld, A., Coitus interruptus als Ursache von Ovarialgien. Zentralbl. f. Gyn. Jg. 38. Nr. 19. p. 686. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 7. p. 310.

28. Hooper, J. W. Dunbar, Homoplastic transplantation of one ovary into a women suffering from amenorrhoea associated with insanity. Austral. med. Journ. Vol. 2. Nr. 122. p. 1297—99. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 4. p. 141. (Unter homoplastischer Transplantation versteht Verf. das, was allgemein mit heteroplastisch bezeichnet wird, also das Verpflanzen des Ovariums einer Frau in den Körper einer anderen.)

29. Hoskins and Wheelon, Ovarian Exstirpation and Vasomotor irridability. Amer. Journ. of Physiol. XXV. August. Nr. 1. (Experimente an Hunden. Es ergab sich gesteigerte vasomotorische Reaktion auf Nikotin, dagegen nicht auf Epinephrin. Verf. schliessen daraus auf Erhöhung des sympathischen Nervensystems.)

30. *Isovesco, Lipoides Homo-Stimulants de l'ovaire et du Corps jaune. Revue de Gyn. et de Chir. Tome 22. Nr. 3. p. 161. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 108.

31. *Jakobsohn, W. L., Zustand der Eierstöcke nach Uterusexstirpation. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 709. (Russisch.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1014. (Rindenschicht schmäler als normal, weniger zahlreiche Follikel, recht zahlreich sind atretische Follikel. Bindegewebe reichlich. Es funktioniert also der Eierstock weiter, doch schwächer, allmählich tritt ein Schrumpfungsprozess ein.)

32. *Jong, de, L'ovaire chez les fibromateuses. Annal. de gyn. Juin. p. 357. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1524.

33. *Kingsbury, B. F., The interstitial cells of the mammalian ovary. Felis domestica. Amer. Journ. of Anat. Vol. 16. Nr. 1. p. 59—95. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 61.

33a. Klein, M, Gleichzeitiges Vorhandensein einer Mole mit Kolloidzysten beider Ovarien Ges. f. Gyn. d. Nordwesten Deutschl. Sitzg. vom 7. Febr. La Gyn. Avril. p. 296.

34. Köhler, R., Graviditas ovarialis. Gyn. Rundschau. Heft 7—16. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1456. (Gravidität im Follikel, und zwar im Blute des gesprungenen Follikels bzw. Corpus rubrum. Ein Fall.)

35. Kosmak, George W., Die Bedeutung von Ovarialerkrankung für die Erzeugung der Sterilität. Monthly cyclop. and med. bull. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1279. Zeitschr. f. Geb. p. 1272. (Zystische Degeneration eines Ovariums eine häufige Ursache der Sterilität; 45 einschlägige Fälle, von denen nur 19 ohne Erfolg operiert wurden.)

36. Kulesch, L., Der Netzapparat von Golgi in den Zellen des Eierstocks. (Med. Hochschule f. Frauen, St. Petersburg.) Arch. f. mikrosk. Anat. Abt. 1. Bd. 84. Heft 1. p. 142/9. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 9. p. 444.

37. Lydston, G. F., Experimentelle Implantation von Generationsdrüsen. Pacif. med. Journ. 1914 Juli. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1523. (Ersatz der Geschlechtsdrüsen durch solche von frisch Verstorbenen.)

37a. Mayer, Über den Einfluss des Eierstocks auf das Wachstum des Uterus in der Fötalzeit und in der Kindheit. Mittelrhein. u. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 26. Okt. 1913. Heidelberg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 629. (Aus Tierexperimenten [Kastration von jungen Hündinnen in verschiedenen Stadien des Körperwachstums und Relaparotomie bzw. Totalexstirpation des Uterus vor Abschluss des Körperwachstums] wird geschlossen, dass ebenso wie im fötalen Leben in der Kindheit das Uteruswachstum nicht abhängig vom Eierstock ist.) (Heimann.)

38. Meyer, Robert, Zur normalen und pathologischen Anatomie des Markepithels und des Rete ovarii beim Menschen. Studien zur Pathologie der Entwicklung von Meyer und Schwalbe. Bd. 2. Heft 1. Zentralbl. f. Gyn. 1915. 2, 23.

39. Michalowski, J. O., Ein Beitrag zur Lehre von den Call-Exnerschen Körpern. Diss. Moskau. (Russisch.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 10. p. 490.

40. Osnos, Destinées des segments ovariens laissés en place après l'hystérectomie. Thèse de Montpellier. Nr. 10. (Univ.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 62.

41. Palmer, Chancey D., Prolapse of the ovary, its rational management. Amer. Journ. of the med. scienc. Vol. 147. Nr. 4. p. 561/68. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 360/1. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1014. (Öfters ist das linke Ovarium betroffen, weil sich die linke Vena spermatica rechtwinklig in die Vena renalis entleert. Ursachen: Vergrösserung des Ovariums, Erschlaffung der Bänder, erhöhter abdomineller Druck, abnormer Zug von unten. Symptome: Rückenschmerzen, Ziehen im Leibe, Schmerzen bei der Defäkation und bei der Kohabitation, Menorrhagie, Dysmenorrhoe. Therapie: strenge Regelung des Stuhlgangs, Knieellenbogenlage, Glyzerintampons. Operation, eventuell Elektrizität.)

42. Piccione, Einfluss der inneren Ovariensekretion auf das Blut. Riv. osped. Nr. 14. (Innere Sekretion des Ovarium hat Einfluss auf Blutbeschaffenheit, da Exstirpation Anämie bewirkt; innere Sekretion bewirkt Reiz der blutbildenden Organe; Vermehrung des Hämoglobingehaltes und Erhöhung der Widerstandsfähigkeit der Erythrozyten.)

43. Poncet, A., et R. Leriche, Du rôle de la tuberculose dans la production des néoformations kystiques. Lyon chir. Tome 11. Nr. 1. p. 1—10. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 14. p. 662.

44. *Reifferscheid, Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf tierische und menschliche Eierstöcke. 10. Kongr. d. deutsch. Röntgen-Ges. in Berlin vom 19.—21. April.

45. *Rouville, de, Considérations sur quelques observations des greffes ovariennes. Réunion obst. de Montpellier. 4 Févr. Bull. de la soc. d'obst. Mars. p. 242. La Gyn. Avril. p. 282. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 4. p. 163.

46. — Un cas d'autogreffes ovariennes humaines. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jg. 2. Nr. 9. p. 823/27. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 13. p. 612. (Siehe Jahresbericht 1913. p. 74. Nr. 64.)

47. — A propos de neuf observations d'autogreffes ovariennes humaines. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Jg. 3. Nr. 2. p. 161/78. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 12. p. 572/73. (Einbettung des Ovarium unter die Haut der Bauchwunde: nur eine von neun Frauen hatte Nutzen davon.)

48. Saxon, R. L., Follicular cysts of the ovary. Journ. of the Arkansas med. soc. Vol. 10. Nr. 10. p. 246/248. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 11. p. 506. (Zwei Fälle. Für die Pathogenese dieser Degeneration macht Verf. vor der Pubertät die allgemeinen akuten Infektionskrankheiten, später gonorrhoische und puerperale Infektionen verantwortlich.)

49. Sessa, Piero, Sulle alterazioni dell' ovaio infantile nelle malattie infettive. Pediatria. Jg. 22. Nr. 4. p. 255/62. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 7. p. 310.

50. Schil, L., Grossesse tubaire et évolution atypique du corps jaune. Etiologie des grossesses tubaires. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Févr. La Gyn. Mai.

51. Schmincke, Ovarialgeschwülste. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6. p. 840. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 9. p. 422. (Vier Fälle.)

52. Suggs, L. A., Ovarian neuralgia. Texas State Journ. of Med. Vol. 9. Nr. 8. p. 245/6. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 7. p. 320.
52a. Thévenard, Ovarite scléro-kystique. Soc. d. chir. de Paris. 24 Avril. Paris chir. Jg. 6. Nr. 4. p. 473/76. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 621.
53. *Tschernischoff, A., Die Eierstocksüberpflanzung, speziell bei Säugetieren. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 1. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1523. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 650. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 59. Heft 1. p. 162/206.
54. Tuffier, Louis Géry und Vignes, Anatomische Studie über die Involution eines überpflanzten Ovariums. Ann. de gyn. et d'obst. Févr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1279. (S. Jahresbericht 1913. p. 75. Nr. 77.)
55. *Tuffier et Vignes, Etude anatomique des quatre greffes ovariennes chez la femme. Ann. de gyn. et d'obst Jg. 41. Nr. 2 p. 92—96. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2 p 61.
56. Varaldo, F. R., Ricerche sperimentali sulle modificazioni delle ovaia con le injezioni ripetute di adrenalina Gin. mod. Jg. 6. p. 48/53. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 5. p. 206.
57. Vignes, Henri, Influence de la lécithine et de la cholestérine sur la toxicité des oeufs et des ovaires. Ann. de l'instit. Pasteur. Jg. 28. Nr. 4. p. 437/40. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 11. p. 506.
58. Wallart, J., Studien über die Nerven des Eierstocks mit besonderer Berücksichtigung der interstitiellen Drüse. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. (Untersuchungen menschlicher und tierischer Ovarien. Der Beweis, dass es sich um echte Ganglienzellen handelt, ist nicht erbracht.)
59. v. Werdt, F., Über die Granulosazelltumoren des Ovariums. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 3. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 2. p. 25. (Es sind diejenigen epithelialen Geschwülste des Eierstocks, deren Zellen dem Epithel der Eiballen, der Membrana granulosa fertiger Follikel, sowie der von Walthard beschriebenen Granulosastränge ähneln.)
60. *Weinberg, Benjamin, Über das Vorkommen von Jod und Chlor in menschlichen Ovarien. Med. Klin., Univ. Zürich. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. p. 222 bis 235. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 13. p. 611. — (Nachprüfung der Neuschen und Zoeppritzschen Untersuchungen an 54 Paar frischen Leichenovarien. Resultat der Untersuchungen eine Bestätigung der Zoeppritzschen Angaben unter Verneinung der Neuschen.)
61. Weishaupt, Elisabeth, Über die pathologischen Veränderungen des Rete und der Markschläuche im Ovarium der Meerschweinchen mit einem Abriss der vergleichenden Entwicklung und Anatomie dieser Organteile. Studien zur Pathologie der Entwicklung. Bd. 2. Heft 1. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 2. p. 23.
62. Witschi, Emil, Experimentelle Untersuchungen über die Entwicklungsgeschichte der Keimdrüsen von Rana temporaria. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 85. Heft 2. Abt. 2. p. 9—113. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 650.
63. Wymer, T., Über die Theorie des Hippokrates von der geschlechtlichen Differenzierung der Eierstöcke. Inaug.-Diss. München 1913.
64. Zaher, Contribution à l'étude des greffes ovariennes. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 14. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 62.

Anatomie der Ovarien.

Kingsbury (33) hat 63 Katzenovarien untersucht. Die interstitiellen Zellen sind nach Kingsbury modifizierte Stromazellen, sie sind als transitorische Gebilde anzusehen.

Cantoni (13) hat neun Fälle von Ovarialblutungen mikroskopisch untersucht. Er kommt dabei zu dem Schluss, dass es nicht möglich ist, für die verschiedenen Ovarialblutungen eine gemeinsame Grundlage zu finden.

De Jong (32) berichtet über die Beschaffenheit der Ovarien bei Myomen. Die interstitielle Drüse ist bei Myomen sehr verschieden entwickelt, sowohl in bezug auf Zahl der atretischen Follikel, als auch der Anwesenheit des Corpus luteum menstruationis. Letzteres kann fehlen, es kann auch doppelt vorhanden

sein. Es unterscheidet sich nicht vom Corpus luteum menstruationis gesunder Frauen. Die Ovarien spielen zweifellos eine Rolle bei den myomatösen Blutungen. Waren ein oder zwei Corpora lutea vorhanden, so traten die Blutungen in regelmässigen Zwischenräumen auf; fehlten sie, so waren die Blutungen unregelmässig.

Jakobson (31) hat mikroskopische Untersuchung der Ovarien 3 resp. 3½ Jahre nach Exstirpation des Uterus angestellt; Verengerung der Rindenschicht, normale Primordialfollikel, alle Übergangsstadien zum Graafschen Follikel, sowie gut entwickelte Corpora lutea. Zahl der Primordialfollikel gegenüber der Norm anscheinend vermindert; er fand massenhaft atretische Formen. Also trophische Störungen.

Veränderungen nach der Bestrahlung.

Reifferscheid (44) bespricht in einem Referat auf dem Röntgenkongress die Veränderungen, welche unter dem Einfluss der Röntgenstrahlen an den Ovarien von Menschen und Tieren zustande kommen. Stets sind schwere Degenerationserscheinungen an den Follikeln vorhanden, die schliesslich zu einem völligen Schwund führen. Der Beginn der Degeneration scheint an den Eizellen selbst vor sich zu gehen. Erst bei grossen Dosen finden sich Schädigungen an den übrigen Geweben des Ovariums. Diese Veränderungen finden sich in gleicher Weise bei kleineren Versuchstieren wie Mäusen, Meerschweinchen und Kaninchen, als auch bei grösseren, wie Hunden und Affen und schliesslich auch beim Menschen. Das Vorkommen einer Regeneration röntgengeschädigter Ovarien wird in Abrede gestellt.

Transplantation der Ovarien.

de Rouville (45) berichtet über die Ergebnisse von neun Ovarientransplantationen. Nur einmal war der Erfolg gut, einmal zweifelhaft und einmal zwar günstig, aber nur von kurzer Dauer. Anatomisch trat mit Ausnahme eines Falles stets mehr oder weniger schnell Atrophie des transplantierten Ovariums ein. In diesem Falle bestand 18 Monate nach der Transplantation noch funktionierendes Ovarialgewebe. Doch machten sich auch hier schon Zeichen der Degeneration geltend.

Tschernischoff (53) berichtet über die Eierstocksüberpflanzung speziell bei Säugetieren: Durch Autoplastik und Homoioplastik wurden, zumal beim geschlechtsreifen Kaninchen, die Eierstöcke in operativ angelegte Bauchfelltaschen verpflanzt. Ergebnis des ersten Verfahrens: Anheilung am neuen Ort, viele Primärfollikel normal, Zwischenzellen zum Teil von völlig normalem Bau, zum Teil mit zahlreichen Regenerationserscheinungen. Beim zweiten Verfahren weit stärkere Schädigung und früherer Untergang.

Intraperitoneale Vorbehandlung des Transplantatempfängers mit Kaninchenleberbrei (also organfremdem, artgleichem Gewebe) zeigte einen unbedingt schädigenden Einfluss auf die später überpflanzten Eierstöcke. Überpflanzung der Eierstöcke so vorbehandelter Kaninchen (also Vorbehandlung der Transplantatspender) ergab keinen stärkeren Unterschied gegenüber der einfachen Homoioplastik. Es folgen Angaben aus der Literatur über heteroplastische und über homoioplastische Eierstocksüberpflanzung in Männchen.

Tuffier und Vignes (54) geben eine anatomische Studie über Ovarientransplantation. Von 141 Frauen, bei denen Ovarien verpflanzt worden waren, wurden vier wieder operiert und die dabei erhaltenen Ovarien mikroskopisch untersucht. Zunächst ernährt sich das Ovarium durch Imbibition mit transsudierter Flüssigkeit aus dem Nachbargewebe. Es kommt zur Degeneration des medullären Teils und der reiferen Follikel. Nur die Primordialfollikel widerstehen.

Später kommt es zur Gefässneubildung; eine Volumensverminderung des Ovarium bleibt aber bestehen. Die Pflügerschen Schläuche entwickeln sich weiter.

Innere Sekretion.

Herrmann (27) bespricht nach Allgemeinbetrachtungen über die Funktion der weiblichen Keimdrüsen, wobei er die Forschungsergebnisse der einzelnen Autoren zusammenfassend wiedergibt, die Wirkungen der Ovarial- und Plazentarextrakte. Seine vor vier Jahren begonnenen Versuche bezweckten, die wirksamen Reizstoffe des Ovarium resp. des Corpus luteum auf biochemischem Wege zu studieren. Er trennte prinzipiell die Corpora lutea vom Eierstock und unterzog einerseits Ovarialextrakte und andererseits reine Corpus luteum-Extrakte der Untersuchung. Nach chemischen Allgemeinbetrachtungen über azetonige, petrolätherische und alkoholische Extraktion beschreibt Herrmann die Darstellung der wirksamen Substanz. Der Träger der Wirksamkeit ist ein gelbes, leicht schillerndes, dickflüssiges Öl, das ausgesprochene Cholesterinreaktion gibt. Dieselbe wirksame Substanz ist auch in der Plazenta enthalten. Nur enthält eine Plazenta quantitativ mehr wirksamen Reizstoff als ein Corpus luteum. Tierexperimente haben seine Forschungen bestätigt.

Herrmann kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Es ist gelungen, den wirksamen Reizstoff aus Corpus luteum und aus der Plazenta als chemisches Einzelindividiuum abzusondern.
2. Die aus Corpus luteum und Plazenta isolierte wirksame Substanz hat einen mächtigen wachstums- und entwicklungsfördernden Einfluss auf das gesamte Genitale.
3. Die aus Corpus luteum und Plazenta isolierte wirksame Substanz beeinflusst die Ausgestaltung spezifischer Geschlechtscharaktere in förderndem Sinne.
4. Die wirksame Substanz des Corpus luteum und der Plazenta sorgt für die anatomische Integrität des Genitalapparates und der Brustdrüsen.
5. Die wirksame Substanz des Corpus luteum und der Plazenta bewirkt die für Brunst resp. Anfangsstadien der Gravidität charakteristischen Genitalveränderungen.

Brill (12) erörtert die klinischen Beziehungen der Organe mit innerer Sekretion untereinander und ihre besondere Beeinflussung durch nervöse Erregungen, auch von der psychischen Seite her. Die spezielle Bedeutung der innersekretorischen Anteile des Ovariums darin führt er in den einzelnen Organ- und Stoffwechselbeziehungen näher aus.

Cohn (16) weist hin auf die neuerdings erforschte innersekretorische Tätigkeit der drüsigen Elemente des Eierstocks, nämlich des Corpus luteum und der interstitiellen Eierstocksdrüse. Weiter würdigt er die klinische Bedeutung des Follikels, die darin liegt, dass durch ihn eine Kommunikation zwischen dem Peritonealraum und dem Innern des Eierstocks hergestellt wird, wodurch 1. intraperitoneale Blutungen entstehen können, 2. Infektionen des Ovariums herbeigeführt werden können, 3. eine metastatische Karzinombildung im Ovarium bei primären Magendarmkrebsen möglich ist.

Isovesco (30) hat auf eine nicht näher angegebene Weise aus dem Alkoholextrakt von Ovarien und Corpus luteum allein ein Lipoid dargestellt.

Das Lipoid aus dem Ovarium hatte, Kaninchen injiziert, eine spezifische Wirkung auf das Ovarium und das übrige Genitale. Der Uterus sowohl wie die Ovarien der Versuchstiere wurden nach einer ziemlich grossen Anzahl von Injektionen einer öligen Lösung dieses Lipoides 2—3 mal so gross als die der Kontrolltiere.

In therapeutischer Hinsicht hat er angeblich am Krankenmaterial sehr gute Erfolge erzielt, und zwar bei Amenorrhoe, einer Krankheit, bei welcher

er die Injektion seines Extraktes geradezu als Prüfstein bezeichnet, ob die Amenorrhoe eine ovarielle ist oder nicht. Auffallende Resultate will er dann weiter erzielt haben bei Dysmenorrhoe und allen sowohl auf Hypofunktion als auf Funktion der Ovarien beruhenden Störungen des weiblichen Organismus. Die Injektionen wurden manchmal nicht gut vertragen, im allgemeinen waren keine üblen Nebenerscheinungen zu verzeichnen.

Der auf dieselbe Weise wie aus dem Ovarium hergestellte Lipoidextrakt des Corpus luteum soll bei Kaninchen eine schnellere Involution des puerperalen Uterus herbeiführen können.

Den Extrakt, den er mit dem aus den Ovarien für prinzipiell identisch hält, hat er analog dem Tierexperiment leider nicht zur schnelleren Involution des menschlichen puerperalen Uterus anwenden können. Die Fälle der Behandlung beim Menschen erstrecken sich auf Amenorrhoe, Schwangerschaftserbrechen und ovariprive Erscheinungen. Überall soll das Lipoid geradezu erstaunliche Wirkungen hervorgebracht haben.

Als besonders bemerkenswert führt er einen Fall von mit Amenorrhoe kombinierter Epilepsie an. Dieser soll nach Injektion seines Corpus luteum-Lipoides nahezu geheilt worden sein.

Organotherapie.

Benthin (7) empfiehlt Corpus luteum-Extrakt bei frühzeitigem Klimakterium und Dysmenorrhoe etc. zu verabfolgen, wie man dazu gekommen ist, Hypophysenpräparate bei anhaltenden Blutungen und Ovarienpräparate bei Akromegalie zu geben.

Dannreuther (18) bringt Corpus luteum-Extrakt zur Anwendung bei Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, klimakterischen Beschwerden, Sterilität, Ovariotomie, habituellem Abort und Hyperemesis. Er muss hergestellt werden aus Corpora lutea vera, wenn Erfolge erzielt werden sollen. In einem Falle gelang es, nach Kastration durch Darreichung von Corpus luteum-Extrakt die Menstruation wieder herbeizuführen.

1a. Corpus luteum.

1. Aschner, B., Über die interstitielle Eierstocksdrüse der Säugetiere und des Menschen. Verh. d. Ges. f. Geb. u. Gyn., Berlin. Sitzg. vom 28. Nov. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1. p. 304—311. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 13. p. 620/621. (Eingehende mikroskopische Untersuchungen an Eierstöcken von Tieren und Menschen.)
2. Fenger, Frederic, Distinction between the corpus luteum of ovulation and the true corpus luteum of pregnancy. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 16. p. 1249/50. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 5. p. 206. (Untersuchungen an Ovarien von trächtigen und nichtträchtigen Kühen.)
3. *Marcotty, A., Über das Corpus luteum menstruationis und das Corpus luteum graviditatis. (Ein Beitrag zur Lehre von der Ovulation und Menstruation.) Arch. f. Gyn. Bd. 103. p. 63. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1386.
4. Pardi, Ugo, Sulla funzione endocrina dell' ovaio durante la gravidanza. Istit. di patol. gen., univ., Pisa. Sperimentale. Jg. 68. Heft 2. p. 183/206. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 13. p. 621.
5. Rechl, Blasenmole, Eierstock und Corpus luteum. Diss. München 1913. (Ein Fall mit doppelseitigem Ovarialtumor. Operation. Abortus der Blasenmole tags darauf.)
6. *Seitz, L., Wintz, H., und L. Fingerhut, Über die biologische Funktion des Corpus luteum, seine chemischen Bestandteile und deren therapeutische Verwendung bei Unregelmässigkeiten der Menstruation. Münchn. med. Wochenschr. p. 1657 ff. u. p. 1734 ff. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1431. Berl. klin. Wochenschr. p. 1440.

7. Sokoloff, E., L'ablation du corps jaune au debut de la grossesse expose-t-elle à l'avortement? Thèse de Paris 1913. (Statistische Begründung der Lehre der Unschädlichkeit der Entfernung des Corpus luteum in der Schwangerschaft.)
8. Wallart, J., Über Frühstadien und Abortivformen der Corpus luteum-Bildung. (Aus dem Frauenspital Basel. Direktor: Prof. Dr. O. v. Herff.) Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 3.
9. Wintz, H., und L. Fingerhut, Corpus luteum und Blutgerinnungszeit mit Demonstration eines neuen Apparates zur Blutgerinnungsbestimmung. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 25. Jan. in Nürnberg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1075.
10. *Young, James, Uterine haemorrhage of Ovarian origin. Including a discussion on the physiology and pathology of the corpus luteum. Transact. of the Edinburgh obst. soc. Vol. 38. p. 140/157. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 3. p. 109.

Seitz, Wintz und Fingerhut (6) stellen über die biologische Funktion des Corpus luteum folgende Sätze auf:

Die Menstruation hängt von der Funktion des Corpus luteum ab. Das Corpus luteum enthält zwei Körper. Der eine ist das Luteolipoid, das blutungshemmende Eigenschaften hat und subkutan vor und während der Menses einverleibt die Blutung vermindert und abkürzt.

Der zweite Körper ist das Lipamin, ein Lipoproteid, und zwar ein Lezithalbumin. Es bewirkt im Tierexperiment ein beschleunigtes Wachstum der Genitalien, beim Weibe lässt sich durch subkutane Einspritzung bei Amenorrhoischen die Menstruation herbeiführen. Das Luteolipoid und das Lipamin sind Antagonisten und regulieren den Ablauf der Menstruation.

Therapeutisch wirkt das Luteolipoid vorzüglich bei Pubertätsblutungen und bei Menorrhagien ohne organische Grundlage. Bei klimakterischen Blutungen wirkt es nur, wenn die Blutungsgerinnung verlangsamt ist. Wirkungslos ist die Injektion bei Blutungen auf entzündlicher Grundlage. Bei Myomen tritt sogar eher eine vorübergehende Verstärkung der Blutung ein. Bei Dysmenorrhoen, die mit stärkeren Blutungen einhergehen, hat das Luteolipoid günstige Einwirkung auf die Schmerzen.

Das Lipamin vermag, genügend lange angewendet, bei Amenorrhoischen die Menstruation herbeizuführen. Es ist berechtigt, den Versuch zu machen, die Hypoplasie der Genitalien durch längerdauernde Einspritzung des Lipamins zu beheben. Es scheint, dass bei Dysmenorrhoen mit zu geringer Blutung das Lipamin, vor der Periode eingespritzt, die Schmerzen zu lindern und zu beseitigen vermag.

Marcotty (3) hat eine grössere Reihe von Corpora lutea menstruationis und graviditatis untersucht und hat versucht, Unterschiede zwischen beiden festzustellen. Zusammenfassende Darstellung seiner Untersuchungsergebnisse.

Young (10) möchte als Quelle des Ovarialhormons, welches sowohl die histologischen Veränderungen in Uterus und Ovarium während der Menstruation, als auch die Bildung der Zwischenzottenbluträume um das implantierte Ei bewirkt, die Zellen des Graafschen Follikels ansehen, deren exzessive Sekretion dann die pathologischen Blutungen sowohl in die Uterusmukosa, wie auch in die Ovarialsubstanz bedingt.

2. Kastration und erhaltende Behandlung.

1. Bonnaud, Contribution à l'étude des opérations conservatrices dans la tuberculose annexielle de la femme. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 79. Zentralbl f d ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 62. (Konservative Operation bei Adnextuberkulose.)
2. *Bovis, R. de, Uterusexstirpation mit oder ohne Erhaltung der Ovarien. Sem. méd. Nr. 9.
3. Jacobs, Quelques observations relatives aux suites tardives d'opérations conservatrices, des annexes (pièces anatomiques). Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst.

Tome 24. Nr. 6. p. 334. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 8. p. 400/401. (Kasuistische Mitteilung von vier Fällen. In zweien sah sich Verf. genötigt, der Resektion des zystisch degenerierten Ovariums später die Exstirpation folgen zu lassen. Ferner musste er in einem Falle nach Ignipunktur später die Resektion machen.)

4. Rouville, de, Valeur actuelle de la castration ovarienne dans les hémorragies des fibro-myomes (opération de Hégar). Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Séance du 4 Févr. La Gyn. Avril. p. 280.
5. Simpson, A. P., Unusual symptoms after oophorectomy. Liverpool med. chir. Journ. XXXIV. p. 357. (Multiple Gelenkaffektion nach Kastration; Besserung durch Schilddrüsenpräparat. Annahme von Kalkmangel. Calcium lacticum und Pituitrin gegeben, langsame Besserung.)

De Bovis (2) vertritt den Standpunkt, dass man bei Totalexstirpationen radikal vorgehen und nicht besonderen Wert auf die Erhaltung eines Ovariums zur Verhinderung von Ausfallserscheinungen legen solle.

3. Entzündliche Erkrankungen.

1. Burdtinsky, T. A., Die chirurgische Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen. Journ. f. Geb. u Gyn p 747. (Russisch.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1015. (Material von 1400 Kranken, davon 346 operiert.)
2. Delaunay, E., Abcès de l'ovaire. Soc. des chir. de Paris. 20 Mars. Presse méd. Nr. 27. p. 259. (Ovarialabszess von Kindskopfgrösse, der ein Fibrom vorgetäuscht hatte.)
3. Favreaux, Suppurations des sacs herniaires et salpingo-ovarites. Thèse Bordeaux. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 6. p. 242.
4. Grosse, Haematoma ovarii. Inaug.-Diss. Berlin. März.
5. Jellett, H, Two cases of genital tuberculosis: a) of tubes, uterus and rectum; b) of tubes, with carcinoma of ovary. Transact. of the roy. acad. of med. in Ireland. Vol. 31. p. 400/402. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 8. p. 398.
6. Maier, F. Hurst, Posttyphöse Vereiterung einer Ovarialzyste infolge Infektion mit dem Typhusbazillus Eberth. Amer. Journ. of Obst and Dis. of Women and Childr. May. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1433.
7. Meyer, Robert, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ovariums. Oophoritis. Verh. d. Ges. f. Geb. u. Gyn., Berlin. Sitzg. vom 11. Juli 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. p. 761—763. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 3 p. 108. (Fall von Oophoritis folliculorum apostematosa acuta nach septischem Abort, in dem fast ausschliesslich die Follikel und ihre nächste Umgebung befallen sind.)
8. Orthner, Ovarialzyste. Verein d. Ärzte in Oberösterr. 8. Jan. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 21. p. 734. (38jährige Patientin mit Ovarialkystom von Kindkopfsgrösse. Von der Zyste gingen Stränge aus, die nach der Leber und der vorderen Bauchwand hinliefen. Tuberkulose.)
9. Péraire, Maurice, Gros abcès coli-bacillaire de l'ovaire gauche. Soc. de chir. de Paris. Séance 27 Mars. Paris chir. Jg. 6. Nr. 4. p. 449/450. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 651. (Ein Fall.)
10. Pollosson et Violet, Les productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose: Tuberculose inflammatoire de l'ovaire. Lyon chir. Tome 10. Nr. 4. Oct. 1913. La Gyn. Janv. p. 66. (Die Verf. unterscheiden: 1. die zystischen Erkrankungen des Ovariums, verbunden mit Tuberkulose der Tube oder des Peritoneums. 2. Desgl. mit Resten von Tuberkulose der Tube oder des Peritoneums. 3. Desgl. verbunden mit Tuberkulose anderer Organe. Sie meinen aber, dass ovarielle Veränderungen zystischer Art durch Tuberkulose in der Nachbarschaft oder in entfernten Organen entstehen können. Die Verfasser wenden sich gegen die von Poncet und Leriche vertretene Ansicht, dass eine bestimmte Anzahl von Ovarialzysten tuberkulösen Ursprungs sind.)
11. Rettger, Leo F., Ovarian infection in the domestic fowl and direct transmission of disease to the offspring. Sheffield scientific school, Yale univ., New Haven. Journ. of exp. med. Vol. 19. Nr. 6. p. 552/561. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 13. p. 621.

12. Strouse, Lee, Ovaritis. National eclectic med. assoc. quart. Vol. 5. Nr. 4. p. 325/327. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 12. p. 579.
13. Todorsky, La tuberculose de l'ovaire. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 18. (Univ.) Zentralbl. f. d ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 3. p. 109.

II. Abschnitt. Neubildungen der Ovarien.

4. Anatomie und Histogenese. Allgemeines über Neubildungen und Ovariotomie.

1. Kent, W. C., A case of Ovarian cyst of rapid growth. Denver med. Times. Vol. 33. Nr. 11. p. 432. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb Bd 5. Heft 8. p. 361.
2. Maccabruni, Francesco, Metaplasia dell' epitelio di rivestimento di un cistoma ovarico. Ann. di obst. e gin. Jg. 36. Nr. 2. p. 126—134. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 62. (Einkammerige Ovarialzyste mit papillären Auflagerungen auf der Innenwand.)
3. Miller, F., Über ein primäres Chorionepitheliom des Ovariums. Klinischer Beitrag mit Bildern. Diss. München.

5. Operationstechnik.

1. *Freund, H., Eine neue Methode der Ovariotomie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 985 bis 988.
2. *Goldspohn, Resection of ovaries. Amer. Journ. of Obst. Dec. p. 934.
3. Pichevin, R., Le docteur Koeberle et son oeuvre. Strassburg. (Lebensgeschichte Koeberles, der als erster auf dem Kontinent grössere Reihen von Ovarialkystomen mit Erfolg operierte. Er erzielte die Erfolge durch Blutstillung mittelst Klemmzangen und aseptischer Wundbehandlung.)
4. Pollosson et Mazet, Kystes de l'ovaire bilatéraux chez une jeune femme. Indications opératoires. Soc. des scienc. méd. de Lyon. Séance du 7 Janv. La Gyn. Févr. (21jährige Frau, drei Monat verheiratet. Rasches Wachstum (sechs Monate). Grosse rechtsseitige Ovarialzyste und etwa mandarinengrosse linksseitige, beide mit mukoidem Inhalt, also maligne Zysten. Zwei Klemmen wurden einige Millimeter vom Hilus angelegt und so ein kleines Stück Ovarium erhalten. Pollosson beobachtet die Kranke weiter hinsichtlich ihrer Menstruation, etwaiger Schwangerschaft und der Möglichkeit eines Rezidivs.)
5. Rouville, de, 9 observations on ovarian autografts in women. Arch. mens. d'obst. et de gyn. II. (Einbettung des Ovarium unter die Haut der Bauchwunde; nur eine von neun Frauen hatte Nutzen davon.)

Freund (1) ist bestrebt, auch bei grösseren Neubildungen Reste normalen ovulierenden Stromas rasch aufzufinden und zu konservieren, also das Ovarium zu resezieren. Er kommt zu dem Schluss: Funktionsfähiges Ovarialgewebe liegt bei Eierstockstumoren gewöhnlich in der Nähe der Stieleinpflanzung, also an der Geschwulstbasis, kann aber selbst bei sehr grossen Kystomen an jeder Stelle der Wandung, selbst am oberen Pol sich finden.

Als Operationsmethode empfiehlt Verfasser die mediane Tumorspaltung, die er näher beschreibt. Die Bedingungen für die Operation sind die gleichen wie für die übrigen Resektionsmethoden: Geschlechtsreife und gutartige Tumoren.

Goldspohns (2) Behandlung geht von zwei Gesichtspunkten aus:
1. Krankhaftes bei der Zystenbildung zu beseitigen,
2. das Ovarium möglichst seinem Zweck zu erhalten. Angabe der Technik.

6. Schwierige Fälle. Übergrosse Tumoren.

1. Albrecht, Riesenkystom. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6. p. 842. (Vereitertes pseudomuzinöses Riesenkystom. Exstirpation, Heilung.)
2. Chambers, A. J., A case of gangrenous ovarian cyst. Journ. of the roy. army med. corps. Vol. 22. Nr. 5. p. 591/592. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 7. p. 310.
3. Kamann, Cystadenoma ovarii. Med. Ges. Magdeburg. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1978. (Ein durch Laparotomie bei einer 21 jährigen Frau gewonnenes mehrkammeriges Cystadenoma ovarii von 35 Pfund Gewicht. Die Trägerin hatte acht Wochen vorher ein reifes Kind geboren.)

3a. Kouwer, Ovarialtumoren. Ned. Gyn. Ver. 30. Nov. 1913. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jan. (Kystöses Fibroma ovarii, welches Schwierigkeiten für die Diagnose gegeben hatte. Ein Fibroma lig. ovarii prop. mittelst Laparotomie entfernt, das als subseröses Fibromyom diagnostiziert worden war.) (Mendes de Leon.)

4. Lihotzky, Vereiterte Ovarialzyste. Ges. d. Ärzte in Wien. 6. Febr. Winer klin. Wochenschr. Nr. 7. p. 159. (Nach Typhus dauernd Fieber bei mannskopfgrosser Zyste im Abdomen. Links grosse, vereiterte Zyste, die einreisst. Rechts faustgrosse Ovarienzyste. Beide unter reichlicher Kochsalzspülung entfernt. Im Eiter spärlich Streptokokken. Heilung bis auf eine Fistel. Sie wird 2½ Jahre später operiert. An ihrer Basis Darmschlinge, aus ihr ein Zahn entfernt, den Patientin vor Jahren verschluckt hat.)
5. Oastler, Frank, Large ovarian cyst. Transact. of the obst. soc., New York, meet Oct. 14. 1913. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 1. p. 125/126. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 7. p. 321. (Über 48 Pfund schwere unilokuläre Ovarialzyste mit schokoladenfarbenem Inhalt bei einer 46 jährigen farbigen Frau. Mit Abbildung.)
6. Ollier, Kyste suppuré de l'ovaire, compliqué d'infection des voies urinaires et de cystite pris pour une grossesse avec inflammation abdominale. Hôp. Saint-Antoine, Paris. Semaine gyn. Jg. 18. Nr. 48. p. 381/382. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 13. p. 612.
7. Orthner, Monströses Cystoma ovarii. Ver. d. Ärzte in Oberösterr. 8. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 734. (Sehr grosses Kystom mit 54 Liter Inhalt. Die 58 jährige Frau starb 18 Stunden nach der Operation an Herzschwäche, obwohl der Inhalt der Zyste nur ganz allmählich entleert worden war.)
8. Santy und Perrenot, Doppelte Ovarienzyste, zugleich dermoider und mukoider Natur, auf einer Seite Lyon méd Nr. 22. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1280. (Eingebettet in eine gewöhnliche Eierstockszyste, eine kleinere, dermoider Natur; beide zusammen 4 kg schwer.)
9. Schulze, Ovarialtumor. Ärztl. Kreisver. Braunschweig. Sitzg. vom 27. Sept. 1913. Med. Klin. Jg. 10. Nr. 1. p. 38. (Bei der Sektion einer 70 jährigen Frau wurde ein Ovarientumor von 41½ Pfund gefunden.)
10. Sytchev, A., Un très volumineux kyste de l'ovaire. Soc. d'obst. et de gyn. de Tomsk. Séance du 8 Nov. 1913. La Gyn. Janv. p. 60. (Diagnose schwankte zwischen Ovarialzyste und Sarkom des Peritoneums. Es handelte sich um eine gestielte Zyste des rechten Ovariums von 32 kg Gewicht. Die 49 jährige Kranke wog ohne Tumor nur 24 kg.)
11. Titus, R. S., Fibroma of the ovary, weighing thirty-five pounds. Operation. Recovery. Boston med. and surg. Journ. Vol. 169. Nr. 11.
12. Violet, Tumeur ovarienne ouverte spontanément à l'ombilic. Ablation en masse sans réduction. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Jg. 22. Heft 3. p. 87—89. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 1. p. 18. Journ. de méd. de Paris. Jg. 34. Nr. 18. p. 355/356. (Über 12 kg schwerer, halb solider, halb zystischer Tumor.)

7. Stieldrehung. Ruptur.

1. Bookman, M. R., Report on a case of rupture of corpus luteum with intraperitoneal haemorrhage. Amer. Journ. of Obst. Nr. 70. p. 416 u. 475. (Extrauterinschwangerschaft nicht sicher ausgeschlossen. Plötzliche Erhöhung des intraabdominalen Druckes als die Ursache angenommen.)

2. v. Cackovic, M., Eine torquierte Zyste des rechten Ovarium, die links vom graviden Uterus liegt, wohin sie hinter dem Uterus gelangt ist. Lijecnicki vijesnik. 1913. Nr. 11. (Kroatisch.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1432. (Ein Fall.)
3. Chalier, Dermoidzysten beider Ovarien mit beiderseitiger Stieldrehung und Harnverhaltung bis zu zehn Tagen. Lyon méd. Nr. 11. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1280. La Gyn. 14 Mars. p. 221. (42jährige Frau aus tuberkulöser Familie. Uterus und beiderseitige Tumoren, Dermoide mit 1½touriger Stieldrehung wurden in einem Stück entfernt. Von Ovarialgewebe keine Spur. Glatte Heilung.)
4. Cotte, Stieldrehung einer linksseitigen Ovarialzyste mit gleichzeitiger Torsion des Uterus. Lyon méd. Nr. 21. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1432. (Ein Fall.)
5. Demons et Charbonnel, Kyste de l'ovaire tordu à siège sous-hépatique. Soc. d'obst. de Bordeaux. 13 Janv. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Févr. p. 110. (47jährige Frau, vor vier Jahren wurde ein Tumor im kleinen Becken festgestellt, der jetzt schnell gewachsen war. Laparotomie. Entfernung des Uterus wegen Myom. Linkes Ovarium normal. Das rechte in ein Kystom mit langem, torquiertem Stiel verwandelt, befindet sich oben im Epigastrium.)
6. Gräupner, Stielgedrehtes Ovarialkystom im Wochenbett. Nordostd. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 14. März. Deutsche med. Wochenschr. p. 1546. (Zwei erfolgreiche Operationen.)
7. Légène, P., und R. Taitz, Haematocele retrouterina durch Ruptur einer Zyste des gelben Körpers. Ann. de gyn. et d'obst. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1525. (Ein Fall. Der 14. derartige Fall, der bekannt wird. Eine ektopische Schwangerschaft lag nicht vor.)
8. Marshall, G. Balfour, Left parovarian cystoma causing torsion of the fallopian tube, the pedicle containing fallopian tube, fimbria ovarica and mesosalpinx. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 3. p. 159/160. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 4. p. 164.
9. Michaelis, R., Austritt eines Ovarialkystoms aus dem After während der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 154. La Gyn. Févr. p. 153. (Wehen seit 24 Stunden, kein Fortschritt der Geburt. Draussen Versuch einer hohen Zange. Überführung in die Klinik. Neuer Zangenversuch. Kopf tritt nicht tiefer. Statt dessen tritt durch den After eine 10 cm lange und 7 cm breite gestielte Zyste aus Darauf glatte Entbindung. Hinterher Laparotomie. Am sechsten Tag Okklusionserscheinungen, so dass Enterostomie nötig ist. Tod am achten Tag infolge periuteriner Phlegmone.)
10. Orthner, Stielgedrehtes Ovarialkystom. Ver. d. Ärzte in Oberösterr. 8. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 734. (In die Stieldrehung war das grosse Netz mit einbegriffen, das in ein missfarbenes, graues und brüchiges Gewebe verwandelt war. Heilung durch Entfernung der Zyste und des nekrotischen grossen Netzes.)
11. Potivin, Rupture d'un kyste hémorrhagique de l'ovaire par un toucher gynécologique. Soc. belge de gyn. 6 Déc. 1913. Journ. belge de gyn. Janv. p. 42. La Gyn. Févr. p. 139. (Während einer gynäkologischen Untersuchung bekam Patientin einen Brechanfall. Danach war ein Tumor, der sich links neben einem retroflektierten Uterus befand, verschwunden. Alexander-Adamsche Operation. Beim Eröffnen des Peritonealkegels zeigte sich reichlich Blut in der Bauchhöhle. Pfannenstielscher Querschnitt. Entfernung der linken Anhänge. Das Ovarium zeigte eine nicht geplatzte seröse und eine geplatzte hämorrhagische Zyste. Mikroskopisch: Corpus luteum-Zyste.)
12. Rouffart, M., Hémorrhagie intrapéritonéale par rupture spontanée d'une grossesse de l'ovaire. Soc. belge de gyn. et d'obst. Séance du 6 Déc. 1913. La Gyn. Févr. p. 140. (Ein Fall.)
13. Vineberg, Ovarian Cyst with twisted Pedicle complicating pregnancy at eight Months. Tr. New York Obst. Soc. April 14. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 68.
14. Violet, Ovarialtumor; spontaner Durchbruch durch den Nabel; Herausnahme in toto. Lyon méd. 1913. Nr. 43. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1013.
15. Windisch, Richard, Stieltorsion bei Ovarialtumor. Ungar. Ärzteverein. Budapest. Sitzg. vom 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Jg. 38. Nr. 22. p. 815. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 652. (37jährige Frau, trotz doppelseitiger Dermoidzysten gravida ohne Störungen. Erst nach der Geburt Torsion und Peritonitis. Operation, glatte Heilung.)

8. In Verbindung mit Geschwülsten anderer Organe, anderen Erkrankungen, ektopischer Schwangerschaft.

1. Calderini, G., Quinto contributo alla casistica della degenerazione cistica delle ovaia associata a mola vescicolare. Lucina. Jg. 19. Nr. 4. p. 52/54. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 3. p. 109.
2. Edge, Carcinoma of the ovary with metastasis at base of the appendix vermiformis. Midland Obst. and Gyn. Soc. Jan. 6. Journ. of Obst. of the Brit. Emp. May. p. 294. (Demonstration ohne nähere Angaben. In der Diskussion führt Beckwith Withhouse die Metastasierung auf den Verlauf der Lymphbahnen zurück. Edge weist demgegenüber darauf hin, dass der Wurmfortsatz an dem erkrankten Ovarium adhärent war.)
3. Gentili, Attilio, Di alcune caratteristiche istologiche in ovaie di donna leprosa. Fol. Gyn. Vol. 8. Nr. 3. p 447/457. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 10. p. 490.
4. Pewsner, C., Productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose. Tuberculose inflammatoire de l'ovaire. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 68. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 3. p. 109.
5. Sanchez y Carrascosa, M., Kystom des rechten Ovariums. Siglo méd. Jg. 60. Nr. 3125. p. 690/691. 1913. (Spanisch.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 5. p. 197. (Gutartiges Kystom unter dem Hauptsymptom eines enormen, nach Punktion stets rezidivierenden Aszites sich entwickelnd, 3450 g schwer. Nach Exstirpation Dauerheilung, auch des Aszites.)
6. Schestakoff, M., Ein Fall von Krukenbergschem Tumor. K. Klin. Geb.-gyn. Inst., St. Petersburg. Journ. akusch. i shensk. bolesnei. Zeitschr. f. Geb. Bd. 29. p. 307/310. (Russisch.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 15. p. 701. (Faustgrosser solider Tumor des linken Eierstocks einer 50jährigen Frau. Die mikroskopische Untersuchung zeigt den für die genannten Tumoren charakteristischen Bau, wobei nachgewiesen wird, dass die bläschenförmigen Zellen nicht stromatogenen, sondern epithelialen Ursprungs sind.)
7. Stratz, Fall, in dem das linke Ovar ganz fehlte und die Tuba nur teilweise ausgebildet war und in dem er eine Zyste der Cervixgegend und eine solche des linken Ovars exstirpiert hatte. Ned. Gyn. Ver. 1. März. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jg. 1. (Mendes de Leon.)

9. In Verbindung mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

1. Gräupner, Stielgedrehtes Ovarialkystom im Wochenbett. Deutsche med. Wochenschrift. p. 1546. (Zwei erfolgreiche Operationen.)
2. Kosmak, W., Carcinoma of the ovary associated with early pregnancy. Transact. of the New York Obst. Soc. Meeting of Oct. 13. Amer. Journ. of Obst. Dec. p. 1021. (Ein Fall. Die Diagnose wurde zuerst auf Extrauteringravidität gestellt. Die Probelaparotomie zeigte einen graviden Uterus von 2½ Monat, freibeweglich, ohne Adhäsionsbildung. Das linke Ovarium war hühnereigross, mit einem grossen Corpus luteum und war zystisch degeneriert. Exstirpation des linken Ovariums. Vier Tage nach der Probelaparotomie Abort. Histologische Untersuchung ergab Carcinoma ovarii.)
3. Lepage, G., Kyste de l'ovaire et grossesse. Soc. d'obst. de Paris. 9 Mars. Bull. de la soc. d'obst. Mars. p. 181. Presse méd. Nr. 26. p. 250. (Bei der Patientin war vor zwei Jahren ein Ovarialtumor unter der Geburt von der Scheide aus punktiert mit nachfolgender spontaner Geburt. Jetzt neue Schwangerschaft im sechsten Monat. Im Douglas wieder ein zystischer Tumor. Laparotomie. Beim Versuch, ihn herauszuwälzen, platzt der Tumor, der entfernt wird. Es handelt sich um eine Parovarialzyste.)
4. Vineberg, H. R., Ovarian cyst with twisted pedicle complicating pregnancy at eight months. Transact. of the New York Obst. Soc. Meeting of April 14. Amer. Journ. of Obst. July. p. 68. (Kindskopfgrosse multilokuläre Zyste des rechten Ovariums zwischen dem graviden Uterus und der Bauchwand. Inhalt klare braunschwarze Flüssigkeit. 1½fache Stieldrehung, Stiel blutig infiltriert. Zwei Tage später glatte Entbindung.)

10. Neubildungen bei Kindern.

1. Barr, Albert S., A case of right inguinal hernia of ovary and tube. Journ. of Amer. med. Assoc. Febr. 4. p. 451. (12jährige Patientin mit Leistenhernie rechts. Bei der Operation fand sich im Bruchsack Tube und Ovarium, aber kein Darm oder Netz.)
2. Cowie, David Murray, A case of malignant multilocular cyst of the ovary in a young girl. Physician and Surg. Vol. 35. Nr. 5. p. 200/205. 1913.
3. Eustace, Arthur B., and R. William MacNeuly, Case of strangulated tubo-ovarian hernia in a infant. Journ. of Amer. med. Assoc. March 4. p. 772. (Negerkind von sechs Monaten, Hernie der rechten grossen Labie mit Einklemmungserscheinungen, Operation, als Inhalt fand sich die stielgedrehte Tube mit Ovarium.)
4. Potvin, Kystes tordus de l'ovaire chez l'enfant. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. Tome 24. Nr. 10. p. 441/447. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 10. p. 466. (Zwei Fälle bei Mädchen von 9—11 Jahren.)
5. Potivin, Franz, Les kystes de l'ovaire chez l'enfant. Journ. belge de gyn. Avril. p. 280. (I. Mutter, Grossmutter und Tante des neunjährigen Mädchens hatten bereits Ovarialzysten gehabt. Früher Magen- und Darmerscheinungen. Jetzt peritonitische Erscheinungen, die schnell vergehen. Grosser Tumor links. Entfernung des Tumors, der sich als Dermoidzyste herausstellte. II. 11jähriges Mädchen. Peritonitische Erscheinungen. Tumor bis in Nabelhöhe. Laparotomie. Stielgedrehter Ovarientumor.)
6. Rousseau, M. L., Volumineuse tumeur de l'ovaire droit d'apparence sarcomateuse enlevée à une enfant de 7 ans, opérée déjà à l'âge de 5 ans d'un kyste dermoïde de l'autre ovaire. Soc. des chir. de Paris. Séance du 17 Oct. 1913. La Gyn. Déc. 1913. p. 743. (Der erstoperierte Tumor soll nach Aussagen der Mutter kindskopfgross gewesen sein und neben talgigem Inhalt ein Auge und Haare enthalten haben. Histologisches Untersuchungsergebnis des zweiten Tumors wird noch bekannt gegeben.)
7. Zellweger, E., Die grossen und übergrossen Ovarialkystome des Kindesalters. Diss. Zürich 1913.

11. Pseudomucinöse Kystadenome, Pseudomyxoma peritonei.

1. Fatcher, Über Pseudomyxoma peritonei (Werth). Inaug.-Diss. München. März.
2. Heider, K., Zwei Fälle von Pseudomyxoma peritonei. Auswaschung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösungen. Inaug.-Diss. Jena.
3. Jaeger, E., Über Pseudomyxoma peritonei. Inaug.-Diss. Halle. (Ein Fall derart, ausgehend vom Ovarium.)
4. Lahm, W., Zur Histogenese der Pseudomuzinkystome des Ovariums. Kgl. Frauenkl., Dresden. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. p. 261—274. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 12. p. 573. (Auf Grund eines eigenen Falles bespricht Verf. die Frage.)
5. Stieda, A., Über das Pseudomyxoma peritonei. Verein d. Ärzte in Halle. Sitzg. vom 29. April. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1821. (Vortragender hat eine 45jährige Frau wegen Pseudomyxoma peritonei operiert. Es handelte sich um die seltene Erkrankung von geplatztem Pseudomuzinkystom mit gleichzeitiger Beteiligung des Peritoneums. Patientin war in der medizinischen Klinik zweimal ohne Erfolg punktiert worden, um den vermuteten Aszites abzulassen. Diagnostisch schwieriger, geheilter Fall [siehe Nr. 3].)
6. Wiener, Salomon, The clinical malignancy of pseudomucinous cystadenoma of the ovary. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 6. p. 1015/1022. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1432. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 12. p. 579. (Ein Fall, 23jährige Nullipara. Bei der ersten Laparotomie linksseitiges, 3,5 kg schweres, multilokuläres Pseudomuzinkystom entfernt; rechtes Ovarium anscheinend normal. Zweite Laparotomie zwei Jahre später, hierbei grosses multilokuläres Pseudomuzinkystom des rechten Ovariums entfernt. Nach zwei Monaten p. op. Exitus. — Verf. kommt bezüglich der Malignität der Pseudomuzinkystome zu dem Schluss, dass ein Drittel aller proliferierenden Ovarialtumoren primär maligne sind, die übrigen zwei Drittel besitzen potentielle Malignität. Verf. fordert Entfernung jeden Ovarialtumors.)

---

12. Papilläre Kystadenome.

1. Bauereisen, Kystadenoma papillare. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 16. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 428. (Ein Fall.)
2. Bloch, Ein seltener Fall von papillärem Kystom und Oberflächenpapillom bei einem Ovarialteratom. Inaug.-Diss. München. Juni.
3. Le Filliatre, G., Volumineuse tumeur papillomateuse et kystique de l'ovaire droit et kyste kolloide de la trompe gauche. Hystérectomie subtotale, avec anésthesie par rachicocainisation; guérison rapide. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Jg. 88. Nr. 8. p. 437/440. 1913. (Es handelt sich um einen papillomatösen, 1220 g schweren Tumor des rechten Ovariums, der als Kystoepitheliom bezeichnet wird; der linksseitige Tuboovarialtumor, 150 g schwer, scheint ebenfalls ein primäres Kystoepitheliom und nicht etwa ein vom rechtsseitigen Haupttumor ausgehender Impftumor zu sein.)
4. Strong, L. W., Pseudostruma of the ovary. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 410. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 1. p. 25. (Die richtige anatomische Bezeichnung sollte nach Verf. lauten: Cystoma ovarii papillariforme pseudostrumosum.)

13. Karzinome.

1. Bégouin, et G. Bardon, Cancer de l'estomac et des ovaires. Soc. d'obst. de Bordeaux. 24 Mars. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 5. p. 451. (43jährige Frau, seit drei Monaten Magenbeschwerden, seit zwei Monaten Zunahme des Leibesumfanges. Es wurden doppelseitige Ovarialtumoren mit Aszites festgestellt. Laparotomie. Entfernung von Uterus und Ovarien. Beim schnellen Untersuchen wurden keine weiteren Tumoren in der Bauchhöhle gefunden. Nach einem Monat Exitus. Sektion: Magenkarzinom, und zwar ein typisches Zylinderzellenkarzinom. Die Ovarientumoren ebenfalls karzinomatös mit ähnlichen Zellen. In der Diskussion berichtet Bégouin noch über einen weiteren Fall von primärem Magenkarzinom mit metastatischen Tumoren in beiden Ovarien.)
2. Boldt, Herman, Carcinoma of the ovary. Transact. of the New York Obst. Soc. Meet. Nov. 18. 1913. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 344/345. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 12. p. 573. (Radikale Heilung, da nach sechs Jahren rezidivfrei.)
3. Bondy, O., Primäre oder metastatische Ovarialkarzinome. Gyn. Ges. in Breslau. 16. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 350. (Vier Fälle von wahrscheinlich metastatischen Ovarialkarzinomen mit typischen Siegelringzellen.)
4. Frauenzowicz, H., Über einen seltenen Fall von Carcinoma ovarii. Inaug.-Diss. Zürich. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1524. (Dreimalige Laparotomie. Keine Kachexie, starker Aszites. Sektion ergab beginnendes Carcinoma ventriculi, das nicht als Metastase des Ovarialtumors, sondern als selbständige Neubildung aufzufassen ist.)
5. Gemmel, Bilateral solid ovarian tumours. North of England Obst. Soc. 20. Febr. Journ. of Obst. of Brit. Emp. April. p. 226. (41jährige Frau. Diagnose: Doppelseitige Adnextumoren. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Ovarialtumoren ergab glanduläres Karzinom. In der anschliessenden Diskussion teilt Leith Murray mit, dass er in diesem Falle eine positive Muzikarminreaktion des Tumors fand. Nach seinen Erfahrungen ist dann stets ein primärer Tumor im Verdaüungstraktus vorhanden. Donald hält primäre Ovarialkarzinome doch nicht für so selten, wie es jetzt allgemein angenommen würde. Fothergill stimmt ihm zu. Nach ihm ist die positive Muzikarminreaktion nicht für das Vorliegen eines Intestinalkarzinoms beweisend.)
6. Gibson, M. J., Cancer of the ovary. Roy. Acad. of Med. in Ireland. Meet. Nov. 7. 1913. Dublin Journ. of Med. Science. Vol. 137. Nr. 505. p. 55/56. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 7. p. 321. (Ein Fall.)
7. Haendly, Beiträge zur Ausbreitung und Metastasierung von Uterus- und Ovarialkarzinomen. Vortrag in der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 24. April. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 3. p. 41. (Bei dem Ovarialkarzinom stehen die Metastasen in den Lymphknoten und im Peritoneum im Vordergrund. Seltener sind die in den übrigen Organen, am seltensten die in der Haut. Nicht so ganz selten sind die Meta-

stasen in den Tuben. Bericht über einen Fall mit multipler Aussaat der Karzinomzellen in alle Organe und in die Haut.)
8. Holtz, Über das Karzinom im jugendlichen Alter mit besonderer Berücksichtigung des Ovarialkarzinoms. Inaug.-Diss. Greifswald. Febr.
9. Lapointe, André, Cancer de l'ovaire et cancer du colon pelvien chez la même malade. Clin. Paris. Jg. 8. Nr. 45. p. 708/710. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 13. p. 612. (Sind beide Karzinome primär entstanden, so empfiehlt Lapointe, in zwei Zeiten in einem Abstand von etwa 14 Tagen zu operieren.)
10. Mériel, E., Cancer bilatéral de l'ovaire et greffes intestinales (colon pelvien, intestin grêle). Soc. d'obst. de Toulouse. 4 Mars. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 4. p. 385. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 10. p. 466. (60jährige Frau, Menopause, Obstipation und Abmagerung, zunehmender Umfang des Leibes. Wegen Verdacht auf maligne Ovarialtumoren Laparotomie. Klarer Aszites. Uterus und Anhänge bilden ein grosses, karzinomatöses Konglomerat. Der Darm ist besetzt mit Metastasen. Anlegung eines Anus praenaturalis.)
11. Meyer, Robert, Das Adenoma tubulare ovarii carcinomatosum und die Beziehung des tubulären Ovarialadenoms zu embryonalen Organresten. Studien z. Pathologie d. Entwicklung von Meyer und Schwalbe. Bd. 2. Heft 1. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 2. p. 23/24.
12. — Über Adenoma tubulare malignum ovarii und die normalen tubulären Bestandteile des Ovariums. In der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 13. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1384. (Zwei Fälle.)
12a. Nyhoff, Zwei solide maligne Ovarialtumoren. Ned. gyn. Ver. 24. Mai. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jg. (Mendes de Leon.)
13. Rüder, Ein operativ entferntes, intraligamentär entwickeltes Ovarialkarzinom, das von anderer Seite als Myom diagnostiziert war. Geb. Ges. zu Hamburg, Sitzg. vom 7. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1164. (Durch Laparotomie entfernt, auch das atrophische der anderen Seite. Bei Ovarialkarzinomen empfiehlt sich stets die Entfernung des anderen Ovariums; selbst wenn es einen atrophischen Eindruck macht, entwickelt sich später ein Rezidiv aus ihm, wie Rüder selbst beobachten konnte.)
14. Whiteford, C. Hamilton, Double ovariotomy; bilateral ovarian perithelioma; dermoid on one side; unusual postoperative course. Proceed. of the roy. soc. of med. Vol. 7. Nr. 4. Obst. and Gyn. Sect. p. 142—146. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 13. p. 613.

14. Fibroide.

1. Amann, J. A., Ovarialfibrome mit Aszites. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 25. Jan. in Nürnberg. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 1. p. 99. (Zwei Fälle.)
2. Cabanes, E., Fibromes de l'ovaire. Réunion obst. d'Alger. 25 Avril. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 5. p. 410. (Zwei Fälle, in dem einen war das Fibrom 3 kg, in dem anderen 400 g schwer. Das letztere war fest im kleinen Becken eingekeilt gewesen und hatte durch Kompression des Rektum erhebliche Darmbeschwerden gemacht.)
3. Caro, Zur Lehre von den Riesenfibromen des Ovariums, nebst Bericht eines Falles, in welchem ein 33½ Pfund schweres Ovarialfibrom mit Erfolg exstirpiert wurde. Inaug.-Diss. Leipzig. Febr.
4. Deutsch, Fibromyom des Ovariums. Wiener med. Wochenschr. 1915. p. 151. (Zwei Fälle, einer davon ging vom Ligamentum latum aus.)
5. Fullerton, William D., Fibroid tumors of the ovaries. Report of a case. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 4. p. 451/455. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 7. p. 310. Zentralbl. f. Gyn. p. Nr. 28. 1013.
6. Orthmann, Cystofibroma ovarii sin. Demonstration in der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 27. März. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 1. p. 10. (5 kg schweres reines Fibrom ohne irgendwelche malignen Veränderungen.)
7. Titus, R. S., Fibroma of the ovary weighing thirky-five pounds. Operation. Recovery. Boston med. and surg. Journ. Vol. 169. Nr. 11. p. 381/384. 1913. Zentralbl. f.

d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 2. p. 76. (Bericht über einen Fall. 47jährige Patientin, die seit 3 Jahren verschwundenen Menses zeigten sich nach der Operation wieder regelmässig.)

15. Sarkome. Endotheliome.

1. Albrecht, Grosses Rundzellensarkom des Ovariums. Münchn. gyn. Ges., Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6. p. 842. (18jähriges Mädchen. Starker Aszites. Exstirpation. Heilung.)
2. Delétrez, A., Sarcome de l'ovaire chez une enfant de neuf ans. Soc. belge de gyn. 4 Avril. Journ. belge de gyn. Nr. 5. p. 386. (Neunjähriges Mädchen, seit einem Jahre Abmagerung und Beschwerden im Leib, wegen grosser Geschwulst im Leib Laparotomie. Solider Tumor, mit dem Peritoneum des kleinen Beckens verwachsen, wird exstirpiert. Wegen flächenhafter Blutung aus dem kleinen Becken Tamponade nach Mikulicz. Der 1500 g schwere Tumor erwies sich mikroskopisch als Sarkom.)
3. Fitzgibbon, Gibbon, A case of primary fibro-sarcoma of the ovary. Transact. of the roy. acad. of Med. in Ireland. Vol. 31. p. 240/247. 1913. (Siehe Jahresb. f. 1913. p. 106. Nr. 6 u. 7.)
4. Förster, Francis, Fibrosarcoma of the ovary. Transact. of the New York Obst. Soc. Meet. Nov. 18. 1913. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 350/352. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 11. p. 538. (Ein Fall. 23jährige Nullipara, seit drei Jahren Amenorrhoe. Laparotomie ergab linksseitigen torquierten Ovarialtumor. Mikroskopische Diagnose: Fibrosarkom.)
5. Hebrant et Antoine, Enorme myxo-sarcome de l'ovaire chez une chienne. Ann. de méd. vétérin. Jg. 63. Nr. 1. p. 6—8. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 5. p. 197. (Ein bei einem weiblichen Foxterrier durch Laparotomie gewonnener, 3 kg 750 g schwerer Ovarialtumor, der aus gelatinösen Massen und einigen soliden Partien besteht, die sich mikroskopisch als spindelzelliges Sarkom, zum Teil in myxomatöser Umwandlung erweisen. Vier Monate nach der Operation war das Tier trächtig.)
6. Horváth, Rapid wachsende Ovarialgeschwulst bei einem jungen Mädchen. Ungar. Ärzteverein, Budapest. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Jg. 38. Nr. 22. p. 808/809. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 652. (Mannskopfgrosses alveoläres Rundzellensarkom bei einem 17jährigen Mädchen.)
7. Klemperer, A., Über das Zwischenzellensarkom des Ovariums. Zieglers Beitr. Bd. 58. Heft 1. (Drei alveolär gebaute, grosszellige Rundzellensarkome bei Mädchen von 14—19 Jahren. Die Zellen haben grosse Ähnlichkeit mit hypertrophischen Theka interna-Zellen atretischer Follikel. Ihre Entstehung aus solchen wird daher angenommen und die Tumoren werden mit den Zwischenzellensarkomen des Hodens verglichen.)
8. Labhardt, Demonstration eines schwangeren Uterus des dritten Monats mit faustgrossem, metastatischem Melanosarkom des rechten Ovars. Gyn. Ges. der deutschen Schweiz. Sitzg. vom 11. u. 12. Juli in Bern. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1400.
9. Laws, George M., Cystic fibrosarcoma of the ovary and broad ligament resembling pregnancy. Transact. of the Obst. Soc. of Philadelphia. Meet. April 2. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. Nr. 6. p. 1038/1039. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 13. p. 622. (Aufklärung durch Röntgenaufnahme.)
10. Luppow, A. N., Ein Fall von Sarkom eines rudimentären Eierstocks. Univ.-Frauenklinik, Tomsk. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 251. (Russisch.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1013. (Der Kombination von Sarkom mit unentwickeltem inneren Genital bei einer erwachsenen Frau ist Verf. sonst in der Literatur nicht begegnet.)
11. Marchak, Fibro-sarcome de l'ovaire. Soc. anat. de Paris. 14 Juillet. Presse méd. Nr. 58. p. 560. (Seit drei Jahren Tumor im Abdomen, der seit drei Monaten Beschwerden macht und wegen einsetzender Blutungen als Uterusmyom gedeutet wurde. Bei der Laparotomie leicht entfernbarer Tumor im kleinen Becken, von 1 kg Gewicht. Er ist ziemlich kompakt, von kleinen Zysten durchsetzt. Mikroskopisch: Fibrosarkom.)
12. Nowak, Ignaz, Kritischer Beitrag zur Frage über primäres Melanosarkom des Ovariums. Inaug.-Diss. Leipzig.
13. Porter, M. F., Sarcoma of the ovary. Transact. of the Western. Surg. Ass. St. Louis 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn u. Geb. Bd. 4. Heft 8. p. 399. (Verf. stützt

seine Ausführungen auf 26 genau beschriebene Fälle aus der Literatur und drei eigene Fälle.)

14. Seeligmann, Ovarialsarkom. Nordwestdeutsche Ges. f Gyn. Sitzg. vom 16. Mai Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 423. (Patientin seit drei Jahren 10pfündiges Ovarialsarkom. Operiert, geheilt durch Arseptininjektion.)
15. Stürzinger, E., Zur Kenntnis der sarkomatösen Ovarialtumoren. Diss. Würzburg 1913.

16. Embryome.

1. Bauer, Erwin, Über die sogenannte „Struma ovarii". Ein Beitrag zur Histogenese der Ovarialkystome. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3 p. 617—652. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 1. p. 18. (Verf. folgert, dass die Struma ovarii nur ein Kystadenom von besonderer Form ist.)
2. Chalier, A, Kystes dermoïdes des deux ovaires avec torsion de leurs pédicules et avec rétention d'urine complète datant de dix jours. Exstirpation. Guérison. Soc. des scienc. méd. de Lyon. Séance du 21 Janv. La Gyn. Mars. p. 221. (Ein Fall. 42jährige Patientin, die regelmässig menstruiert und vier Schwangerschaften durchgemacht hatte.)
3. Falco, A, Sul teratoma solido dell' ovaio. Clin. ostetr.-gin., univ., Cagliari. Ann. di ostetr. e gin. Jg. 36. Nr. 5. p. 397—440. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 14. p. 652. (Ein Fall von Teratom des linken Ovariums bei einem 16jährigen Mädchen.)
4. Ferrari, M., Kyste dermoide de l'ovaire ouvert par colpotomie. Réunion obst. et gyn. d'Alger. 21 Févr. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Févr. p. 106. (36jährige Ipara. Bald nach der spontanen Geburt Auftreibung des Leibes. Fieber und riechender Ausfluss. Es wird viermal curettiert und der Uterus gespült. Einen Monat später grosser Tumor im Leib mit Vorwölbung des Douglas. Probepunktion ergab Eiter. Colpotomia posterior. Es entleert sich ungefähr 1 Liter Eiter und ausserdem Haare. Drainage.)
5. Giannettaso, Nicola, Contributo alla conascenza dello struma ovarico colloideo. Rif. med. Jg. 30. Nr. 2. p. 38/47. Nr. 3. p. 68/73. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 10. p. 491. (Ein Fall bei einer 32jährigen tuberkulösen Patientin. Kindskopfgrosser Tumor des linken Ovariums. Zwei Monate nach der Laparotomie Exitus an Miliartuberkulose. Zwei Jahre vorher war das rechte in ein apfelgrosses Hämatom umgewandelte Ovarium abdominell exstirpiert worden. Die acht bisher bekannten Fälle werden angeführt.)
6. Hoermann, Riesenteratom des Ovariums. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 17. Juli 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 544/545. Zentralbl. f. Gyn. Jg. 38. Nr. 4. p. 176. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 3. p. 109. (10 kg schwerer zystischer Tumor des rechten Ovariums bei einem 17jährigen Mädchen, das noch nie menstruiert hatte. Trotz Peritonitis glatte Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab Anlagen aller drei Keimblätter.)
7. Kaulen, Über einen Fall von Ovarialteratom. Inaug.-Diss. Giessen. Juni.
8. *Lancial, Ablation d'un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire avec prolongement pelvien chez une jeune fille. Guérison. XXVI Congrès franç. de chir. Paris. Oct. 1913. La Gyn. Nov. 1913. p. 678.
9. Lockyer, C., Case of double ovariotomy with unusual postoperative phenomena. Royal soc. of med. Sect. of Obst. Jan. 8. Journ. of Obst. of Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. p. 107. (78jährige Frau, früher wegen rechtsseitiger, inkarzerierter Femoralhernie operiert, dabei musste eine Kolostomie gemacht werden. Jetzt sehr starke Anschwellung des Leibes. Bei einer kleinen Probeexzision entleert sich Dermoidbrei und Haare. Fünf Stunden später werden doppelseitige Dermoidzysten der Ovarien entfernt. Wunde heilt. Nach 13 Tagen neuer Tumor links. Inzision. Es entleert sich etwas blutige Flüssigkeit. Später auch Inzision von der Vagina aus. Nach vier Monaten Exitus. Die Sektion ergibt links im Leibe zystische Tumoren, die sich als Peritheliom erwiesen.)
10. Laponge, C. V. de, Maligne Degeneration einer Dermoidzyste des Ovariums. Arch. génér. de chir. Juillet. VIII. Nr. 7. p. 769. (Drei derartige Fälle.)
11. Mc Means, J. W., Fatty concretions in ovarian dermoids. Amer. Journ. of Obst. July. p. 33. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 2. p. 26. (Stielgedrehter Ovarientumor von 20 cm Durchmesser mit kugelförmigem Inhalt ohne freie Flüssigkeit. Die grösseren

Fettkugeln enthielten dunkelbraune Haare. — Dermoidzyste. Genaue mikroskopische Untersuchung.)
12. *Moser, v., Über die Zähne einer Dermoidzyste. Path. Inst., Univ. Rostock. Stud. z. Path. d. Entwickl. Bd. 1. Heft 3. p. 363/374. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 11. p. 507.
13. Philips, Eine Dermoidzyste, welche mit Fett gefüllt war. Ned. gyn. Ver. 18. Jan. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jg. (Mendes de Leon.)
14. Rouville, de, Kystes dermoides bilatéraux des ovaires à symptomatologie exclusivement hémorrhagique. Considérations cliniques pathogéniques et thérapeutiques. Montpellier méd. Jg. 57. Nr. 16. p. 361/368. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 6. p. 258. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jg. 2. Nr. 9. p. 810/816. 1913. Jahresber. pro 1913. p. 110. Nr. 27.
15. Santy et Perrenot, Doppelte Ovarienzyste, zugleich dermoider und mukoider Natur auf einer Seite. Lyon méd. Nr. 22. (Ein derartiger Fall.)
16. Seitz, Zur Malignität der Ovarialdermoide. Greifswalder med. Ver. Sitzg. vom 6. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Jg. 40. Nr. 11. p. 569. (Ein Fall. Dermoidzyste des rechten Ovariums bei einer 60jährigen Frau. Exstirpation. Typischer Inhalt mit Bestandteilen aller drei Keimblätter. An einer Stelle Verwachsungen mit der Flexura sigmoidea, die sich schon makroskopisch als verdächtig auf Malignität erwiesen. Mikroskopisch: Epithelkarzinom.)
17. Sitzler, Oskar, Über Struma ovarii. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913.
18. Termier, J., Une théorie pathogénique des kystes dermoides de l'ovaire. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jg. 9. Nr. 1. p. 1—10. Gaz. de gyn. Tome 29. Nr. 662. p. 17—25. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 7. p. 322. Heft 15. p. 702.
19. Timofejeff, A. J., Eine seltene Form von Dermoidzyste des Ovariums. Wratsch. Gaz. Jg. 21. Nr. 9. p. 347—349. Nr. 10. p. 393—394. (Russisch.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 1. p. 18. (Zwei Fälle. Mannskopfgrosse Dermoidzysten, enthaltend kugelförmige Gebilde von zäher Konsistenz. Ein Tumor war stielgedreht.)
20. Vacher et Lafrange, Claude, Über bösartige Entartung der dermoiden Ovarialzysten. Thèse de Montpellier. (Nichts Neues, ein Fall.)
21. White, Charles Stanley, Ovarian teratomata. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 2. p. 236/243. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 13. p. 612. (Zwei Fälle; erster Fall betrifft ein vierjähriges Kind, der zweite eine 32 jährige III para.)

Lancial (8). Der von ihm beschriebene Fall liegt acht Jahre zurück. Nach viertägigen heftigen Schmerzen bricht der Tumor unter Entleerung von ungefähr zwei Liter sirupöser gelblicher Flüssigkeit durch die Vagina auf. Die Flüssigkeitsansammlung kommt aber wieder, so dass operiert werden muss. Umfangreiche Zyste, die sich nach rechts ins kleine Becken erstreckt. Es gelingt nicht, den im Becken liegenden Teil zu exstirpieren, daher wird an der Rupturstelle im Douglas eine Inzision gemacht. Inhalt der Zyste zwei Molarzähne mit einem Teil des Unterkiefers und Haare. Drainage des Douglasschen Raumes durch die Scheide zum zurückgelassenen Teil der Zyste. Heilung in drei Wochen.

Moser, v. (13) neigt zu der Auffassung, dass Milchzähne neben bleibenden Zähnen in Embryonen vorkommen.

17. Tuboovarialzysten, Parovarialzysten. Mischgeschwülste.

1. Marshall, G. Balfour, Left parovarian cystoma causing torsion of the fallopian tube, the pedicle containing fallopian tube, fimbria ovarica and mesosalpinx. Journ. of Obst. of Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 3. p. 159. (Der gleiche Fall, der im vorigen Jahresbericht p. 111 berichtet ist.)
2. Martin, H., Sur les kystes tubo-ovariens. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 90. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 2. p. 61.

3. Sencert, L., Le traitement du varicocèle tubo-ovarien par la résection veineuse intraligamentaire. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Jg. 3. Nr. 1. p. 15/40. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. Heft 8. p. 400. (16 Fälle aus der Literatur und 7 eigene Fälle.)

4. Tourneux, J. P., et Fabre, Kyste dermoide parovarien dégénéré. Arch. méd. de Toulouse. Jg. 21. Nr. 8. p. 83/87. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 11. p. 507. (Es handelt sich um eine karzinomatöse Entartung.)

VI.

Pathologie des Beckenbindegewebes.

Referent: Prof. Dr. Fritz Kermauner, Wien.

1. Amann, J. A., Myosarkom des Ligamentum latum bei Gravidität. Bayer. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Heft 30. p. 1076. (Maligne Degeneration eines ins Ligamentum latum hinein entwickelten Myoms während der Schwangerschaft.)
2. Aversenq, Pericystitis. 17. Vers. d. Verein. franz. Urol. Paris, 8.—11. Okt. 1913. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 61. Jahrg. p. 43. (Gelegentlich einer Besprechung der pathologischen Anatomie der Pericystitis berichtet Aversenq über Präparate, die mit gefärbter Gelatine injiziert worden waren. Dieselben bestätigen das Vorhandensein einer Faszie, die vor dem Peritoneum der vorderen Bauchwand herabziehend den prävesikalen Raum scheidet in einen vor der Blase liegenden Teil, das Cavum Retzii und die eigentliche Umgebung der Blase, den Sitz der Pericystitis. Die beiden Abschnitte sind ganz getrennt, obwohl Injektion oder Eiterung vom einen auf den anderen übergehen kann. — Die entzündlichen Prozesse, die sich hier abspielen, sind entweder diffus phlegmonös, rasch in ausgedehnte Eiterung übergehend, oft mit Perforation in Blase oder Bauchraum, oder abgekapselte Abszesse, seitlich und hinter der Blase, oder endlich sklerosierende Entzündungen mit Bildung von Gängen; die letztere Form kann zu wahren pericystitischen Tumoren führen, besonders wenn Peritoneum und Darmschlingen sich beteiligen (sog. Holzphlegmone im Cavum Retzii). — Bezüglich der Ätiologie sei nur hervorgehoben, dass solche Prozesse auch vom Genitale ausgehen, bzw. vom Appendix, und dass in einigen Fällen auch primäre tuberkulöse Pericystitis beobachtet worden ist.)
3. Balassanian, Vahan, Klinische Beiträge zur Histogenese der Serosa-Adenomyositis cervicis uteri et recti (rektogenitale Serosaadenomyositis). Inaug.-Diss. München 1913.
4. Balaschoff, A. J., Ein Fall von Lipom des breiten Mutterbandes in Kombination mit Fibrom des Eierstockes. Festschr. f. Pobedinsky. (Russisch.) p. 1. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. V. Heft 10. p. 466. (52jährige Multipara. Leibesumfang 128 cm. Laparotomie. Goldgelber Tumor nimmt fast die ganze Bauchhöhle ein. Uterus normal. Ausschälung. Heilung. In dem Tumor ein zweifaustgrosses hartes Gebilde, als Fibrom des rechten Ovariums aufgefasst. Verf. glaubt, dass dieses durch dauernden Druck Wucherung des Fettgewebes ausgelöst hat.)
5. Bender, Xavier, Fibrome du ligament large avec un fibrome de l'utérus. Revue de gyn. Vol. 22. Heft 5. p. 435. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 14. p. 652. (48jährige IVpara, Blutungen. Angenommen Myom und Ovarialtumor. Laparotomie. Rechts orangegrosses Myom im Ligamentum latum ohne jeden Zusammenhang mit dem Uterus. Das Ovar an seiner hinteren Kuppe, die Tube im Bogen darüberziehend.)

6. Bengsch, Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. p. 729. (Fall 2: Mädchen fällt aus dem ersten Stock in den Keller und spiesst sich auf zwei Latten eines Holzgitters auf. Kaum Blutung, Bewusstsein erhalten. Laparotomie. Der eine Pfahl war durch das hintere Scheidengewölbe ins Kreuzbein gedrungen und hatte dieses teilweise zersplittert. Nur mit äusserster Kraftanstrengung gelingt die Entfernung. Rektum unverletzt, Tamponade durch den Scheidenriss. Der andere Pfahl war unter die Bauchwand eingedrungen. Exitus im Schock. — Fall 4, bei einem Knaben, ist interessant wegen des grossen retroperitonealen Hämatoms.)

7. Bingold, K., Das klinische Bild der Puerperalinfektionen durch Bacillus phlegmones emphysematosae (E. Fraenkel). Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 3. Heft 1/2. p. 377. (Bingold, ein Schüler Schottmüllers, berichtet über 130 Fälle von Abortus, in welchen der E. Fraenkelsche Gasbazillus teils in der Cervix, teils im Blut nachgewiesen werden konnte. 28 Fälle hatten ganz reaktionslosen Verlauf, 26mal folgte auf die Ausräumung einmaliger Schüttelfrost mit Fieber, weiter glatter Verlauf; 22 von diesen Fällen hatten schon vor der Ausräumung gefiebert. Nur einmal kam es unter schweren Krankheitserscheinungen am 10. Tag des Wochenbettes zum Exitus, ohne dass ausser der eitrigen Endometritis irgend eine Lokalisation (Schaumorgane etc.) hätte nachgewiesen werden können. Zweimalige Blutkultur negativ. Diesen Fällen stehen nun 37 Fälle mit schwersten Erscheinungen gegenüber (besonders ungünstig ist Mischinfektion mit Staphylokokken). Neben drei Fällen von Sepsis und sechs Fällen von Peritonitis (Operation), die zur Heilung kamen, sind ebensoviele tödliche beschrieben. Speziell erwähnenswert sind 10 Fälle (8 Todesfälle), in welchen eine parametrane Erkrankung nachgewiesen ist (freilich nicht allein), und fünf weitere mit ausgesprochener Thrombophlebitis neben der Peritonitis. Der Gasbazillus kann also dieselben Krankheitsbilder verursachen wie andere Keime, allerdings mit spezifischer, blutig-seröser (Gasbildung), nicht eitriger Exsudation. Die Peritonitis entsteht z. B. meist auf dem Lymphwege vom Endometrium aus, nicht durch die Tube. Von Allgemeinsymptomen sind bemerkenswert die Hämoglobinurie, Hämoglobinämie, der Ikterus.)

8. Bloodgood, J., The diagnosis and treatment of borderline pathological lesions. Surg., Gyn. and Obst. I. 1. (Bindegewebsgeschwülste soll man nie enukleieren, sondern stets herausschneiden wegen der Gefahr der Bösartigkeit.) (J. Veit.)

9. Boni, Enrico, Le grosse cisti dell' uraco. Clin. chir. Jg. 22. Nr. 2. p. 195. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 6. p. 264.

10. Bonney, Der Stützapparat des weiblichen Genitalapparates, die Senkungen, die infolge seiner Schwäche entstehen und ihre Behandlung. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. June. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1337. (Bonney unterscheidet einen oberen, mittleren und unteren Abschnitt des Stützapparates und meint, dass einzelne Abschnitte oder Kombinationen derselben erschlaffen können; so kann die Erschlaffung des mittleren Teiles (Ligg. utero-sacralia und cervico-pelvica lateralia) Inversion der Scheide und Verlängerung der Cervix bedingen. Ist dieser Teil und die untere Gruppe (Beckenbodenmuskulatur) schlaff, so genügt die blosse Kolpoperinaeorrhaphie nicht, es müssen auch die Ligamente verkürzt werden.)

11. Borodkin, S. M., Durch Typhus abdominalis bedingte Parametritis. Russ. Wratsch. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 304. (Vier Wochen nach Typhus entstand eine beiderseitige Parametritis mit „Entzündung" an der vorderen Bauchwand. Nach ½ Jahr Durchbruch am Nabel. Im Eiter Typhusbazillen [Kultur].)

12. Bortkiewitsch, A., Beitrag zur Kenntnis der Adenomyome des weiblichen Genitaltraktus. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 620. (Unter den 10 Fällen einer im hinteren Scheidengewölbe und einer in der Leistengegend. — Fall 3. Adenofibroma canalis inguinalis sin. 41jährige Frau, 3,5 : 2,5 cm grosser Tumor, Exstirpation. Histologisch Drüsen mit hochkubischem Epithel, deutlicher Membrana basilaris und einem dicken Mantel von Spindelzellen, der in dem kernarmen Gewebe auffällt. Gelegentlich schleimhautartiges Stroma. Reichlich Blutergüsse, Pigmenthaufen. Abstammung vom Wolffschen Gang, nicht vom Wolffschen Körper. — Fall 10: Ad. vaginae fornic. post. Im allgemeinen dasselbe Bild, obwohl makroskopisch Fistel vorhanden war, ist histologisch eine direkte Verbindung der Drüsen mit der Scheidenschleimhaut nicht nachweisbar. Bortkiewitsch möchte die Adenokolpitis von embryonal abgesprengtem Scheidenepithel ableiten, welches durch chronische Entzündung postfötal zur Wucherung gekommen ist.)

13. Breitung, Georg, Ein doppeltes Ganglioneuroma sympathic. an der Vorderfläche des Os coccygis als Geburtshindernis. Inaug.-Diss. Berlin.
14. Brown, G. van Amber, Pelvic infections. Journ. of the Michigan state med. soc. Vol. 13. Nr. 4. p. 233.
15. Bumke, Erich, Epitheliale Neubildung im rektogenitalen Zwischengewebe beim Weibe, ein Beitrag zur Pathologie des Gartnerschen Ganges. Inaug.-Diss. Berlin.
16. Buriánek, B., Inkarzeration einer Dünndarmschlinge zwischen den Blättern des Ligamentum latum. Casopis lekar. ceskych. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 1199. (65jährige Frau mit chronischen Darmbeschwerden erkrankt an Ileus. Laparotomie. An der Hinterwand des rechten Ligamentum latum eine Darmschlinge inkarzeriert in einer mit Serosa ausgekleideten Höhle. Da der retroflektierte, myomatöse Uterus amputiert wurde, konnte die Höhle nicht genauer untersucht werden.)
17. Cederbaum, Leo, Zur Ätiologie und Klinik der Dermoide und kongenitalen Epidermoide. Beitr. z. klin. Chir. 1913. Bd. 88. Heft 1. p. 92. (Ausser mehreren Dermoiden des Kopfes, des Halses, der Linea alba und des Nabels werden zwei Dermoide der Kreuzsteissbeingegend bei jungen Männern [mit Fistel] und ein Dermoid der Glutäalgegend beschrieben.)
18. Cullen, Thomas S., Adenomyoma of the rectovaginal septum. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 11. p. 835. (Southern Surg. and Gyn. Assoc. Dec. 16—18. 1913. Zwei Fälle, kasuistisch.)
19. Cumston, The pathogenesis and differential diagnosis of perirenal abscess complicating the post partum period. Amer. Journ. of Obst. Nr. 8.
20. Delaunay, E., Enorme fibrome du ligament large. Paris chir. 1911. p. 812.
21. Dirks, Frl. M., Gasphlegmone nach kriminellem Abort. Gyn. Ges. in Breslau. 26. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1314. (24jähriges Mädchen, kollabiert. Schwangerschaft 4.—5. Monat, Hämoglobinurie. Genitalblutungen. Geständnis, dass sie Holzessigspülungen gemacht. Erholung. Tags darauf Fieber, Abortus. Am dritten Tag 39°, 130 Puls. Schwellung der linken Glutäalgegend, die auf den Oberschenkel übergreift; Knistern; bei Inzision entweicht Gas. Ikterus. 50 Stunden nach der Spülung Exitus. Bei der Sektion Verletzungen des Uterus, Gasphlegmone des linken Parametriums, welche durch das Foramen ischiad. maius auf die Glutäalgegend übergreift. Im Blut Fraenkels Gasbazillus. — Die Hämoglobinurie wird als Folge der Holzessigvergiftung aufgefasst. Die Symptome der Gasphlegmone sind erst am dritten Tag aufgetreten.)
22. Dirks, Marie, Marmetschke und Kriebel, Gasphlegmone nach kriminellem Abort. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. p. 376. (Bei der Sektion des Falles [siehe Nr. 21] fanden sich die beiden Blätter des Ligamentum latum durch Gas auseinandergedrängt, als wären sie mit Luft aufgebläht. Die ganze linke Beckenhälfte war dadurch ausgefüllt. Das Gewebe bräunlich, missfarben. Auch der Musc. pyriformis, die Glutaei und das darüberliegende Fettgewebe war ebenso verändert. Die Phlegmone hatte sich also vom linken Parametrium auf die Glutäalgegend und den Oberschenkel ausgebreitet. Das rechte Parametrium war in viel geringerem Grade erkrankt. An der Innenwand der Harnblase fanden sich ebenfalls zahlreiche wasserhelle Bläschen. Sonst keine Schaumorgane, bis auf kleinste, weissliche Herdchen in der Leber und Milz. Im Herzblut der Bac. phlegm. emph. Ein derartig ausgedehnter lokaler Herd mit Zerfall und Gasbildung ist bei puerperaler Sepsis noch nicht beschrieben worden.)
23. Enderlen, Myxom der Bauchhöhle. Würzburger Ärzteabend, 14. Juli. Ber. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2075. (Extraperitonealer Stiel, Ausgang zweifelhaft.) 21jähriges Mädchen; seit ½ Jahr Vorwölbung am Damm und aus der Scheide, bald danach Anschwellung des Leibes. Mit Diagnose: Hernia perinealis eingewiesen. Laparotomie. Bis unter das Zwerchfell reichendes Myxom, dessen Stiel rechts im kleinen Becken liegt. Exstirpation. Drainage. Bis auf ein Hämatom glatte Heilung.)
25. Engelking, E., Intraligamentär entwickelte Eierstocksschwangerschaft. Inaug.-Diss. Freiburg 1913.
26. Engström, Otto, Implantationen des Ureters ins Colon descendens und in die Harnblase. Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. 56. Heft 3. p. 289. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 3. p. 123. (Fall 1: Exstirpation eines retroperitonealen Tumors der Fossa iliaca sin. Der Ureter oberhalb des Beckeneinganges abgeschnitten; der distale Teil nicht gefunden. Implantation ins Colon descendens. Heilung. Noch nach 15 Jahren keine Pyelitis und keine Darmstörung bei sicher anhaltender Entleerung des Harns in den Darm.)

27. Falgowski, W., Über entzündliche Adnexerkrankungen einschliesslich der Para- und Perimetritis. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 525 u. 548.
28. Fiolle, Jean, et Paul Fiolle, Les fibroses péri-métrorectales. Etude clinique. Journ. de chir. Tome 12. Heft 5. p. 575. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 13. p. 623. (Es handelt sich offenbar um Parametritis posterior mit Verengerung des Mastdarmes, als Endausgang verschiedener Entzündungen des Genitales. Symptome die der Darmstenose. Zur Unterscheidung gegenüber Krebs am wichtigsten die Verschieblichkeit der Schleimhaut. Behandlung soll in Hysterektomie mit folgender Dilatation bestehen; eventuell ist die Anlegung eines Anus praeternaturalis nicht zu umgehen. — Literatur wird gar nicht besprochen.)
29. v. Frisch, Ileus bei parametranem Exsudat. Ges. d. Ärzte in Wien, 13. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 7. p. 163. (Wegen Ileus Kolostomie am Querkolon. Ca. fünf Monate später versuchsweise Einlegen einer eigenen T-Kanüle, und als sich das Rektum gut durchgängig erwies, Verschluss des Anus praeternaturalis.)
30. Goullioud, Fibromes distants et fibromes aberrants d'origine utérine. Revue de gyn. XXII. Nr. 2.
31. Gross, Über mannskopfgrosses, intraligamentär entwickeltes Myom. Verein deutscher Ärzte in Prag, 12. Dez. 1913. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3. p. 142. (36jährige Patientin. Das Myom hängt nach Ausschälen aus dem Ligamentum latum mittelst daumendicken Stieles am Uterus.)
32. Halban, Demonstration von atypischen Myomen. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 20. Jan. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 582. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1027. (a) Kopfgrosses Myom im rechten Ligamentum latum, 1600 g schwer, durch wenige Stränge mit dem Uterus verbunden. — b) Haselnussgrosses Myom des linken Lig. latum, ca. 3 cm von der Uteruskante entfernt. Zufällig bei vaginaler Totalexstirpation gefunden, im ersten Moment für eine Drüse gehalten. — c) Faustgrosses Myom des rechten Lig. rotundum, 530 g schwer, bei viermonatlicher Schwangerschaft entfernt. Es hatte plötzlich heftige Schmerzen verursacht; wegen Verdacht auf beginnende Peritonitis Transport ins Krankenhaus.)
33. Hall-Edwards, J., Über die Bedeutung der Phlebolithen. Brit. med. Journ. 1913. Dec. 13. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17. p. 524. (In den Beckenvenen finden sich häufig Konkremente; nur in 17—20% der daraufhin untersuchten Fälle waren Nierenkonkremente vorhanden. Die Phlebolithen sind meist ausschliesslich oder doch überwiegend auf der Seite des Schmerzes, in den die Blase, die Gebärmutter, den Mastdarm begleitenden Venen. Sie weisen auf vorangegangene Entzündung und auf Erweiterung der Venen hin.)
34. Hamant, Contribut. à l'étude de l'echinococcose secondaire abdominale pelvienne et de son traitement. Thèse de Nancy. 1913.
35. — und R. Pigache, Kritische Studie über die Coccygodynie. Revue de chir. Janv. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1243. (Unter Coccygodynie sollte man nur jene Schmerzen verstehen, die vom Steissbein selbst ausgehen und immer auf eine Luxation desselben (durch Fall, schwere Geburt) zurückzuführen sind. Behandlung chirurgisch. Resektion des Steissbeins.)
36. Houssay, B. A., et L. Carbone, Retroperitoneales Lipom. Rev. de la soc. méd. Argentin. 1913. Bd. 21. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 4. Heft 8. p. 409. (Verfasser trennen die retroperitonealen Lipome als besondere Gruppe ab von den mesenterialen. Sie können in der Mitte, lateral, oder im kleinen Becken entstehen, können gutartig und bösartig sein, zeigen histologisch die mannigfachsten Kombinationen mit Myxom, Fibrom, Sarkom. Im allgemeinen wachsen sie symptomlos; erst durch Druck auf die Nachbarschaft [Zwerchfell, Vena cava etc.] machen sie bestimmte Erscheinungen. Verwachsung mit Darm oder Mesenterium mitunter schwer oder gar nicht zu lösen, weshalb manchmal Darmresektion nötig. Die grossen Tumoren führen schliesslich zu Kachexie. Entwicklung manchmal sehr rapid. Mortalität der Operation zurzeit etwa 25%. Rezidive sind nicht selten, auch bei gutartig aussehenden Geschwülsten; Metastasen nur sehr selten. Trotzdem ist im Stadium der Kachexie von der Operation abzuraten, da der Operationsschock nicht mehr ertragen wird.)
37. Jacobs, Friedrich, Über einige adenomyomatöse Tumoren an den weiblichen inneren Genitalorganen. Inaug.-Diss. Strassburg i. E.
38. O'Kelly, W. D., Sacro-coccygeal tumours. Transact. of the royal acad. of med. of Ireland. 1913. Vol. 31. p. 429. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 4. Heft 7. p. 339. (11monatlicher Knabe, Exstirpation.)

39. Klein, G., Myom im Septum urethro-vaginale, Tumor des Wolffschen Ganges (?). Dem. Münchn. gyn. Ges. 26. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1221. (Mikroskopisch nur glatte Muskulatur, keine Drüsen.)

40. Kober, C., Zur Lehre der gliomatösen Neuroepitheliome der Steissgegend. Inaug.-Diss. Strassburg 1913.

41. Koch, L., Dermoide des Beckenbindegewebes. Inaug.-Diss. Greifswald.

42. Koester, F. W. H., Über sakro-coccygeale Geschwülste. Inaug.-Diss. Kiel 1913.

43. Kohler, Bernhard, Aktinomykose des Bauchfells, zugleich ein Beitrag zur Frage der primären Genitalaktinomykose. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 15. Heft 1. p. 146. (B. Kohler beschreibt eine Aktinomykose. Die 33jährige XIIpara klagt seit drei Monaten über Schmerzen in der linken Seite und im Bein. Periode seither schwächer. Vor acht Wochen war ein Bauchdeckenabszess eröffnet worden. Gegenwärtig eine harte, sehr schmerzhafte Infiltration; Haut verschieblich, nicht gerötet. Zwei Fisteln. Genitale: Lage des Uterus zweifelhaft. Rechtes Parametrium frei. Links hartes, sehr schmerzhaftes Infiltrat bis zur Beckenwand. Hintere Vaginalwand vorgewölbt. Inzision, Eröffnung mehrerer Herde in den Bauchdecken. Bei neuerlicher Untersuchung in Narkose Uterus retroflektiert, beiderseits daumendicker Strang zur Beckenwand. Die Aktinomykose kann auch histologisch noch nicht sichergestellt werden. Drei Wochen nach der Inzision Abortus. Später Milztumor. 3½ Monate nach der Operation werden in einem Abszess über dem linken Trochanter Aktinomyzesdrusen nachgewiesen. In der Folge Kachexie, äusserste Anämie (10% Sahli Hb). Exitus einen Monat später. Sektion: Grosser subphrenischer Abszess, zahlreiche kleine Abszesse zwischen den Darmschlingen, in der Leber; grosser Milzabszess, der in die Milzvene übergeht. Apfelgrosses Infiltrat im linken Parametrium, mit zahllosen Gängen, Abszessen, mit zähschleimigem, gelblichem Inhalt. Mehrfach drohende Perforationen ins Rektum. Linkes Ovarium nicht aufzufinden. — Von histologischen Befunden werden speziell die aus der Leber und aus dem Parametrium beschrieben. In letzterem finden sich im fibrillären Bindegewebe in überreichlicher Anzahl Abszesse. Drusen in sehr grosser Anzahl, oft bis zu fünf in einem Schnitt. Ein wesentlicher Unterschied gegenüber den Leberabszessen besteht darin, dass die Abszesswand von einem Wall von Plasmazellen und grossen Rundzellen gebildet wird, dem sich dann das zellarme fibröse Bindegewebe nach aussen anschliesst, welches zum Teil deutlich hyalin verdickt ist. — Die Pilze wuchsen streng anaerob auf Aszitesagar. — Bei der Besprechung des Infektionsweges schliesst Kohler den Darm und die Haut aus dem anatomischen Befund und dem klinischen Verlauf aus. Auch für embolischen Ursprung des parametranen Prozesses spricht nichts. Alles deutet darauf hin, dass der letztere der primäre Herd war. Man muss eine Infektion vom Genitale aus annehmen.)

44. Kouwer, Kleines Fibrom des Ligam. ovarii propr. Nederl. gyn. Vereeniging. 30. Nov. 1913. Utrecht. Ber. Gyn. Rundschau. Bd. 8. Heft 10. p. 385. (Diagnose hatte zwischen Pyosalpinx und Ovarialgeschwulst geschwankt.)

45. Kotzulla, O. H., Zur Chirurgie der tiefen Beckendrüsen. Inaug.-Diss. 1913. (Vgl. Jahresber. f. 1912. I. p. 68.)

46. Kreutzmann, Henry J., A case of extraperitoneal, intraligamentous dermoid cyst and pregnancy. California state Journ. of Med. Vol. 12. p. 194. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 10. p. 486. (28jährige IIpara. Zufälliger Befund Ovarialzyste bei Schwangerschaft im vierten Monat, ohne Beschwerden. Laparotomie. Enukleation.)

47. Law, A. A., Über ventrale Tumoren des Sakrums. Surg., Gyn. and Obst. 1913. Vol. 17. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 187. (Kaiserschnitt wegen des Beckentumors. Da derselbe per laparot. nicht entfernt werden konnte, später Exstirpation nach Resektion des Kreuzbeines. Tumor besteht aus zwei Teilen: einem grösseren aus lockerem Bindegewebe mit eingelagerten Nestern von embryonalen Zellen, und einem kleineren aus Ganglienzellen bestehenden. — Literatur.)

48. Laws, George M., Cystic fibrosarcoma of the ovary and broad ligament resembling pregnancy. Amer. Journ. of Obst., Dis. of Women and Childr. Bd. 69. Nr. 6. p. 1038. (Aufklärung durch Röntgenbild.)

49. Léo, Lipome sous-péritonéal pariétal. Soc. des chir. de Paris. 20 Mars. La Presse méd. Nr. 27. p. 259. (15jähriges Mädchen. Exstirpation eines 5 kg schweren Lipoms, welches drei Viertel der Bauchhöhle eingenommen hatte und an den Iliakalgefässen fixiert war. Der Tumor ist wahrscheinlich angeboren, da die Operation schon im Alter von neun Monaten beabsichtigt war. Vorläufige Heilung.)

50. Leuret, Fibrome du ligament large, bilobé. Soc. des chir. de Paris. 20 Mars. La Presse méd. 4 Avril. Nr. 27. p. 259. (In der Furche zwischen den beiden Lappen die Arteria uterina.)
51. Lexer, Karl, Pfählungsverletzungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. p. 654. (Lexer führt sieben typische Pfählungen [des Unterleibes] auf, darunter fünf extraperitoneale und vier atypische. Hier interessiert vor allem Fall 5: 16jähriges Dienstmädchen fällt vom Heuschober und spiesst sich vom Damm aus den Heugabelstiel in den Leib. In einem Krankenhaus wird daraufhin operiert, da aus der Vagina Kot abgeht. Seither normale Stuhlentleerung. Nach einiger Zeit Fieber, Resistenz in der linken Bauchhälfte, sehr schmerzhaft; Fluktuation. Inzision über dem Ligam. Pouparti. Es entleert sich viel übelriechender Eiter. Die Bauchhöhle wird nicht eröffnet. Tamponade, Heilung. — Von den übrigen „typischen“ Fällen [alle bei Männern] ist einer am sechsten Tag einer Nachblutung erlegen.)
52. Macrez, Tonicité utéro-pelvienne. Son exploration, son importance. Presse méd. Nr. 3. p. 28. (Allgemeines über Tonus des Uterus, Hyper-, Hypo- und Atonie, Diagnose und Behandlung.)
53. Marcinczyk, G. A., Beitrag zur Klinik und Anatomie der retroperitonealen Myome. Inaug.-Diss. Strassburg 1913.
54. Meyer, Justinus, Ein Lymphangiofibroendothelioma cysticum retroperitoneale. Inaug.-Diss. Jena.
55. Niedermayer, Otto, Über reflektorische Anurie. Inaug.-Diss. München 1912. (Nach Totalexstirpation wegen Myoms schwere Infektion der Parametrien; dadurch wochenlange Störung der Nierentätigkeit, als reflektorisch aufgefasst, ohne organische Läsion der Niere. Heilung durch Nierendekapsulation.)
56. Opitz, Liposarkom. Med. Ges. Giessen. 3. März. Deutsche med. Wochenschr. p. 1499. (Tumor im Beckenbindegewebe, Lipom und Sarkom. Ausgang Adhäsionen oder Appendices epiploicae.) (J. Veit.)
57. Peiper, Das sog. Cladosche Ligament. Appendizitis und Salpingooophoritis dextra. Inaug.-Diss. Greifswald.
58. Orthmann, Die Anwendung des Ichthyanats in der Gynäkologie. Der Frauenarzt. Nr. 3.
59. Polano, O., Die Behandlung der Entzündungen der Adnexe und des Beckenbindegewebes. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 15. p. 673. (Sammelreferat, vorwiegend über Behandlung der Adnexerkrankungen.)
60. Radomski, Zur Kasuistik von gigantischen intraligamentösen Fibromyomen. Prakt. Wratsch. 1912. Nr. 20. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 339. (Geschwulst war 24 kg schwer. Uterus ganz normal. Der Tumor als primär im Beckenbindegewebe entstanden aufgefasst.)
61. Richter, Hans, Innervation der Musculi glutaeus profundus, obturator int., gemelli, quadratus femoris bei Pferd und Rind. Anat. Anz. Bd. 45. Nr. 16—17. p. 417.
62. Rosner, Die Kystoskopie im Dienste der Diagnose und Indikationsstellung bei Parametritis purulenta. Krakauer gyn. Ges. 28. Jan. 1913. Ber. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 306. (Puerperaler Prozess im Lig. lat. sin. und antecervikal. Bullöses Ödem an umschriebener Stelle, als Vorbereitung zum Durchbruch aufgefasst. Inzision von der Scheide aus.)
63. Roy, J., Fibrome oedémateux du ligament large avec poche liquide simulant un pyosalpinx. Ann. de gyn. II Série. Tome 11. p. 298. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Jg. 89. Nr. 3. p. 103. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 5. p. 207. (45jährige Nullipara mit starken Blutungen seit drei Monaten. Kindskopfgrosser fluktuierender Tumor links neben dem vergrösserten weichen Uterus. Operation: innerhalb des Ligamentum latum ein ödematöses Fibrom, das im hinteren Abschnitt eine orangegrosse Höhle mit brauner sirupartiger Flüssigkeit aufwies. Ausserdem kleines Fibroma colli uteri.)
64. Sabadini, Ver lumbricoide dans un phlegmon du ligament large des suites de couches. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. II. Nr. 9. p. 787. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 4. Heft 13. p. 613. (Zwei Tage nach Eröffnung des Abszesses im Drainrohr ein Ascaris gefunden. Bei der späteren Laparotomie eine Darmschlinge mit dem linksseitigen Adnextumor fest verwachsen.)
65. Schickele, G., Klinische und topographisch-anatomische Studien über Cervixmyome. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3.

66. Schmidseder, Max, Über primäre Beckenknochensarkome (mit einer Zusammenstellung von 178 Beckensarkomfällen aus der Literatur und einem selbstbeobachteten Fall). Inaug.-Diss. München.

67. Sencert, L., Le traitement du varicocèle tubo-ovarien par la résection veineuse intraligamentaire. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Janv.

68. Squier, J. Bentley, Rectovesical echinococcus cyst. Ann. of Surg. Vol. 59. Nr. 3. p. 396. (35jähriger Mann, stark abgemagert. Harndrang, Schmerzen in der Glans penis. Enorm ausgedehnte Harnblase. Kystoskopie unmöglich. Durch Kystotomie Entleerung von 2—300 Echinokokkenzysten. Drainage. Tumor im rechten Epigastrium. Inzision: Echinokokkenzyste der Leber. Da sich noch andauernd aus der Blase Zysten entleeren, wurde in dritter Operation das Peritoneum eröffnet. Entfernung einer kleinen Zyste des Netzes. Im Trigonum vesicae eine Öffnung, welche in eine grosse, zwischen Blase und Rektum liegende Zyste führt. Inzision vom Damm aus, Vernähung der Zystenwand mit der Haut, Ätzung mit Karbolsäure. Naht der Blasenöffnung bis auf eine kleine Lücke für ein perineales Drain. Heilung.)

69. Szymanowicz, Vereiterung der Symphyse nach der Geburt. Gyn. Ges. in Krakau. 11. Nov. 1913. Ber. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 308. (Eine Woche nach Spontangeburt Anschwellung oberhalb der Symphyse bemerkt. Fieber durch einen Monat. Operation 6½ Wochen p. p. Es fanden sich die Knochenenden usuriert.)

70. Taussig, F. J., Über das Sarkom des Ligamentum rotundum uteri. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1528. (Kindskopfgrosser solider Tumor des rechten Lig. rot., vor der Operation für Ovarialtumor gehalten. Spindelzellensarkom. In der Literatur unter 141 Fällen von Tumoren des Lig. rot. nur fünf Sarkome.)

71. Tédenat, Sur les fibro-myomes du col de l'utérus. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Tome 3. Nr. 4. p. 316. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 10. p. 464. (Auf 390 Korpusmyome kommen 12 Cervixmyome, davon 10 solitäre. Vier waren nach vorn, fünf seitwärts ins Ligamentum latum, drei nach dem Douglas entwickelt. Gewicht 1800—3100 g. In einem Fall hat das verkalkte Myom die Blasenwand bis auf die Mukosa usuriert.)

72. Thiers, E., Ecrasement de la région périnéo-pubienne chez une fillette de quatre ans et demi. Fracture du bassin. Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale. Journ. de méd. de Paris. Tome 34. Nr. 14. p. 273. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 4. p. 161. (Zertrümmerung des rechten Schambeinastes durch Überfahrenwerden. Schwere Wunden am Damm; Scheide, Blase, Rektum unverletzt. Debridement, teilweise Naht, Tamponade der prävesikalen Wunde und der Vagina. Langsame Entfieberung, Heilung. Kann nach 5½ Monaten gut gehen. Vagina scheint nicht atretisch geworden zu sein.)

73. Tourneux, J. P., et Fabre, Kyste dermoide parovarien dégénéré. Arch. méd. de Toulouse. Jg. 21. p. 83. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 5. Heft 11. p. 507. (Krebsige Dermoidzyste im Lig. latum, bei Vorhandensein normaler Eierstöcke. Vermutlich Abstammung vom Wolffschen Körper. Gegen Herkunft von einem abgesprengten Ovarium spricht das Fehlen von Ovarialgewebe.)

74. Wagner, G., Über tödliche postoperative Embolien. Inaug.-Diss. Strassburg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1405. (Unter 22 tödlichen postoperativen Embolien konnte als Ausgangspunkt neunmal [40,9%] die Kruralvene, achtmal [36,4%] Beckenvenen, zweimal Kombination beider festgestellt werden; in zwei geburtshilflichen Fällen auch die Beckenvenen.)

75. Wolff, Auf Nachbarorgane übergreifende Adenomyome. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 14. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 580. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Heft 20. p. 737. (Zwei Fälle. Retroflexio, im hinteren Scheidengewölbe kleinapfelgrosser, mit Cervix und Rektum zusammenhängender Tumor. Bei der Totalexstirpation wurde in einem Falle die Mukosa des Mastdarmes freigelegt, im anderen sogar eröffnet. — Mikroskopisch Drüsenzüge von der Korpusschleimhaut bis zum Rektum. Sie sind bestimmt nicht bösartig. Als Ausgangspunkt kommen Serosa und Uterusmukosa in Betracht, ferner heterotope Adenomyome. — Wie weit man die Operation auszudehnen hat, ist noch strittig. Der eine Fall ist rezidiviert [unvollständige Operation] und ist danach ohne wesentlichen Erfolg bestrahlt worden.)

76. Zaccarini, Giacomo, Considerazioni chirurgiche sopra tre casi di ascessi retroperitoneali. Clin. chir. 1913. Jg. 21. Nr. 12. p. 2581. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 4. Nr. 12. p. 579. (Drei Fälle; einer tuberkulös, einer nach Appendizitis, einer genetisch unklar.)
77. Zawacki, Stanislaus, Vier Fälle von Gefässnaht bei der abdominellen Uterusexstirpation. Inaug.-Diss. Berlin.

VII.

Vagina und Vulva.

Referent: Prof. Dr. Ludwig Knapp.

Vagina.

1. Affektionen des Hymen, Bildungsfehler der Scheide, angeborene und erworbene Gynatresien.

1. Abadie, Nouveau cas de vagin artificiel par transplantation intestinale. Rev. gin. Tome 16. p. 1.
2. Albrecht, P., Über plastischen Ersatz der Vagina bei angeborenem Defekt derselben. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122. Heft 3 u. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
3. Anderes, E., Bildung einer künstlichen Vagina. Hegars Beitr. Bd. 19. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
4. Bahr, J., Die operative Behandlung bei Aplasie der Scheide unter Mitteilung einer neuen Modifikation. Diss. Greifswald.
5. Bauer, Hämatokolpos und Hämatometra. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin, 22. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 10. Heft 5.
6. Berry, Hart, Note on Dr. Gamells and Prof. Patersons case of duplication of bladder, uterus, vagina and vulva. Journ. of Obst. and Gyn. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
7. Best, N. D., Schwangerschaft bei unperforiertem Hymen. Brit. med. Journ. May. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
8. Blair Bell, Further investigations into the chemical composition of Menstrual fluid and the secretions of the vagina as estimated from the analysis of haematocolpos fluid together with a discussion of the clinical features associated with haematocolpos and a description of the character of the obstructing membrane. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 21. p. 209. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
9. Boerma, Zwangerschap en geboorte bij sterk uitgesproken hypospadie der vrouw. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Nr. 11. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 17.
10. Boldt, H. J., Künstliche Vagina durch intestinale Transplantation. Southern. Surg. and Gyn. Assoc. Dec. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
11. — Zwei Fälle von kongenitalem Scheidenmangel. New York Acad. of Med. Jan. 27. Ref. Med. Record. Bd. 85. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
12. — Bericht über zwei Fälle von künstlicher Scheidenbildung durch Transplantation von Darm. Amer. Journ. of Obst. March. (Herabziehen einer gut mobilisierten Schlinge der Flexur. Gutes Dauerresultat.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
13. Bouain, Vollständiger Mangel der Vagina, Hämatometra und doppelseitige Hämatosalpinx. Ginec. 1913. Nr. 13. Zentralbl. 1913. p. 1639. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
14. Bourand, de, Abscence du vagin. Sem. méd. 1911. p. 476. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.

15. Bovis, de, La réfection du vagin absent au moyen d'une anse intestinale. Sem. méd. 1911. p. 157. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
16. Broccha, Bildung einer künstlichen Scheide usw. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Tome 8. Nr. 4. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
17. Buist-Valentine, Carcinoma in a double uterus (uterus septus bicollis with vagina duplex). The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
18. Bumm, Ersatz der fehlenden Scheide aus dem Dünndarm. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 1911. 8. Dez. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
18a. Cohn, F., Missbildungen des weiblichen Urogenitalapparates. Sammelbericht von F. Cohn. Gyn. Rundschau. Heft 7.
19. Dieulafé, Hématométrie et hématocolpos par abscence partielle du vagin. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse 4 Févr.
20. Divavine, Un cas d'absence du vagin et de l'utérus. Prakt. Wratsch. 1911. 31. Juli. Ref. Sem. méd. 1911. p. 571. Gyn. Rundschau. Heft 21.
21. Dordu, Uterus avec vagin double. Soc belge de gyn. et d'obst. 6 Déc.
22. Drummond, A cure of haematocolpos etc. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. XXII. p. 304. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
23. Engelmann, F., Wozu bedarf der Gynäkologe allgemeiner chirurgischer Kenntnisse? Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
24. Flael, Bemerkungen zu der Schubertschen Scheidenbildung usw. Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 771. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
25. Fournier, Narbige Atresie der Vagina. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Juillet 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
26. Franqué, O. v., Über Spaltbecken. Zugleich ein Beitrag zur Verdoppelung der inneren Genitalien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 1.
27. — Seltene Missbildung der (inneren) Genitalien. Gyn. Rundschau. Heft 6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
28. v. Genserich, Siehe unter Vulva 1.
29. Gonnet-Bung, Sagittales Scheidenseptum als Geburtshindernis. Soc. d'obst. de Lyon. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 1545. Gyn. Rundschau. Heft 21.
30. Gray, F. D., Das Problem der grossen Beckenhernie beim Weibe. Amer. Journ. of Obst. etc. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
31. Grégoire, Technik der Operationen zur Schaffung einer künstlichen Scheide. Arch. gén. de chir. 1912. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 517. Gyn. Rundschau. Heft 21.
32. Grousdef, V., Sur l'atrésie de l'anus vaginal. La Gyn. Nov. 1913. Nr. 11
33. Hausmann, M., Zur Klinik der Doppelmissbildungen des weiblichen Genitale. Diss. München.
34. Herrmann, Die klinische Bedeutung der Veränderungen am weiblichen Genitale beim Status hypoplasticus (Bartel). Gyn. Rundschau. Heft 21. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
35. Huismann, Über Infantilismus. Rhein.-westfäl. Ges. f. inn. Med. 17. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
36. Josephson, Aplasia vaginae cum haematometra. Svensk. Läkar. Handling. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2.
37. — Ein Fall von Aplasia vaginae cum haematometra. Gyn. Rundschau. 1913. p. 303. Heft 21.
38. Juvara, De la création d'un vagin dans les cas d'absence congénitale etc. Rev. de gin. Tome 18. p. 465. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
39. Kamann, Cystadenoma ovarii, Haematokolpos und Hämatometra. Med. Ges. Magdeburg, 26. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38.
40. Kaplan, Angeborener Defekt der Vagina. Diss. Berlin 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 101. Gyn. Rundschau. Heft 21.
41. Kemnitz, v., Der asthenische Infantilismus des Weibes. Diss. Leipzig 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
42. Kerr, J. M., Die operative Behandlung von Missbildungen des Uterus und der Vagina. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
43. Klaatsch, Das Problem des menschlichen Hymen. Gyn. Ges. in Breslau, 26. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 332, 414. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.

44. Klotz, R., Ein Fall von Acardiacus anencephalus mit partiellem Defekt beider Müllerscher Fäden. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3.
45. Koch, Die gegenwärtigen Anschauungen über den Infantilismus. Wiss. Vereinig. am städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M. 3. März.
46. Kraus, Emil, Demonstration eines Falles von Hämatokolpos und Hämatometra ex atresia vaginali. Ärztl. Verein in Brünn. 15. Dez. 1913. Ref. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 15. p. 451. (18 Jahre alt, nie menstruiert. Kindskopfgrosser Tumor, Uterus deutlich erkennbar, Vagina für den Finger durchgängig, in der Höhe der Endphalange ein narbiger Verschluss. Operation: vaginal.) (Heimann.)
47. Kreiss, Ph., Anus urethralis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3.
48. Kroemer, Die plastische Neubildung der Scheide usw. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
49. Lange, Doppelbildungen der Gebärmutter und Scheide. Med. Ges. zu Magdeburg, 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
50. Lauweris, Création d'un vagin artificiel avec transplantation vaginale de l'intestine grêle suivant la méthode de Baldwin. Acad. de méd. de Belgique. 25 Janv. 1913. Ref. Sem. méd. 1913. p. 60. Gyn. Rundschau. Heft 21.
51. Mc Cann, Hämatometra und Hämatosalpinx mit Fehlen der Scheide. Roy. Soc. of Med. Oct. 5. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. 1913. p. 910. Heft 21.
52. Markus, M., Scheidenplastik aus dem Rektum bei angeborenem Scheidendefekt. Diss. Leipzig.
53. Marquis, E., Behandlung der falschen Einmündungen des Rektums. Gyn. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
54. Marshall, Fall von Uterus bicornis etc. (Querverlaufende Scheidenmembran.) Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
55. Mauwaring-White, Schwangerschaft bei inperforiertem Hymen. Brit. med. Journ. March. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
56. Meda, La distocia da sepimento transversale della vagina. L' arte ostetr. XXVIII. Nr. 2.
58. Novak, J., Über den Einfluss der Nebennierenausschaltung auf das Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 1.
59. Oberndorfer, Uterus septus cum vagina septa. Münchn. gyn. Ges. 18. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
60. Pampolini, Atresia vaginalis totalis etc. Ginec. Nr. 17. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1639. Gyn. Rundschau. Heft 21.
61. Papanicol, Bildung einer künstlichen Vagina aus dem Dünndarm. Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 1021. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
62. Pietkiewicz, Siehe unter Vulva 1.
63. Pollak, M., Kloakenmissbildung usw. Diss. München.
64. Pozzi, De la création d'une cavité vaginale par la méthode autoplastique dans les cas d'absence congénitale. Rev. de gin. et chir. Tome 17. p. 97. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
65. Preskott, Occlusion of the lower part of the vagina etc. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 20. p. 186. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
66. Prochownik, Siehe unter Vulva 1.
67. Puppel, Ausmündung des rechten Ureters in das rechte Scheidengewölbe bei einer 20jährigen Virgo intacta. Ärztl. Kreisverein Mainz. 20. Jan.
68. Quence, Réfection du vagin avec une anse intestinale. Soc. de chir. 12 Mars. 1913. Sem. méd. 1913. p. 141. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
69. Ritter-Smith, G., Uterus duplex cum vagina bipartita. New York med. Journ. Vol. 99. Nr. 20. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
70. Romney, Formation of an arteficial vagina by transplantation of a portion of the ileum (Baldwins operation). Lancet. II. p. 1059. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
71. Rosenstein, Uterus duplex, Vagina duplex; Hämatokolpos. Gyn. Ges. zu Breslau. 28. Okt. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.
72. Ruge, C., Über Gynatresien in der Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19.
73. Ruge, E., Ersatz der Vagina durch die Flexur mittelst Laparotomie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
74. Russel, A., Haematometra with absence of the upper part of the vagina. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. p. 106.

75. Schubert, Concerning the formation of a new vagina in the case of congenital vaginal malformation. Surg. Gyn. and Obst. XIX. Nr. 3.
76. — Vaginaldefekt und Scheidenbildung aus dem Mastdarm. Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 1109. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
77. Scott, Sectio caesarea in double uterus and double vagina. Transact. of Amer. Soc. of Obst. and Gyn. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 519. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
78. Sénéchal, Absence congénitale de vagin. Création d'un vagin artificial par greffe d'une anse intestinale. Gaz. des hôp. Nr. 82. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.
79. Simons, F. A., Eventration in Kombination mit verschiedenen anderen Missbildungen. Gyn. Rundschau. Heft 10.
80. Skutsch, Scheidenseptum. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. 15. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
81. Stauffenberg, v., Über Begriff und Einteilung des „Infantilismus". Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5.
82. Stöckel, Über die Bildung einer künstlichen Vagina. Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 7. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
83. Sselitzsky, S. A., Eine Geburt nach Operation des Anus vulvaris. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 595. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
84. Strassmann, P., Über den Ersatz der fehlenden Scheide durch Implantatio recti. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 14. Nov. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. Gyn. Rundschau. Heft 21.
85. Weiss, Siehe unter Vulva 1.
86. Zabowroski, Stenose der Vagina. Przegl. chir. i gin. Bd. 4. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. 1912. p. 199. Gyn. Rundschau. Heft 21.

2. Lageveränderungen der Scheide. Plastische Operationen.

1. Abramowitsch, Vernähung der vorderen und hinteren Vaginalwand als Operationsmethode bei Prolaps. Fünfter Russ. Gyn.-Kongress.
2. Ach, A., Pathogenese und Therapie des Prolapsus ani. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44.
3. Albrecht, H., Siehe unter 6.
4. Altkaufer, Prolapsus recti etc. bei dreijährigem Mädchen. Przegl. chir. i gin. Bd. 9. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11.
5. Asch, Ein neues Ventilschutzpessar. Wiener med. Wochenschr. Nr. 29. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40.
6. Beckmann, W., Drei Fälle von Inversio uteri. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
7. Boldt, H. J., Vaginale Fixation oder Interpositio uteri bei Prolaps? New York. Acad. of Med. Febr. 24. Ref. Med. Record. Vol. 85. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
8. Bonney, The sustentacular apparatus of the female Genital canal. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. June. p. 330.
10. Brandt, Kr., Genitalprolaps. Tijdskr. for den Norske Laegeforen. 1913. p. 879. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
11. Braithwaite, L. R., and W. Craig, Hernia of the Uterus, Vagina and Fallopian Tubes in a Bog. Brit. med. Journ. July 25. p. 176. (Pseudohermaphrodit. Starke Entwicklung eines Uterus masculinus neben beiderseits nachgewiesenen Hoden. Ovarien fehlen.)
12. Clauss, E., Über Dauererfolge der Schauta-Wertheimschen Prolapsoperation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48.
13. Cramer, H., Beiträge zur Radikaloperation des Prolapses. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
14. Crossen, H. S., Operative Behandlung langbestehender Uterusinversion. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
15. Davidsohn, L. K., Zur chirurgischen Behandlung der Uterusprolapse. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 1163. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.

16. Delassus, Exohystéropexie ou suspension de l'utérus en hamac, comme traitement des prolapsus génitaux. Réun. Obst. et Gyn. de Lille. 27 Déc. 1913.
17. Deppe, Siehe unter 6).
18. Diskussion über Behandlung des Prolapses. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
19. Doldi, Ein neuer einfacher Retentionsapparat bei Senkung und Vorfall des Uterus und der Scheidenwände. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
20. Drew, D., Prolapsus uteri et recti. (Kasuistik.) Lancet. Vol. 2. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.
21. Ellermann, Zur Therapie des Mastdarmvorfalles. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 7. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4.
22. Fabricius, Siehe unter 4).
23. Fikentscher, A., Über die Erfolge der Ventrifixur und Vaginifixur beim Genitalprolaps. Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
24. Gitelson, Siehe unter 1).
25. Hadden, D., Anatomie des weiblichen Beckens und ihre Bedeutung für den Prolaps. Amer. Journ. of Obst. etc. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
26. Halban, Siehe unter Vulva 1).
27. Halden, F. C., Ursachen des Misserfolges der Retropositionsoperation des Uterus. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 7.
28. Jacobs, Le Prolapsus génital. Soc. belge de gyn. et d'obst. 3 Jany. Bull. de la soc. belge de gyn. XXIV. Nr. 8.
29. Kendirdiy, L., Technik der Lokalanästhesie bei der Kolpoperineorrhaphie. Presse méd. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.
30. Keyes, A. B., Der Beckenboden, Rektocele, Cystocele usw. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women. Sept. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
31. Köhler, Siehe unter 5).
32. Latzko, Siehe unter 4).
33. Leonard, The post-operative results of trachelorrhaphie in comparison with those of amputation of the cervix. Surg. Gyn. and Obst. Vol. 18. Heft 1.
34. Madschuginski, A. S., Über operative Behandlung der chronischen Gebärmutterumstülpung. Med. Obosren. 1912. 9. Ref. Gyn. Rundschau. Nr. 9.
35. Maresch, R., Präparat nach Interposition des Uterus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. Gyn. Rundschau. Heft 16.
36. Martin, Demonstration eines Prolapsbeckens. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 11. Juli 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
37. — E., Der Genitalprolaps. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6.
38. — Prolaps des Uterus. Journ. Amer. med. Assoc. 1913. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
39. Nadory, B., Fascia lata-Implantation zur Heilung des weiblichen Genitalprolapses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.
40. v. Neugebauer, Hysterokolposynthesis cruenta posterior usw. Sitzungen der Warschauer gyn. Ges. Bd. 8. Heft 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11.
41. Novak, The surgical treatment of complete procidentia of the uterus. Surg. Gyn. and Obst. XIX. Nr. 3.
42. Oberndorfer, Siehe unter 5).
43. Oliva, A., Technische Modifikationen der Vaginalhysterektomie bei Prolaps. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52.
44. Parsamoff, Über die operative Behandlung von Vaginal- und Uterusprolapsen nach Bumm. Fünfter Russ. Gyn.-Kongress.
45. Pini, Un caso di inversione cronica dell' utero. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
46. Radwanska, v., Prolapsus uteri in virgine. Krakauer gyn. Ges. 28. Jan. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 8.
47. Ribbius, Über das Keulenpessar von Menge. Nederl. gyn. Vereenig. zu Amsterdam. 30. Nov. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 10.
48. Schindler, Zur operationslosen Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalles. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.
49. Schubert, G., Die Verwertung der freien Faszientransplantation zur Heilung des Totalprolapses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.

50. Sigwart, Prolaps bei Uterus bicornis bicollis. Demonstr. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 13. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
51. Sippel, Eine neue Operationsmethode des Invaginationsprolapses des Mastdarmes der Frau. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
52. Steffeck, P., Beitrag zur Operation der Incontinentia urinae und der grösseren Genitalprolapse. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9.
53. Stocker, Beitrag zur Geburtsleitung bei totalem Descensus vaginae. Gyn. Helvet. Frühjahrsausgabe. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
54. Uberet, Ovarialtumor und Schwangerschaft. Incontinentia urinae et Prolapsus vaginalis. Gyn. Helvet. Frühjahrsausgabe.
55. Wade, H. A., Neue Methode der Kolpoperineoplastik (in 140 Fällen). Med. Record. 1913. Nr. 21. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.
56. — Endresultate der Operationen bei Verlagerungen von Uterus, Blase und Rektum. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Sept. Ref. Med. Record. 17. Okt.
57. Ward, G., Eine Operation zur Heilung der Rektocele und Wiederherstellung der Funktion des Beckenbodens. Surg. Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
58. Wertheim, E., Zur Technik der Interpositio uteri beim Prolaps. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19.
59. — Die Suspension der Portio vaginalis an den Sakrouterinligamenten. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.
60. Windisch, E., Vergleich der Schautaschen und Dührssenschen Vaginaefixation. Gyn. Ges. in Budapest, 24. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
61. Worall, R., Operation gegen Urininkontinenz. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.

3. Neubildungen der Scheide, Zysten.

1. Ahlström, Ein Fall von Myoma vaginae. Gyn. Rundschau. 1913. p. 264. Svensk. Laekar. Handling. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2.
2. Allmann, Die unblutige Karzinombehandlung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.
3. Amann, Fibrome der Vagina. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1911. Nr. 33. p. 243. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
4. Barkley, Fibroid tumors of the vagina. Surg. Gyn. and Obst. Nov. 1911. Ref. Revue de gyn. Tome 19. p. 275. Gyn. Rundschau. Heft 21.
5. Belgrano, Considerazioni sopra un caso di cisti della vagina da Residui del corpo di Wolff. La Rassegna di ost. e gin. 1909. Nr. 12. Ref. Gyn. Rundschau. 1911. p. 440 Gyn. Rundschau. Heft 21.
6. Beule, de, Considération au sujet du cancer primitiv du vagin et de son traitement. Acad. Royal. de méd. Belg. Sept. 1910. Ref. Rev. gin. et chir. Tome 16. p. 256. Gyn. Rundschau. Heft 21.
7. Bickel, A., Moderne Radium- und Mesothoriumtherapie. Hirschwald, Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
8. Bortkiewitsch, Adenomyome des weiblichen Genitaltraktus. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42.
9. Bossi, Beitrag zur Kasuistik der Vaginalzysten. Arch. ital. de gin. 1913. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 862. Gyn. Rundschau. Heft 21.
10. Braude, J., Zur Technik der Mesothorium-Therapie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2.
11. — Zur Behandlung des Karzinoms der weiblichen Genitalien mit Mesothorium. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.
12. Bumke, E., Epitheliale Neubildung im rektogenitalen Zwischengewebe beim Weibe. Ein Beitrag zur Pathologie des Gärtnerschen Ganges. Diss. Berlin.
13. Bumm, Weitere Erfahrungen über Karzinombestrahlung — Lazarus, Stand und neue Ziele der Radium-Mesothoriumtherapie. Berl. med. Ges. 7. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 2.
14. Bungart, Verschiedenartige Karzinome mit Radium behandelt. Allg. ärztl. Verein zu Köln, 16. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.

15. Calmann, Scheidenkarzinom. Demonstr. Geb. Ges. zu Hamburg, 13. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 563.
16. Caturani, M., Chorionepithelioma uteri mit vaginalen Metastasen. New York. Acad. of Med. Dec. 23. 1913. Ref. Med. Record. Vol. 85. Nr. 12. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
17. Cheranu, Ein Ganglion lymphaticum im Septum rectovaginale bei gleichzeitigem Bestehen einer Vaginalzyste, eine zweite Zyste vortäuschend. Soc. anat. de Paris 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 426. Gyn. Rundschau. Heft 21.
18. Cullen, Th. S., Adenomyoma of the rectovaginal septum. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. p. 835. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
19. Cuzzi, Contributo allo studio delli cisti vaginali in rapporto alla loro genesi. Annal. di ost. e gin. 1910. Nr. 1. Ref. Gyn. Rundschau. 1912. p. 534. Gyn. Rundschau. Heft 21.
20. Dirner, Ein operativer Fall von Carcinoma vaginae. Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 583. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
21. Döderlein-Seuffert, Unsere weiteren Erfahrungen mit der Mesothoriumbehandlung des Karzinoms. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5.
22. Edelberg, K., Zur Ätiologie des Scheidenkrebses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7.
23. — Eziologia del cancro della vagina. (Bei jahrelang gelegenem Pessar.) Gaz. ital. delle levatrici. Nr. 8.
24. Egli, F., Über Multiplizität von Geschwülsten. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 15. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19.
25. Falk, Primäres Scheidenkarzinom bei einem 19jährigen Mädchen. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, 24. Febr. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
26. Fergusson-Young, Simple papillomata removed from vaginal wall after vaginal hysterectomy for cervical cancer. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 20. p. 124. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
27. Fischer, Scheidenzyste als Geburtshindernis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. Heft 4. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
28. Flaischlen, Über Implantationsrezidiv der Vagina. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 70. p. 899. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
29. Fleischmann, Scheidentumor. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 9. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. Gyn. Rundschau. Heft 12.
30. Forsell, Behandlung bösartiger Geschwülste mit Radium. Svensk. Laekar. Handling. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2.
31. Freund, H. W., Die therapeutische Verwendung von Radium und Mesothorium. Strassburg. med. Zeitg. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
32. Gauss, Klinische Erfahrungen mit der Radium- und Mesothoriumbehandlung bösartiger Geschwülste. Ärztl. Verein zu Marburg, 21. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 22.
33. Glaser, W., Das primäre Carcinoma vaginae und die Entwicklung der dabei geübten Operationsmethoden. Diss. Tübingen.
34. Gould, A. P., Radium und Karzinom. Brit. med. Journ. Jan. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
35. Griffith, W. S., Epithelioma of the vagina treated by radium. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2.
36. — Primary epithelioma of the vagina treated by radium. Royal. soc. of med. sect. of Obst. and Gyn. Jan. Ref. Journ. of Gyn. and Obst. of the Brit. Emp. p. 105. Gyn. Rundschau. Heft 21.
37. Gudim-Lewkowitsch, Über zwei Fälle von Zysten des Wolffschen Ganges. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 231. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
38. Guggisberg, Chorioepithelioma mit Metastasen in Vagina und Leber. Gyn. Ges. der deutschen Schweiz. 11. Dez. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
39. Hellier, Perithelioma vaginae et vesicae. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. p. 427. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
40. Henkel, Zur Strahlentherapie in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5.
41. Hirsch, Über Adenom der Vagina. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd 69. Heft 3. p. 742. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
42. Hoehne, Karzinom des hinteren Vaginalgewölbes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 687. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.

43. Hoehne, Über das primäre Adenom der Vagina. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 67. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
44. Hörrmann, A., Chorionepithelioma und Strahlentherapie. Münchn. gyn. Ges. 26. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32, 36. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 5. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.
45. Jacobs, F., Über einige adenomoymatöse Tumoren an den weiblichen inneren Genitalien. Diss. Strassburg 1913.
46. Kossogledow, W., Die unmittelbaren Resultate der Behandlung inoperabler Formen von Uteruskarzinomen und postoperativer Rezidive mit Radium und Röntgenstrahlen. Wratsch. Gaz. Nr. 12, 13. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
47. Keil, G., Technik der Mesothoriumbehandlung bei gynäkologischen Fällen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
48. Kiesselbach, Über Papillome der Vagina. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. p. 404. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
49. Klein, G., Primäre Ergebnisse der kombinierten Karzinombehandlung mit Mesothorium, Röntgenstrahlen und intravenösen Injektionen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3.
50. — Myom im Septum urethro-vaginale, Tumor des Wolffschen Ganges? Münchn. gyn. Ges. 26. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 5.
51. Koblanck, Welche Karzinome eignen sich zur Behandlung mit radioaktiven Stoffen? Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
52 Krönig, Gauss, Krinski, Lembke, Wäthen und Königsberger, Weitere Erfahrungen bei der nichtoperativen Behandlung des Krebses. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15, 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
53. Küstner, Grosses Scheidenkarzinom. Berl. klin. Wochenschr. p. 1486. (Rezidiv mit Rektovaginalfistel intra partum. Porrosche Operation.)
54. — Blasenscheidenfistel; Scheidenkarzinom. Med. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterländ. Kultur zu Breslau. 19. Juni.
55. Küstner-Heimann, Ergebnisse der Strahlenbehandlung der Karzinome. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.
56. Kupferberg, H., Zwei Scheidenfibrome. Ärztl. Kreisverein Mainz, 16. Feb. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.
57. — Radium, Mesothorium und Röntgenstrahlen im Dienste der Gynäkologie. Ärztl. Kreisverein Mainz, 2. Dez. 1913.
58. Kuznitzky, Mesothorium bei Karzinom der Haut und anderer Organe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2.
59. Latzko, Epitheliom der Vagina. Radiumbehandlung. Wiener geb.-gyn. Ges. 20. Jan. Wiener med. Wochenschr. p. 1251. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. Gyn. Rundschau. Heft 16. (Drei Misserfolge.)
60 Lazarus, Stand und neue Ziele der Radium-Mesothoriumtherapie. Berl. med. Ges. 7. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 2.
61. Legueu-Chéron, Heilung eines inoperablen Urethra-Scheidenkrebses durch Radium. Rev. de prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 62. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
62. Lehmann, Vaginal operiertes Scheidenkarzinom, fünf Jahre rezidivfrei. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, 10. März 1911. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
63. Levin, J., Primary Carcinoma of the vagina treated by radium and Roentgen rays. New York Acad. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. May 26. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 477. Med. Record. August 1. (Klinisch geheilt.)
64. Lindquist, Über Operation von Cancer vaginae, besonders dem primären. Upsala Laekar. Handling. Bd. 15. Heft 8. Ref. Gyn. Rundschau. 1911. p. 770. Gyn. Rundschau. Heft 21.
65. Mac Farland, Sarcoma vaginae. Amer. Journ. of the med. scienc. April 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 915. Gyn. Rundschau. Heft 21.
66. Martin, A., Zur Strahlentherapie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3.
67. Meidner, Über moderne Radiotherapie der Geschwülste. Therapie d. Gegenw. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
68. Miller-Gard, Malignant rhabdomyoma of the vagina in children. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 11. p. 391. Amer. Journ. of Obst. Vol. 63. p. 569. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.

69. Mohr, Varixknoten in der Vagina. Gyn. Ges zu Breslau, 15. Nov. 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn 1911. p. 368. Gyn. Runschau. Heft 21.
70. Müller, R., Beitrag zur Kenntnis der Vaginalmyome. Diss. Strassburg. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 511. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
71. Pampini, C., Su alcune particolaritá interessanti di un caso di mola vesicolare. (Chorionepitheliommetastase in der vorderen Scheidenwand.) Gazzetta ital. delle levatrici. Nr. 8.
72. Pankow, Was hat die Strahlentherapie in der Behandlung gutartiger und bösartiger Geschwülste bisher geleistet? Nierderhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. 1. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
73. Pankow, Bericht über 50 bestrahlte Fälle von Uteruskarzinom. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 24. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
74. Partos, Wissenschaftliche Grundlagen der Radiotherapie in der Gynäkologie. Gyn. Helvet. Frühjahrsausgabe.
75. Paucz, Ein auf perinealem Wege mit der Entfernung en bloc des ganzen Genitalapparates und des Rektums erfolgreich operierter Fall von Scheidenkrebs. Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 508. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
76. Pearce, An address on radium an cancer. Brit. med. Journ. Nr. 1. Orvosi Hetilap Gyn. 1912.
77. Peham, Röntgen- und Radiumbehandlung in der Gynäkologie. Med. Klinik. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
78. Peitmann, Zur Technik der Radikaloperation des primären Scheidenkrebses. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 33. p. 56. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
79. Poremski, Primäres Chorioepitheliom der Scheide. Russ. Journ. f. Geb. Bd. 24. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. 1911. p. 325. Gyn. Rundschau. Heft 21.
80. Rapp, Zur Entosylbehandlung maligner Neubildungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
81. Rossels, A., Über die Prognose des primären Scheidenkrebses. Diss. Berlin.
82. Runge, Umfrage über die Bedeutung der Strahlentherapie für die Gynäkologie. Med. Klinik. Heft 1.
83. Schauta, F., Über Radiumbehandlung bei Gebärmutterkrebs. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
84. Schischow, Zur Genese und Histologie der Vaginalzysten. Wratsch. 1911. Nr. 13. Ref. Zentralbl. 1912. p. 158. Gyn. Rundschau. Heft 21.
85. Schottelius, Vaginalkarzinom. Geb. Ges. zu Hamburg, 16. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.
86. Schweitzer, Die bisherigen Erfolge der Mesothoriumbehandlung bei Gebärmutter- und Scheidenkrebs. Med. Ges. zu Leipzig, 26. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32, 34. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.
87. Sellheim, Die Strahlenbehandlung von Geschwülsten. Deutsche med. Wochenschr. Heft 1.
88. Simon, Die Behandlung der inoperablen Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5.
89. Spencer, H., Fibroma of the hymen. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 3.
90. Stemmelen, G., Ein Adenomyom im Septum rectovaginale. Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
91. Stoeckel, Karzinom der hinteren Vaginalwand. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 688. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
92. Stratz, Drei Fälle von Vaginaltumor (Atheromzyste). Gyn. Rundschau. 1913. Heft 1 Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
93. Streit, v., Patientinnen, die mit Mesothorium behandelt wurden. Demonstr. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 24. Mai. Ref. Deutsche Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
94. Stumpke, Siehe unter 4).
95. Theilhaber, A., Die Entstehung des Krebses. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
96. Trya, Sarcoma vaginae. Transact. of the obst. soc. Philadelphia. May 1912. Amer. Journ. of Obst. Vol. 66. p. 647. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
97. Uffreduzzi, Il cistoadenoma papillifero delle vagina e la une probabile origine Wolffiana. La Gin. 1911. p. 717. Ref. Rev. gin. et chir. Vol. 20. p. 109. Gyn. Rundschau. Heft 21.

98. Walthard, Dauerresultate nach Radiumbehandlung von Karzinomrezidiven. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. 11., 12. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
99. — Demonstrationen von Präparaten eines sechs Monate alten Dauerresultates bei einem radiumbestrahlten Karzinom. Wiss. Vereinig. am städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M., 19. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
100. Wanner, Beitrag zur Kasuistik der Vaginalzysten. Zentralbl. f. Gyn. 1912. p. 1083. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
101. Warnekros, K., Über Karzinombestrahlung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6.
102. Weckowski, Radiumbehandlung maligner Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22.
103 Weinbrenner, C., Die Behandlung der Genitalkarzinome mit Mesothorium. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 8. November 1913. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2.
104. — Weitere Erfahrungen in der Behandlung der weiblichen Genitalkarzinome mit Mesothorium. Med. Ges. zu Magdeburg, 29. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
105. Windisch, Geheilter Scheidenkrebs. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins, 22. Dez. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. 1912. p. 918. Gyn. Rundschau. Heft 21.
106. Yamamoto, Über das Fibrom der Vagina. Diss. München 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 368. Gyn. Rundschau. Heft 21.
107. Zweifel, Erfahrungen über Mesothoriumbehandlung. Med. Ges. zu Leipzig, 26. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35.

4. Ernährungsstörungen, Entzündungen der Scheide, Mastdarm-Scheidenfisteln.

1. Abulow-Ovnatamanz, Über die Behandlung gonorrhoischer Eiterungen mit Gonokokkenvakzine. Russ. Zeitschr. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
2. Acebo, A., Die Behandlung der Blenorrhoe mit Santyl-Knoll. Espana med. Nr. 107.
3. Aichel, Die Histologie der Colpitis emphysematosa und ihre Bedeutung für die moderne Krebsforschung. Gyn. Ges. München, 27. Okt. 1910. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 217. Gyn. Rundschau. Heft 21.
4. Allan-Wright, Funktionelle Leukorrhoe. New York. med. Journ. Bd. 99. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
5. Almkvist, J., Von der Behandlung und Heilung der Gonorrhoe des Weibes. Hygiea. Bd. 11. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
6. Arnold, A., und H. Hölzel, Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen bei gonorrhoischen Prozessen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.
7. Arnold, M., Trichomonas vaginalis Donné als Parasit in der Harnblase einer Gravida. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. Heft 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
8. Bar-Lequeux, Antigonorrhoische Vakzinebehandlung. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Déc. 1913. 12 Janv.
9. Barnett, Vulvovaginitis in young children, its control and successfull treatment. Transact. of the New York ac. of Med. Amer. Journ. of Obst. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
10. Bauer, Siehe unter 1).
11. Benthin, Bakteriologische Untersuchungen bei gynäkologischen Erkrankungen. Ein Beitrag zur Frage der Selbstinfektion in der Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.
12. Bericht über die Wirkung des Uranoblen- und der Boluspräparate bei Gonorrhoe des weiblichen Geschlechts. Ärztl. Kreisverein Mainz. 20. Jan.
13. Birnbaum, R., Zur Therapie akuter und chronischer Entzündungen im Bereiche der Genitalorgane. Gyn. Rundschau. Heft 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.

14. Bland, Vaginal drainage. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 26. p. 2027.
15. Böters, Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41.
16. Bollag, Ulcus gummosum vaginae et vulvae. Schweizer Korr.-Bl. 34. (Ein Fall.)
17. Bonanny, Siehe unter 5).
18. Boruchowicz, Die Diplokokken bei Tripper. Russ. Zeitschr. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Heft 2, 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
19. Bruck, Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Med. Klinik. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
20. Bruhns, C., Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Gonokokkenvakzine. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
21. Buzzoni, L' idroterapia vaginale. L' arte obst. Nr. 12.
22. Clarence-Hyde, Chronic vulvovaginal abscess cured by Injections of antigonococcic vaccine. Amer. Journ. of Obst. 1911. Vol. 63. p. 301. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
23. Comby-Condat, Behandlung der Vulvovaginitis kleiner Kinder mit Antigonokokkenlymphe. Soc. méd. des hôp. 1 Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Heft 29.
24. Corbes, B. C., Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen mit Antigonokokkenserum. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 19. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
25. Cronbach, Die moderne Hefetherapie der Gonorrhoe. Klin.-therap. Wochenschr. 1911. Nr. 23. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
26. Cukor, Über die Bedeutung der Milchsäure im Scheidensekret der Frau für die Asepsis des Genitaltraktus. Wiener klin.-therap. Wochenschr. 1912. Nr. 51. Gyn. Rundschau. 1913. p. 185. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
27. Cullen, Abscesse of the vagina and uterus etc. Surg. Gyn. and Obst. July 1910. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
28. Curtis, A. H., Über die Ätiologie und Bakteriologie der Leukorrhoe. Surg. Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 3. Vol. 21. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
29. Czerwinski, C., Fortschritte auf dem Gebiete der Diagnose und Therapie fieberhafter Erkrankungen mit latenter Ursache, in bezug auf gynäkologische Krankheiten. Przegl. Lekarsk. Nr. 24. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
30. Deppe, Siehe unter 6).
31. Der Einfluss der Geschlechtskrankheiten auf die Gesundheit und Fruchtbarkeit der Frau. Die Behandlung der jugendlichen Prostituierten. Jahresversamml. d. deutsch. Gesellsch. z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankh. 19.—21. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
32. Dreuw, Moderne Prostituiertenuntersuchungen. Fischer, Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
33. Drneck, C. J., Genitalfisteln beim Weibe. Med. Record. Vol. 85. Nr. 1.
34. Duhot, Die neuen Vervollkommnungen der Gonorrhoetherapie. Rev. prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 62. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
35. Eden, T. W., A case of superior Rectovaginal Fistula dealt with by an abdominal operation after preliminary colostomy with remarks on the operative treatment of their condition. Roy. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. March 5. Journ. of Obst. and Gyn. p. 291. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (Heilung.)
36. Eichhorst, Über urämische Geschwüre auf der Schleimhaut der Scheide. Med. Klin. 1912. Nr. 38. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 368. Gyn. Rundschau. Heft 21.
37. Epstein, Über eosinophile Zellen im Gonorrhoeeiter. Demonstr. Ärztl. Verein in Nürnberg, 5. März.
38. Fabre, Die Radiumtherapie bei der Gonorrhoe der Frau. Rev. prat. des malad. des organ. gén.-ur. Nr. 63. Ref Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
39. Fabricius, Behandlung hochsitzender Blasen- und Mastdarmscheidenfisteln nach Uterusexstirpationen mit hohem Scheidenverschluss. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. Dez. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 12.
40. Fetzer, Über Vakzinebehandlung. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 20. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2.
41 Figneros-Merida, Eine einfache Methode der Registrierung der Vaginalabsonderung. Journ. Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
42. Fischer, B., Fast völlige Nekrose der Vaginalschleimhaut durch Sublimatspülungen. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. 2. Febr.

43. Foelsche, Warnung vor der Scheidenduschenspritze „Experator". Med. Ges. zu Magdeburg, 26. Febr.
44. Fournier, Siehe unter 1).
45. Fränkel, Über postgonorrhoische Entzündungen der Urogenitalorgane. Russ. Ärzte-Zeitg. 1913. Nr. 12. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
46. Frey, E. K., Beitrag zur Frage der Entstehung und Behandlung der Fistula ani. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.
47. Fromme, Polyvalente Gonokokkenvakzine. Kongr. f. Gyn. München 1911. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 32. p. 86. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
48. — F., Die Gonorrhoe des Weibes. S. Karger, Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. Gyn. Rundschau. Heft 12.
49. Gaujoux-Suquet, Résultats obtenus en gynécologie avec le vaccin antigonococcique de Nicolle et Blairot. Réun. Obst. et Gyn. de Montpellier. 1 Avril.
50. v. Genserich, Siehe unter 1).
51. Gerschun-Finkelstein, Über Vakzinetherapie der gonorrhoischen Erkrankungen. Wratsch. Gaz. 1912. Nr. 40. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 9.
52. Gibbon, Fitz Gibbons, Vakzinebehandlung der Colpitis gonorrhoica. Lancet. 1913. Vol. 1. p. 967. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
53. Gitelson, Siehe unter 1).
54. Gminder, Die Behandlung des auftretenden Scheidenkatarrhs (der Rinder) mit Kolpitol, Verkalbin, Provaginol, Bissulin und Eucerinsalbe. Arb. aus d. kaiserl. Gesundheitsamt. Bd. 48. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45.
55. Goodhart, Warnemingen betreffende enkele gevallen van chronische vulvovaginitis gon. bij jonge Meisjes. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1911. II. 15. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
56. Goodmann, A. L., Diphtheritische Scheidenentzündung. Amer. Journ. Obst. New York. Vol. 69. Nr. 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
57. Graefe, G., Über Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates im Kindesalter. Diss. Halle und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4, 5.
58. Groák, F., Über Noviform. Gyn. Rundschau. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
59. Hamburger, R., Zur Vakzinebehandlung der kindlichen Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15.
60. Harold-Chappee, Two cases of pneumococcal vulvovaginitis in children. Lancet. 1912. I. p. 1685. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
61. Hartz, H. J., Wässerige Jodlösungen in der Therapie der Gonorrhoe bei Frauen. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. April. Ref. Zentralbl f. Gyn. Nr. 29.
62. Hauser, H., Die differentialdiagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonokokkenvakzine in der Gynäkologie. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19.
63. Hecker, H. v., Beitrag zur Bewertung der bakteriologischen Scheidensekret- und Blutuntersuchung für die Diagnose und Prognose puerperaler Infektionen. Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
64. Heinsius, Versuche zur Vakzinebehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Monatsschr. f. Gyn. u. Geb. 1911. Bd. 33. p. 426. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
65. Hellmuth, Übt die Menstruation einen Einfluss auf die Hämolyse der Scheidenkeime aus? Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 5.
66. Hermanns, Über die Behandlung gonorrhoischer Komplikationen mit Gonargin. Med. Klinik. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
67. Herzberg, Pittylenbolus bei vaginalen Affektionen. Therap. d. Gegenw. Nr. 6. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27.
68. Hirsch, Zur vaginalen Tanargentan-Bolus-Trockenbehandlung. Frauenarzt. p 338. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (Empfehlung dieser Methode bei akuter und chronischer Gonorrhoe, bei Intertrigo, Pruritus und sonstigen Fluor vaginalis.)
69. Hövel, M. vom, Über kriminelle Eingriffe im Bereich der weiblichen Genitalien und ihre Folgezustände. Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
70. Johnsohn, A E., A case of gangrene of the vagina probably due to the chemical effect of a pinc india rubber ring pessaire. Royal Soc. of Med. July. 1911. Rev. de gyn. et de chir. abd. 1912. Vol. 18. p. 532. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.

71. Joly, Vaginalovula aus Pflanzenkohle. Int. med. Kongr. London. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1397. Gyn. Rundschau. Heft 21.
72. Kamann, Siehe unter 1).
73. Katz, G., Der Ausfluss der Frau und seine Behandlung mit Yatrengaze. Med. Klin. Nr. 43.
74. Klimenko, Über Diphtherie der Genitalien des Kindes. Russki Wratsch. 1913. Nr. 9. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
75. Koblanck, Siehe unter 3).
76. Kohler, B., Aktinomykose des Bauchfells, zugleich ein Beitrag zur Frage der primären Genitalaktinomykose. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. 15. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19.
77. Kouwer, Chronische Vulvovaginitis gon. bij jonge Kinderen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1911. II. 16. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
78. Kretschmar, Über spontane Scheidengangrän und ihre Ätiologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33. 1913. p. 393. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
79. Kuntz, F., Pyokolpos lateralis. Diss. Göttingen.
80. Latzko, Behandlung hochsitzender Blasen- und Mastdarmscheidenfisteln nach Uterusexstirpation mit hohem Scheidenverschluss. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 9. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
81. Leidenius, L., Untersuchungen über den Einfluss der Desinfektion der Kreissenden auf den Keimgehalt des puerperalen Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
82. Lenartowicz, Über den diagnostischen Wert der Reaktion von Bordet-Gengou und den therapeutischen Wert der Injektionen von Trippervakzine. Lwosk. Tygodn. lek. Nr. 10. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11.
83. Lesslenyi-Winternitz, Zur intravenösen Anwendung des Arthigon bei den gonorrhoischen Erkrankungen des Weibes. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 8. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12.
84. Lindig, P., Über Anwendungsmöglichkeiten des Noviforms in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 19.
85. Lipschütz, Bakteriologischer Grundriss und Atlas der Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1913. J. A. Barth. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
86. Luursden, and Holmes Specific vaginitis treated by vaccine. Roy. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Oct. 10. 1912. Lancet. 1912. p. 1689. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
87. Marcy, H. C., Vesikovaginal- und Rektovaginalfisteln. Amer. med. Assoc. June 22—26. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 5.
88. Maresch, R., Senile Involution des weiblichen Genitales. Obliteration des Uterus und der Vagina. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 20. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. Gyn. Rundschau. Heft 16.
89. Mack Lindsay, A case of gangrene of the vagina. Journ. of Obst. 1911. Vol. 19. p. 291. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
90. Masson-Marchal, De l'impregnation formolée dans la thérapeutique gynécologique médicale. Ann. de gyn. Tome 10. Heft 12.
91. Mathison, Die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica. Arch. f. Derm. u. Syph. 1913. Bd. 16. Heft 3. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
92. Mauler, Zur Kenntnis der Vaginaltuberkulose. Hegars Beitr. 1911. Bd. 16. p. 485. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
93. Maunu af Heurlin, Bakteriologische Untersuchungen der Genitalsekrete usw. Berlin, S. Karger. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 23.
94. Moos, S., Erfahrungen über intravenöse Arthigoninjektionen bei Gonorrhoe des Weibes. Gyn. Ges. in Breslau, 16. Dez. 1913 Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.
95. Nebesky, Siehe unter 6.)
96. Notthafft, v., Aus der modernen Gonorrhoetherapie. Ärztl. Verein München, 10. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38.
97. Oberndorfer, Endometritis puerperalis beim Meerschweinchen bei Plazentarretention in der Vagina. Münchn. gyn. Ges. 18. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Nr. 40. Heft 6.
98. — Siehe unter 5).

99. Oppenheim, Zur Puderbehandlung des weiblichen Fluors. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
100. Orlowski, Verursachen sterile Tripperfäden weissen Fluss? Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39.
101. Overbosch, Die vaginale Flora bei der gesunden Frau in ihren verschiedenen Lebensperioden. Diss. Utrecht 1909. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33. p. 775. Gyn. Rundschau. Heft 21.
102. Pankow, Siehe unter 3).
103. Paterson, Vereiterte Ovarialzyste mit Appendizitis, wahrscheinlich infiziert durch in die Scheide eingebohrte Haarnadeln. Journ. of Obst. 1911. Vol. 19. p. 549. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
104. Perrin, Vulvovaginitis der Kinder. Allg. med. Zeitg. 29. Dez. 1910. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
105. Puppel, Bericht über die Wirkung der Uranoblen- und Boluspräparate bei Gonorrhoe des weiblichen Geschlechts. Ärztl. Kreisverein in Mainz, 20. Jan.
106. Renisch, Kollargol und Arthigon bei gonorrhoischen Erkrankungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38.
107. Robert, H., Neun Fälle von weiblicher Blennorrhoe, behandelt mit Vakzine von Nicolle und Blaizot. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Janv. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.
108. Roman, B., Zur Ätiologie und Genese der Colpohyperplasia cystica. Prager med. Wochenschr. 1913. Nr. 41. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
109. Rost, Beiträge zur Vakzineanwendung bei Gonorrhoe. Med. Ges. zu Kiel, 22. Jan.
110. Sambalino, Il „Pilolo" in ginecologia. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
111. Schlaghecken, P., Über Douglasabszesse beim Weibe. Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
112. Schlasberg, Cusylol zur Behandlung der Gonorrhoe. Dermat. Zeitschr. 1913. Nr 11.
113. — H. J., Über Heilung der Gonorrhoe bei Prostituierten. Hygiea. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
114. Schmidgall, G., Bakteriologische Untersuchungen über die Scheidenflora neugeborener Mädchen. Diss. Strassburg. Hegars Beitr. Bd. 19. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17, 22. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
115. Schoemaker, Acute membranous vaginitis in pregnancy due to enterococcus. Pennsylvan. med. Journ. June 1913. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 791. Gyn. Rundschau. Heft 21.
116. Schweitzer, Über die Berechtigung der Milchsäurespülungen in der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11.
117. Seligmann, S., Zur Ätiologie der endogenen Puerperalinfektionen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. Diss. Giessen. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
118. Semenoff, Über die Wirkung der Gonokokkenvakzine. Russki Wratsch. 1913. Nr. 8. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
119. Sharp, W. B., Bacteriology of Vaginitis. Journ. of infections disease. Chicago. Sept. XV. Nr. 2. (Ätiologie so gut wie stets Gonococcus.)
120. Sittner, W., Über Erfahrungen bei der Behandlung gonorrhoischer Komplikationen mit Arthigon. Diss. Berlin
121. Spaulding, Vulvovaginitis. Amer. Journ. of Dis. of Childr. 1913. p. 248. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 519. Gyn. Rundschau. Heft 21.
122. Stern, Arthigonbehandlung bei Vulvitis gonorrhoica. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 751. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
123. Sternberg, Die Methode der aktiven Immunisierung bei der weiblichen Gonorrhoe. Russ. Gyn. Kongr. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. p. 223. Gyn. Rundschau. Heft 21.
124. Strassberg, M., Zur Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
125. Strassmann, Siehe unter 6).
126. Stümpke, G., Thigan, ein neues äusserliches Antigonorrhoikum. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.

127. Stümpke, Die Vakzinebehandlung und -Diagnose der Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51.
128 Tavernier-Chalon, Enterovaginalfistel im Verlauf einer Beckentuberkulose etc. (Dünndarm-Scheidenfistel.) Lyon méd. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
129. Terebinskaja-Popora, Vergleichende Bewertung der Vakzinetherapie und lokalen Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Diss. St. Petersburg 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
130. Tussenbroek, v., Nassauers poeder stuiver etc. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. Nr. 7. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 16.
131. Velde, van der, Spezifiche diagnostiek der Gonorrhoe bij de vrouw. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. Nr. 12. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 16.
132. Verdok, A., Die Behandlung der Leukorrhoe. Journ. belge de gyn. et d'obst. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
133. Wäber, Zur Frage der Serumbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Gyn. Helvet. Frühjahrsausgabe.
134. Watermann, R., Die Bedeutung intravenöser Arthigoninjektionen für die Diagnostik und Therapie der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
135. Watson, Über die Behandlung gonorrhoischer und gemischter Infektionen des weiblichen Genitaltraktus mit Milchsäurebazillen. Brit. med. Journ. 1913. 22. Jan. Ref. Gyn. Rundschau. 1913. p. 185. Gyn. Rundschau. Heft 21.
136. Weber, F., Die Tamponade in Geburtshilfe und Gynäkologie. Eine klinische und experimentell-bakteriologische Studie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.
137. Wehrle, W., Die Bedeutung des Arthigons für Diagnose und Therapie der Gonorrhoe und deren Komplikationen. Diss Freiburg i. Br.
138. Winckel, M., „Gonoktein". Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1879.
139. Wintz, H., Experimentelle Untersuchungen über Chemismus und Bakteriengehalt des Scheidensekrets, sowie über die bakteriziden Eigenschaften gegenüber dem Tuberkelbazillus. Diss. Speyer. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
140. Wolff, Genital- und Peritonealtuberkulose des Weibes. Hegars Beitr. Bd. 17. p. 296. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
141. Wortmann, H., Sind die Vaginalkeime imstande, Fäulnis zu erregen? Ein bakteriologischer Beitrag zur Selbstinfektion. Diss. Berlin.
142. Taborowski, Siehe unter 1).
143. Zöppritz, Über bakterizide Eigenschaften des Vaginalsekretes und des Urins Schwangerer. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33. p. 276. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
144. Zweifel, E., Über medikamentöse Scheidenspülung zur Prophylaxe des Puerperalfiebers. Naturwiss.-med. Ges. zu Jena, 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15.
145. — Versuche zur Beeinflussung des Bakteriengehalts der Scheide Schwangerer durch medikamentöse Spülungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.

5. Fremdkörper in der Scheide. Verletzungen der Scheide. Blutungen.

1. Albrecht, Siehe unter 6).
2. Bing, Siehe unter 6).
3. Bollag, K., Scheidenverletzungen sub coitu. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. (Ein Fall mit zwei Verletzungen bei 32jähriger Frau, die bereits viermal geboren hatte. Verf. nimmt perverse Handlungen als Ursache an.)
4. Bonamy, Pessaire de Zwangk. Soc. de Chir. de Paris, 10 Juillet. Presse méd. p. 570. (Folge Rektovaginalfistel.)
5. Bondarew, P. G., Zur Frage der Ätiologie der Scheidenverletzungen sub coitu. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1912. p. 381. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 862. Gyn. Rundschau. Heft 21.
6. Bonney, V., Rupture of the vagina during coitus. Lancet. 1913. Bd. 1. p. 769. Ref. Gyn. Rnndschau. Heft 21.
7. Deutsch, Ein Fall von zirkulärem Abriss der Portio uteri intra partum. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 20. Mai 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 6.

8. Frank, R. W., Über Verletzungen der Harnblasenschleimhaut durch Abtreibungsversuche. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 46. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
9. Heineo, Ein Fall von Scheidenverletzung sub coitu. Gyn. Helvet. Frühjahrsausgabe. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
10. Hoerrmann, Siehe unter 6).
11. Hövel, v., Über kriminelle Eingriffe im Bereich der weiblichen Genitalien und ihre Folgezustände. Diss. Strassburg.
12. Johnson, Siehe unter 4).
13. Kemp, D. C., Ovarialzyste durch die Vagina (während der Entbindung) entwickelt. Lancet. 1913. Sept. 20. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
14. Köhler, Im Pessar inkarzerierte Portio. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 20. Mai 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 6.
15. Lehmann, H., Fall von Koitusverletzung. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden, 10 Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.
16. Lexer, Siehe unter 6).
17. Maccabruni, Su di un caso di lacerazione dell' utero e della vagina. L' arte ost. Vol. 28. Nr. 10.
18. Nathan, M., Über Deflorationspyelitis. Diss. Berlin.
19. Oberndorfer, Alte Druckusur und Perforation des Blasenhalses durch ein Vaginalpessar. Münchn. gyn. Ges. 18. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 6.
20 Paterson, Siehe unter 4).
21. Rielander, Siehe unter 6).
22. Rosow, Verletzung der Scheide sub coitu. Russ. Journ. f. Geb. Ref. Gyn. Rundschau. 1911. p. 355. Gyn. Rundschau. Heft 21.
23. Tomaselli, Siehe unter 6).
24. Vogel, Traumatische Scheidenruptur mit Dünndarmvorfall. Münchn. med. Wochenschrift. 1913. Nr. 24. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
25. Weber, Siehe unter 6).
26. Werelius, A., Traumatische Ablösung der Blase von der Symphyse mit vollständiger Abtrennung der Harnröhre. Journ. Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 22. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
27. Zweifel, E., Krimineller Abortivversuch bei nicht bestehender Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 35. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11.

6. Dammrisse. Dammplastik.

1. Ach, Siehe unter 2).
2. Albrecht, H., Zur operativen Therapie der Rektalprolapse bei Frauen. Gyn. Rundschau. Heft 7. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30, 48.
3. — Durch Operation geheilter Fall von schwerer Pfählungsverletzung der Blase. Münchn. gyn. Ges. 26. Febr. u. 28. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 5.
4. Baughman, Erfahrungen mit einer Methode unmittelbarer Wiedervereinigung von Dammrissen. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. May. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
5. Bengsch, Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
6. Bing, F., Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 862. Gyn. Rundschau. Heft 21.
7. Danis, R., L'anesthésie transsacrée dans les opérations sur le perinée et le petit bassin. Rev. de gyn. Déc.
8. Deppe, Frauenärztliches aus Deutsch-Ostafrika. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
9. Goldspohn, A., Fundamentale intrapelvine perineorrhaphie. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 7.
10. Hartings, T., Laceration of the perinaeum and its operative treatment. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2.

11. Hoerrmann, Durch Operation geheilter Fall von schwerer Pfählungsverletzung der Blase. Gyn. Ges. München, 28. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
12. Jaworski, Pfählungsverletzung. Siehe unter 6).
13. Jellet, The suture of the levator ani muscle in perineorrhaphy operation. Surg., Gyn. and Obst. XIX. Nr. 3.
14. Kendirdiy, Siehe unter 2).
15. Lexer, K., Pfählungsverletzungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12.
16. Nebesky, Über unsere Erfahrungen mit Noviform. (v. Heyden.) Gyn. Rundschau. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
17. Nissen, O., Die Heilungsergebnisse der frischen Dammrisse dritten Grades. Diss. Leipzig.
18. Piechulek, W., Zur Ätiologie der Zentralruptur des Dammes. Diss. Greifswald.
19. Ponliot, Dystocie consécutive à une perinéorrhaphie avec suture étendue du releveur de l'anus. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 20 Avril.
20. Pozzi, Procédé de perinéorrhaphie dans le cas de rupture complète du périnée. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, Avril 20.
21. — De la mobilisation du rectum dans la périnéorrhaphie. Revue de gyn. Tome 22. Nr. 5.
22. Rieländer, Verletzungen der äusseren Genitalien und der Scheide. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 3. p. 364. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
23. Rosenstein, Über die Sekundärnaht bei kompletten Dammrissen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
24. Strassmann, P., Dammriss. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, 27. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1358.
25. Tomaselli, Über zwei Fälle von zufälliger Pfählungsverletzung. Morgagni 1912. I. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1544. Gyn. Rundschau. Heft 21
26. Voigt, E., Erfahrungen mit Koagulen Kocher-Fonio. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34.
27. Wade, Siehe unter 2).
28 Ward, Siehe unter 2).

7. Hermaphroditismus.

1. Allmann, Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.
2. Benda, Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
3. Braithwaite, Siehe unter 2).
4. Clark, S., Uterus in the hernial sac of an hermaphrodite. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2 Ref. Zentralbl. f Gyn. Nr 29.
5 Dostal, F., Pseudohermaphroditismus externus femininus. Casop. lék. cesk. 1913. Nr. 36. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 19.
6. Fliess, W., Männlich und Weiblich. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
7. Foster, G. S., Case of hermaphroditismus. New York. med. Journ. 19. Sept. Nr. 12. (Ein Hoden in der Nähe eines Ovariums.)
8. Fränkel, B., Die Beschreibung von Zwittern im Lichte neuerer biochemischer Ergebnisse. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. Sanitätsw. 1. Suppl.-Heft. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.
9. Fraenkel, P., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
10. v. Genserich, Kind mit Hermaphroditismus. Erdelyer Museumsverein. 14. u. 28. Febr. Wiener med. Wochenschr. p. 2020.
11. Greensfelder-Galewood, Fall von Pseudohermaphroditismus (masculinus internus). Surg., Gyn. and Obst. Vol. 15. Nr. 5. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
12. Hofstätter, R., Sexus anceps. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19.
13. Keller, R., Keimdrüsentumoren bei einem Pseudohermaphroditen. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
14. Krüger-Franke, Pseudohermaphrodit. Demonstr. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, 13. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.
15. — — Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus zweifelhaften Geschlechts. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.

16. Lucksch, F., Präparate eines Falles von Hermaphroditismus. Verein deutscher Ärzte in Prag, 13. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.
17. Neff, H., Über Pseudohermaphroditismus (mit zwei Fällen von Pseudohermaphroditismus femininus externus eigener Beobachtung). Diss. München.
18. Poll, H., Über Geschlechtsbestimmung bei Menschen. Ges. f. Geb. u. Gyn zu Berlin, 23. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
19. Sandved, M., Dystrophia adiposogenitalis. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 932. (58jähr. Mann, 157 cm hoch, Leibesumfang in Nabelhöhe 111 cm. Stimme infantil, Geschlechtsleben rudimentär. Verrichtet Weiberarbeit.) (Kr. Brandt.)
20. Schauss, W., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus. Diss. Berlin.

Vulva.

1. Bildungsfehler, angeborene Anomalien.

1. Albrecht, Siehe unter Vagina 1).
2. Boerma, Siehe unter Vagina 1).
3. Forssner, Fall von Anus vestibularis. Svensk. Läkar. Handling. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2.
4. Furniss, H. D., Fall von überzähligem, extravesikal mündendem Ureter. New York. Acad. of Med. Jan. 27. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 5. Ref. Med. Record. Vol. 85. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26, 37.
5. v. Genserich, Kind mit Synechie der kleinen Schamlippen. Erdelyer Museumsverein. 14. u. 28. Febr. Wiener med. Wochenschr. p. 2020.
6. Goldreich, A., Atresia ani vestibularis. Demonstr. Ges. f. Med. Wien, 19. März Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
7. Halban, Defekt der Urethra. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 20. Mai 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 6.
8. Hausmann, Siehe unter Vagina 1).
9. Herrmann, Siehe unter Vagina 1).
10. Huismann, Siehe unter Vagina 1).
11. Jungs-Beates-Babcock, Vorzeitige Entwicklung der äusseren Genitalien infolge Hypernephroms der Nebennierenrinde. Amer. Journ. of Med. Scienc. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
12. Kemnitz, Siehe unter Vagina 1).
13. Klaatsch, Siehe unter Vagina 1).
14. Klotz, Siehe unter Vagina 1).
15. Kreiss, Siehe unter Vagina 1).
16. Marquis, Siehe unter Vagina 1).
17. Pietkiewicz, Die angeborenen Anomalien des uropoetischen Systems bei Frauen. Przegl. lék. Bd. 8. Heft 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 12.
18. Oldekopp, A. M., Anus vestibularis. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 407. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.
19. Pollak, Siehe unter Vagina 1).
20. Prochownick, Anus praeternaturalis vulvaris. Zentralbl. f. Gyn. 1911. p. 1447. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
21. Scherer, Kloakenbildung. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest, 8. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
22. Simons, Siehe unter Vagina 1).
23. Sselitzsky, Siehe unter Vagina 1).
24. Weiss, J., Über den Anus anomalus vulvo-vestibularis und seine chirurgische Behandlung. Diss. Leipzig. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. (Schilderung von Sicks Methode.)

2. Entzündung, Ernährungsstörungen, Exantheme, Kraurosis.

1. Abulow-Ornatamanz, Siehe unter Vagina 4).
2. Almkvist, Siehe unter Vagina 4).
3. Arnold und Hölzel, Siehe unter Vagina 4).

4. Barnett, Siehe unter Vagina 4).
5. Benthin, Siehe unter Vagina 4).
6. Birnbaum, Siehe unter Vagina 4).
7. Böters, Siehe unter Vagina 4).
8. Bollag, Siehe unter Vagina 4).
9. Bucky, Röntgenverbrennung nach gynäkologischer Tiefenbestrahlung. (Tiefe Geschwüre der Schamgegend.) Berl. vereinigte ärztl. Ges. 25. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48.
10. Clarence-Hyde, Siehe unter Vagina 4).
11. Comby-Condat, Siehe unter Vagina 4).
12. Cronbach, Siehe unter Vagina 4).
13. Deppe, Siehe unter Vagina 6).
14. Dreuw, Siehe unter Vagina 4).
15. Epstein, Siehe unter Vagina 4).
16. Fabelinski, L., Ein Fall von Ulcus rodens vulvae. Diss. Halle.
17. Fromme, Siehe unter Vagina 4).
18. v. Genserich, Siehe unter 1).
19. Gerschun-Finkelstein, Siehe unter Vagina 4).
20. Gminder, Siehe unter Vagina 4).
21. Goodhart, Siehe unter Vagina 4).
22. Graefe, Siehe unter Vagina 4).
23. Grisson, Siehe unter 3).
24. Gross, J., Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz). Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6.
25. Halban, Siehe unter 1).
26. Harold-Chapee, Siehe unter Vagina 4).
27. Jurinac, D., Ein Fall von Elephantiasis der rechten grossen Schamlippe. Lijecnick. vijesn. 1913. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
28. Klimenko, Siehe unter Vagina 4).
29. Kouwer, Siehe unter Vagina 4).
30. Lindig, Siehe unter Vagina 4.)
31. Lipschütz, Siehe unter Vagina 4).
32. Masson-Marchal, Siehe unter Vagina 4).
33. Mathison, Siehe unter Vagina 4).
34. v. Neugebauer, Uteruskarzinom und Kraurosis vulvae. Sitzg. d. Warsch. gyn. Ges. Bd. 9. Heft 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11.
35. v. Notthafft, Siehe unter Vagina 4).
36. Renisch, Siehe unter Vagina 4).
37. Schlank, Ein Fall von rezidivierender Elephantiaiss vulvae. Krakauer gyn. Ges. 24. April 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 8.
38. Schlasberg, Siehe unter Vagina 4).
39. Spaulding, Siehe unter Vagina 4).
40. Strassberg, Siehe unter Vagina 4).
41. Stümpke, G., Über gonorrhoische Granulationen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
42. Volk, R., Zum Krankheitsbegriff des sog. Ulcus acutum vulvae. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 46. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
43. Walther, Zur Kasuistik der Kraurosis vulvae. Frauenarzt. Nr. 7. (Thigenol-Roche lokal versuchen; hilft es nicht, dann Exzision.)
44. Wehrle, Siehe unter Vagina 4).
45. Winckel, Siehe unter Vagina 4).
46. v. Zubrzycki, Kraurosis, Leukoplakie und Carcinoma vulvae. Krakauer gyn. Ges. 17. Dez. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 8.

3. Neubildungen. Zysten.

1. Bertolini, Kasuistischer Beitrag zum Studium der Papillome der Urethra. Ginec. Vol. 10. Heft 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
2. Braude, Siehe unter Vagina 3).

3. Cullen, S. Th., Adenomyoma septi recto-vaginalis. Southern Surg. and Gyn. Assoc. Dec. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18.
4. Egli, Siehe unter Vagina 3).
5. Forners, Di una neoplasia non commune dei genitali esterni. (Adeno-Epithelio-Melano-Sarkom.) Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
6. Forssner, Fall von Cancer vestibularis. Svensk. Läkar. Handling. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 30. Heft 2.
7. Grisson-Delbanco, Monströser Tumor der Genitalgegend. Biol. Abteilung d. ärztl. Vereins in Hamburg, 5. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. p. 1915.
8. Hörrmann, Siehe unter Vagina 3).
9. — Chorionepitheliom des Uterus mit Metastasen an den Labien. Gyn. Ges. München, 28. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
10. Jakowski, 8 Pfund schweres Lipom einer grossen Schamlippe. Prczegl. chir. i gin. Bd. 9. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11.
11. Klein, Siehe unter Vagina 3).
12. Koblanck, Siehe unter Vagina 3).
13. Küstner-Heimann, Siehe unter Vagina 3).
14. Kupferberg, Siehe unter Vagina 3).
15. Lahm, Ausgedehntes Vulvakarzinomrezidiv. Gyn. Ges. zu Dresden, 19. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
16. Martin, A., Siehe unter Vagina 3).
17. — Sarcome de la grande lèvre. Rev. de gyn. et de chir. abdom. Tome 21. Nr. 3. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 6. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
18. Newton, G., Endotheliom der Vulva. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
19. Offergeld, H., Ein bemerkenswerter Fall von Melanosarkom. (Paravulvärer Tumor.) Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.
20. Ossing, J., Über die Dauerresultate der in der Kieler Frauenklinik operierten Vulvakarzinome aus den Jahren 1901—1912. Diss. Kiel 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
21. Partos Siehe unter Vagina 3).
22. Pawlowski, Fibroma permagnum vulvae. Therap. Obosr. 1912. Nr. 17. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 9.
23. Peham, Siehe unter Vagina 3).
24. Retzlaff, Grosses Hämatom im Bruchsack einer Leistenhernie. Allg. ärztl. Verein zu Köln. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
25. Rittershaus, Über das primäre Karzinom der Vulva. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37.
26 Roche, Epithélioma du clitoris. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. Févr. 24.
27. Savaré, Contributo alla casistica e alla cura operativa del carcinoma della vulva. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
28. Schauta, Siehe unter Vagina 3).
29. Stern, R., Adenoma hydroides vulvae. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 15. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5.
30. Theilhaber, Siehe unter Vagina 3).
31. Ward, G., Epithelioma clitoridis. Med. Record. Vol. 84. Nr. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
32. Warnekros, K., Siehe unter Vagina 3).
33. Watson, Primary malignant tumors of the female urethra. The Amer. Journ. of Obst. Nr. 5.
34. Weinbrenner, Siehe unter Vagina 3).
35. Winkler, Vulvakarzinom und Strahlentherapie. Fortschr. d. Röntgenstr. XII. 2. Diss. Jena. (Drei anscheinend geheilte Fälle. Mesothorum bevorzugt.)
36. v. Zubrzycki, Siehe unter 2).
37. Zweifel, Siehe unter Vagina 3).

4. Erkrankungen der Bartholinischen Drüsen.

1. Arnold und Hölzel, Siehe unter Vagina 4).
2. Fabricius, J., Über ein primäres Karzinom der Bartholinischen Drüse. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 40 Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32.
3. Latzko, Karzinom der Bartholinischen Drüse. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 9. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
4. Rouville, de, Epithélioma atypique para-vaginal développée fort probablement aux dépens de la glande de Bartholini. Réun. obst. et gyn. de Montpellier. 3 Juin.
5. Schottlaender, Karzinom der Bartholinischen Drüse. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 9. Dez. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 12.
6. Specner, H., A case of primary carcinoma of Bartholins gland. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 6.

5. Verletzungen, Thrombus et Haematoma vulvae et vaginae.

1. Albrecht, Siehe unter Vagina 6).
2. Benestad, Georg, Haematoma vulvae et vaginae. Traumatische Läsionen der Vulva. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 166. (Vier Fälle von Haematoma vulvae und vaginae, drei nach der Geburt, einer nach Fall auf eine Kante entstanden. Zwei Fälle von gefährlichen Blutungen aus Rissen in Vulva und Vagina, die bei Fallen auf den Sitz lädiert worden waren.) (Kr. Brandt.)
3. Bengsch, Siehe unter Vagina 6).
4. Bing, Siehe unter Vagina 6).
5. Cauwenberge, van, Thrombus und Hämatom der Vagina. Rev. mens. de gin. et d'obst. Tome 8. Nr. 3. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. Tome 23. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1179. Gyn. Rundschau. Heft 21, 23.
6. Hoerrmann, Siehe unter Vagina 6).
7. Hohl, M., Über Verletzungen des äusseren weiblichen Genitale. Diss. München 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1.
8. Lexer, Siehe unter Vagina 6).
9. Pellegrino, Beitrag zur Kasuistik der vaginalen Hämatome puerperalen Ursprungs. Rassegn. d'obst. e gin. Jg. 22. Nr. 6. Ref. Zentralbl f. Gyn. 1913. p. 1900. Gyn. Rundschau. Heft 21.
10. Potocki-Sauvage, Gestielter Thrombus der Vagina. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 4 Avril 1913. Ann. de gyn. et d'obst. Oct. 1913. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. 1913. p. 113. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. Gyn. Rundschau. Heft 21.
11. Rieländer, Siehe unter Vagina 6).
12. Roemer, Ein Fall von Haematoma vaginae et vulvae mit nachfolgendem Verblutungstod. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 131. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
13. Schlank, Ein nach der Geburt entstandenes Haematoma vulvae als Geburtshindernis für den zweiten Zwilling. Krakauer gyn. Ges. 28. Mai. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 8.
14. Tomaselli, Siehe unter Vagina 6).
15. Turquetti, Hämatom der Vagina und des äusseren Genitale. Akuscherst. März. p. 79. Ref. La Gyn. 18. Jg. p. 392.
16. Uljanowsky, L. W., Zur Lehre vom Hämatom der Vulva und Vagina intra partum. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 1765. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
17. Werelius, Siehe unter Vagina 5).

6. Neurose, Vaginismus, essentieller Pruritus vulvae.

1. Genter, G., Über Anomalien des Geschlechtsgefühles bei Frauen. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 743. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
2. Mosbacher, E., Funktionelle Störungen im weiblichen Genitale und Störungen im vegetativen Nervensystem. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2.

3. Philipps, J., Dyspareunia and its surgical treatment. Bradford med.-chir. Soc. Brit. med. Journ. Jan. 6. Ref. The Lancet. Febr. 7. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
4. Rohleder, Monographien über die Zeugung beim Menschen; die libidinösen Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe. Bd. 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
5. Traugott, Agonisten und Antagonisten der Beckenausgangsmuskulatur beim Vaginismus. Internat. Gyn.-Kongr. Berlin 1912. Gyn. Rundschau. 1912. p. 811. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
6. — Über Vaginismus. Kinematographische Demonstration. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 3. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.

VIII.

Physiologie und Pathologie der Menstruation.

Referent: A. J. M. Lamers, i. V.

1. Abel, K., Uteramin-Zyma, ein synthetischer Ersatz der Mutterkornpräparate. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17. p. 846—847. (Empfehlung des Paraoxyphenyläthylamin als Hämostatikum bei akuten Myomblutungen, protrahierten Menstruationsblutungen usw. Das Präparat ist unzersetzlich und leicht sterilisierbar.)
2. Anton, G., Über familiäre Dysostose, beginnend in der Geschlechtsreife (Pubertätsdysostose). Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 54. Heft 1. p. 76—88. (Wird an anderer Stelle referiert.)
3. Badwin, W. H., Diseases of the menopause. Med. Council. Nr. 2. p. 59—60. (Nichts Neues.)
4. Bandler, S. W., Dysmenorrhea. Arch. of Diagn. Vol. 7. Nr. 1. p. 29—32. (Empfehlung der intrauterinen Anwendung des galvanischen Stromes. — Technik derselben. Wenn trotz zwei- bis dreimaliger Anwendung dieser Behandlung die Dysmenorrhoe weiterbesteht, so kann mit Sicherheit gesagt werden, dass sie nicht auf pathologischen oder funktionellen Veränderungen der Cervix beruht.)
5. — Constitutional dysmenorrhea. New York med. Journ. Vol. 99. Nr. 20. p. 962—967. (Zusammenhang zwischen Ovar, Schilddrüse und Menstruation. Viele Fälle von Dysmenorrhoe erklären sich durch Hyper- bzw. Hypofunktion der Schilddrüse.)
6. Bassani, E., La menopause. Gazz. ital. d. levatr. Nr. 2. p. 19—25. (Nichts Neues.)
7. Benthin, W., Ovarium und innere Sekretion. Therap. d. Gegenw. Heft 5. p. 193 bis 200. (Das Ovarium beeinflusst durch seine innere Sekretion die Ausbildung und Erhaltung des Sexualapparates; es entsendet Hormone zum Uterus, die die Mukosa zur Eieinbettung vorbereiten sollen und die die Ursache der Ungerinnbarkeit des Menstrualblutes sind. Die Bildung der Myome steht in einem Zusammenhang mit der Ovarialfunktion. In der medikamentösen Therapie mit Ovarialextrakten nimmt die Applikation derselben bei der Bekämpfung der Ausfallserscheinungen den grössten Raum ein. Die Eierstockpräparate werden angewandt bei natürlicher und künstlich erzeugter Klimax, bei Hypermenorrhoe, Amenorrhoe, ovarieller Dysmenorrhoe usw.)
8. Berchmann, I., Über den Zusammenhang zwischen Halsinfektionen und Menstruation. Diss. in. Halle a. S. Dez. 1913.
9. Berger, B., Ein Fall von besonderer Fertilität, kombiniert mit konstanten Blutungen in der schwangerschaftsfreien Zeit. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 367—371. (45jährige Frau, die in 25 Jahren 30 Schwangerschaften durchgemacht und 36 Früchte geboren

hatte. Wenn die Frau nicht gravid war, blutete sie fast ununterbrochen. Berger erklärt dies aus einem wahrscheinlichen besonderen Reichtum des Ovariums an Follikeln und aus der Annahme einer kontinuierlichen Ovulation.)

10. Birnbaum, R., Inhibin, ein pharmakotechnisch neues, lokales Hämostatikum bei genitalen Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 551—554. (Prinzip der En-Semori- und Semoritabletten; enthält 13 (!) verschiedene hämostatische Stoffe, wie Adrenalin, Stypticin, Ferripyrin usw. Verf. hat 23 Fälle der verschiedensten Genitalblutungen damit behandelt und in 17 Fällen eine prompte Wirkung gesehen.)
11. — Valamin in der gynäkologischen Praxis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 978 bis 979. (Gute Erfolge bei nervösen Beschwerden infolge Retroflexio, bei Dysmenorrhoe usw.)
12. Blair Bell, W., The pathology of uterine casts passed during menstruation. Surg., Gyn. and Obst. 1913. Nr. 6. p. 651—655.
13. — The cause of the non-coagulability of menstrual fluid and of pathological clotting. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Manchester. Dec. 19. 1913. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 1. p. 52. Als Original erschienen im Journ. of Path. and Bact. Vol. 18. Nr. 4. p. 462—468. (Durch vitale Prozesse des Endometriums wird das Fibrinferment des passierenden Menstrualblutes vernichtet oder ihm entzogen. In 50 Fällen wurde das Menstrualblut untersucht; in ungefähr 25 fehlte Fibrinferment, in den anderen Fällen war es vorhanden. Letztere hatten fast alle eine gynäkologische Erkrankung und es scheint, dass für das Vorhandensein von Fibrinferment im Menstrualblut eine Läsion des Endometriums notwendig ist.)
14. Boldt, H., Pregnancy after the menopause. New York Obst. Soc. Meeting on Nov. 18. 1913. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 63. Nr. 2. p. 345. (45jährige Frau, seit mehr wie einem Jahr völlige Cessatio mens. und klimakterischen Erscheinungen, musste wegen plötzlich einsetzender Blutungen curettiert werden. Mikroskopisch Plazentargewebe im Ausschabsel.)
15. Brettauer, J., Further report of cases of dysmenorrhea relieved by nasal treatment. Transact. of the Amer. gyn. Soc. 1913. Vol. 38. p. 80—111. (Siehe dasselbe Kapitel dieses Jahresberichtes über 1913, Nr. 8a.)
16. Coe, Uterine Blutungen junger Mädchen. Med. Record. Vol. 85. Nr. 19. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1302. (Kalziumchlorid.)
17. Czyborra, A., Über Hämophilie bei Frauen. Fortschr. d. Med. Bd. 32. Nr. 19. p. 529 bis 530. (Bluterinnen haben stets normale oder schwache Menses. — Mitteilung zweier Fälle, die bei unbedeutenden Operationen am Genitale stark bluteten. Stillung durch Thermokauter und Kochsalzinfusionen.)
18. Dalché, P., Dysménorrée et opothérapie. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Nr. 11. p. 641—656. (Im Anschluss an vier ausführlich mitgeteilte Krankengeschichten bespricht Verf. die Symptome, Ursachen, Diagnose und Behandlung der Dysmenorrhoe. Therapeutisch ausgezeichnete Resultate mit der Darreichung von Schilddrüsenpräparaten, eventuell in Kombination mit Ovarialpräparaten.)
19. Davidowitsch, J., Über den Einfluss der Menstruation auf das Blutbild bei gynäkologischen Erkrankungen. Diss. Strassburg i. E. April.
20. Deutsch, A., Die Behandlung der Adoleszentenblutungen mit Pituglandol. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 545—548. (15—20 Injektionen zu je 1 ccm in Pausen von 1—3 Tagen. Gute Erfolge. Vier Krankengeschichten.)
21. Dieulafé, L., Hématométrie et hématocolpos par absence partielle du vagin. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Séance du 4 Févr. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 150—151. (Kasuistisch. 18jähriges Mädchen; übrigens gesund und normal. Die Hämatometra war vor einem Jahre schon einmal infolge eines Falles spontan ins Rektum durchgebrochen und hatte sich entleert. Seitdem aber wieder von neuem Grössenzunahme des Tumors. Es wird vaginal auf den Tumor eingegangen und eine künstliche Scheide gebildet, mit dauerndem vollen Erfolg.)
22. Doederlein, T. J., Dysmenorrhea essentialis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 2. p. 165. (Verf. unterscheidet eine „anatomisch-neurotische" und eine „psychoneurotische" Form der Dysmenorrhoe. — Symptome, Behandlung.)
23. Driessen, L. F., Endometritis, Folge abnormaler Menstruation, Ursache profuser Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 618—622. (Verf. verbreitet sich ausführlich über den Schleimhautbefund bei Endometritiden, über die Vorgänge bei der Men-

struation und die durch diese gesetzten Veränderungen. Seine Untersuchungen haben ihn eine charakterisierte neue Form der Endometritis anzunehmen veranlasst: Endometritis necrobiotica post menstruationem incompletam, die sich klinisch durch profuse Blutungen, mikroskopisch durch Nekrose, hyaline Entartung, Infiltration mit multinukleären Leukozyten, Gefässdilatation, zystische Erweiterung der Drüsen, Epithelwucherung und fehlendes Glykogen auszeichnet. Durch Curettage kann Heilung eintreten. Wiederholt sich jedoch die unvollkommene Abstossung und die unregelmässige Regeneration, so bleibt nur die Kastration durch Operation oder Bestrahlung.)

24. Driessen. L. F., De menstruatie. Nederl. Maandschr. v. Verlosk, Vrouwenz. en Kindergeneesk. Deel III. Nr. 7. p. 412—419. (Holländisch.)

24a. Driessen, Mikrophotographien von der Gebärmutterschleimhaut durante menstruatione. Med. Gyn. Ver. 30. Nov. 1913. Ned. Tijdschr. v. Verl. 24. Jahrg. (Mendes de Leon.)

25. Dunn, H., Das Verhalten der Menstruation bei Morbus Basedowii. Diss. München. März.

26. Duroy, Les préjugés sur la menstruation. Journ. de méd. de Paris. Nr. 11. p. 214. (Hygienische Ratschläge für das Verhalten während der Zeit der Menstruation.)

27. Ekstein, E., Über medikamentöse Uterustonisierung. Gyn. Rundschau. Heft 5. p. 162—164. (Besprechung der Ursachen der Hypotonie des Uterus. Hauptsymptom bildet die Meno- und Metrorrhagie. Empfehlung der Styptase in Tablettenform als bestes Hämostatikum, aber nur bei entleertem Uterus. In 30 Fällen verschiedener Art gute Erfolge.)

28. Falk, E., Phenoval bei gynäkologischen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. p. 934. (Ein durch Vereinigung von Bromisovaleriansäure und Phenetidin hergestelltes α-Bromisovalerylparaphenetidin, das sich dem Verf. als ein brauchbares Dysmenorrhoikum erwiesen hat. — Dasselbe Präparat wird von Salomon in derselben Nummer dieser Zeitschrift gegen Kopfschmerzen chlorotischer Frauen und Mädchen empfohlen.)

29. Farfell, Des cystématomes menstruels post-opératoires. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 20. (46 Seiten.)

30. Feldmann, M., Über Erystyptikum „Roche". Therap. Monatsh. Heft 4. p. 260—261. (Ausgezeichnete Erfolge. Das Präparat ist billiger als Hydrastisextrakt und schmeckt in der festen Form auch besser.)

31. Figueroa, S., A simple method of recording vaginal discharges. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 3. p. 205. (Methode zur graphischen Darstellung der vaginalen Absonderung nach Menge und Art.)

32. Flinker, Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Weibes. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen. 1. Suppl.-Heft. Verhandl. d. IX. Tagung d. Deutsch. Ges. f. gerichtl. Med. in Wien. 1913. Sept. p. 300—305. (Der Frau sei im Strafrecht eine Sonderstellung anzuweisen, denn die sexuellen Vorgänge üben auf den Gesamtorganismus einen mächtigen Einfluss aus.)

33. Focke, C. E., Digitalis bei Uterusblutungen. Therap. d. Gegenw. Heft 2. p. 68—74. (Verf. empfiehlt die Digitalis besonders gegen die sogenannten idiopathischen (essentiellen) Blutungen bei normalem Uterus, für die er eine funktionelle, keine organische Kreislaufstörung als Ursache annimmt. Man muss unbedingt die Digitalismedikation durch Diätregelung [geordneten Stuhlgang u. a.] unterstützen. Dosierung: Fol. digital. titrata 0,3—0,5% pro dosi ½ Esslöffel bei 13—14jährigen, 0,7—0,9 : 150,0 drei Tage lang esslöffelweise nach den Mahlzeiten bei älteren Individuen.)

34. Fonareff, G., Ein Fall von frühzeitigem Auftreten der Menstruation. Wratsch. Gaz. Nr. 22. p. 901. (Russisch.) (Sechsjähriges Mädchen mit vollkommen entwickelten Genitalien menstruiert seit drei Jahren regelmässig.)

35. Friedrich, M., Amenorrhoe und Phthise. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 2. p. 376—388. (Amenorrhoe tritt sehr häufig bei Phthise auf. Auf dem Wege der Lipoidbestimmung lässt sich ein Zusammenhang zwischen den beiden nicht feststellen. Eine schnellere Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses durch Lipoidämie liess sich nicht bestätigen; die Tierversuche zeigten gerade das Gegenteil. Nur in der Gravidität macht die Tuberkulose Fortschritte, das zeigt wohl, dass hier noch besondere Faktoren mitsprechen.)

36. Fuhrmann, Dysmenorrhoe. Übersichtsreferat. Med. Klinik. Nr. 23. p. 984—986.

37. Galup, J., Le retentissement des affections des voies respiratoires inférieures sur l'appareil génital de la femme. La Gyn. 1913. Nr. 11. p. 654—670. Revue de gyn.

et de chir. abd. Tome 22. Nr. 3. p. 233—236. (Beziehungen zwischen Genitalorgane und Asthma, Keuchhusten, Bronchitis, akute Entzündungen — Influenza, Pneumonie, Bronchopneumonie — und Tuberkulose. — Bei den akuten Erkrankungen bleibt oft die Menstruation aus. Keuchhusten hat oft Leukorrhoe zur Folge. Bei tuberkulösen Mädchen kann oft die Menstruation verspätet, oder, was seltener ist, verfrüht eintreten; bei Frauen kann sie unregelmässig werden oder ganz wegbleiben. Seltener tritt Menorrhagie oder Metrorrhagie ein. Menstruationsstörungen überhaupt treten in 48—70% der Fälle auf. Nur die Amenorrhoe gibt eine schlechte Prognose. Frequent ist auch eine verfrühte Menopause, wahrscheinlich unter Einfluss bazillärer Toxine. — Eine günstige Einwirkung der spezifischen Behandlung ist nicht zu verkennen; in Zweidrittel der Fälle verschwinden die krankhaften Erscheinungen. — Nach Ansicht des Verf. kommt in 18—20% der Fälle auf hämatogenem Wege eine sekundäre Infektion der Genitalorgane, vorwiegend der Tuben, zustande.)

38. Gerstenberg, E., Konzentriertes Formalin, das am schnellsten und sichersten wirkende chemische Mittel zur Behandlung klimakterischer Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1201. (Technik. Erfolge. Schädigungen hat Verf. nie gesehen.)

39. Gibert, De l'âge de l'apparition de la fonction menstruelle. Thèse de Paris. 1913.

40. Girol, S. R., L'homoorganothérapie dans le traitement de quelques gynécopathies. Journ. de méd. int. Nr. 3. p. 21—23. (Uteriner Infantilismus, Dysmenorrhoe bei jungen Mädchen und pseudohysterische Beschwerden bei „sklero-zystischen" Veränderungen des Eierstocks sind durch eine Hypofunktion der Eierstöcke bedingt. Er empfiehlt für diese Fälle sein „Ovaromyom", ein Extrakt aus Ovarien von Frauen mit Myoma uteri. An einigen wenigen eigenen Fällen hatte Verf. angeblich gute Erfolge.)

41. Goenner, A., Zur Frage der Intrauterinstifte. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1326. (Im Gegensatz zu der von Opitz vertretenen Ansicht [cf. „Intrauterine Behandlung" Nr. 33) hält Verf. die Anwendung der Intrauterinstifte für erlaubt und segensreich bei gewissen Formen von Sterilität, Dysmenorrhoe und Amenorrhoe infolge schlechter Entwicklung der Genitalien und wendet dieselben in Form der Metallstifte mit Seitenöffnungen an. Er hat noch keine Nachteile davon gesehen und glaubt, dass die schlechten Resultate nur eintreten, wenn man die Stifte zu bald nach grösseren Operationen einlegt. Man soll in solchen Fällen immer 10—14 Tage warten.)

42. Goffe, J. Riddle, Menorrhagie und Metrorrhagie, was bedeuten sie? Med. Record. 1913. Vol. 84. Nr. 19. p. 867. (Trennung der Meno- und Metrorrhagien in zwei Klassen, je nachdem ein manifester ätiologischer Faktor [Endometritis, Tubenaffektion, Uterusdeviationen, Tumoren usw.) vorliegt oder nicht. Hinweis auf die Untersuchungen Sturmvogels, denen zufolge das an und für sich gerinnungsfähige Blut beim Durchtritt durch das Endometrium durch Einwirkung eines Antiferments seine Gerinnungsfähigkeit verliert. Therapeutisch werden wiederholte Abrasionen, die das submuköse Bindegewebe tangieren und dadurch Antifibrin mobilisieren können, verworfen, eine Abrasio dagegen schon zur Sicherung der Diagnose empfohlen. Unter der Annahme, dass durch das Lutein oder andere innersekretorische Stoffe des Ovariums die Periode normalerweise reguliert wird, ist Organotherapie mit Ovarialextrakten, Pituitrin, zu versuchen.)

43. Gohl, V. J. G., Het opwekken van tijdelijke steriliteit door middel van Röntgenstralen bij hardnekkige vormen van dysmenorrhoea. (Vorübergehende Sterilität durch Röntgenbestrahlung bei hartnäckiger Dysmenorrhoe.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II. Helft. Nr. 24. p. 2095. (Holländisch.) (Ergibt sich aus der Überschrift. Guter Erfolg in einem Falle.)

44. Golloway-Roswell, D. H., Ein einzigartiger Fall von vikariierender Menstruation. Journ. of the Amer. med. Assoc. 1913. Vol. 61. Nr. 21. 1897. (Zur Zeit der Menstruation starke Vermehrung der profusen Blutung aus handgrossen, oberflächlichen Ulzera an beiden Beinen, welche Ulzera zu dieser Zeit auch grösser wurden. Nach Heilung der Geschwüre Rezidiv bei jeder Periode. Deshalb Curettage des infantilen Uterus mit nachfolgender Jodtinkturätzung. Von da an Stärkerwerden der vorher schwachen Periode und definitive Heilung der Ulzera.)

45. v. Graff, E., Schilddrüse und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 109—140. (Die Behauptung des häufigen Auftretens von Strumen im Klimakterium wird als unbewiesen abgelehnt.)

46. — und J. Novak, Basedow und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 18—39. (Wird an anderer Stelle referiert.)

47. **Gumprich, G.**, Der Einfluss der Menstruation auf das Blutbild bei gesunden Individuen. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 3. p. 435—460. (Die Erythrozyten schwanken meist nur um einige Hunderttausende; auch für die Leukozyten lässt sich keine Regel aufstellen, die für alle Fälle gültig ist. Die Lymphozyten sind grossen Schwankungen unterworfen. Abfall und Anstieg während, resp. vor und während der Menses wird beobachtet, geschieht aber nie im Sinne einer Wellenlinie. — Kurven und Tabellen.)
48. **Häffner, R.**, Die Beziehungen zwischen Menstruation und Nerven- und Geisteskrankheiten auf Grund von Literatur und klinischer Beobachtung. Diss. Heidelberg. Febr.
49. **Halban, J.** und **R. Köhler**, Die Beziehungen zwischen Corpus luteum und Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 3. p. 574—589.
50. **Hall, G. T.**, Amenorrhea and dysmenorrhea. Certain forms for which treatment may be emphasized. Texas State Journ. of Med. Vol. 9. Nr. 11. p. 348—350. (Empfehlung des Intrauterinpessars zur Heilung dysmenorrhoischer Beschwerden bei Subinvolutio uteri, pathologischer Anteflexion und engem Zervikalkanal. — Störungen wurden nicht beobachtet. — Zwei eigene Fälle werden ausführlich mitgeteilt.)
51. **Hasche-Klünder**, Ein Fall von degenerativer Hysterie in engem Zusammenhang mit dem Geschlechtsleben und vor allem mit der Menstruation. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 51. Heft 3—6. (Im Alter von 12 Jahren wurde das Mädchen von monatlich wiederkehrenden, kurzdauernden psychischen Störungen — Verwirrtheit, Wandertrieb — befallen. Mit Einsetzen der Menstruation verloren sich diese Anfälle, traten aber bei Beginn des Geschlechtsverkehrs in verstärktem Masse wieder auf und führten schliesslich zu einer völligen ethischen Depravation der Patientin. Verf. hält den Zusammenhang der Erkrankung mit dem Geschlechtsleben für feststehend. Das Leiden selbst muss als eine auf degenerativer Basis entstandene hysterische Psychose angesehen werden.)

51a. **Helms, O.**, I hvilken alder indtraeder Menstruationen hos kvinder her i Landet? (In welchem Lebensalter tritt die Menstruation bei Weibern hierzulande ein?) Ugeskr. f. Laeger. p. 1893—1897. (Das Material entstammt einem Sanatorium für Lungentuberkulose. Von 1700 Patienten waren nur 1000 „brauchbar". Als Durchschnittsalter wurde 15 Jahre 7 Monate gefunden. Verf. meint, daß die Menstruation im Verhältnis zur Mitte des letzten Jahrhunderts in unseren Tagen ungefähr zwei Jahre früher eintritt.) (O. Horn.)

52. **Hernaman-Johnson, F.**, The treatment of severe menstrual pain and excessive bleeding by X-rays. Practitioner. Nr. 5. p. 716—720. (Mitteilung von zwei Fällen und kurze Beschreibung der Technik.)
53. **Hirschberg, A.**, Über die vikariierende, bzw. komplementäre Menstruation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. — Italienisch: Boll. della clin. Nr. 7. p. 335. (Den in der Literatur verzeichneten Beobachtungen reiht Verf. den Fall einer 27jährigen Frau an, bei welcher vom 17. Lebensjahre angefangen regelmässig neben der Genitalblutung eine Blutabsonderung aus den Brüsten bestand. Verf. lässt es unentschieden, ob es sich da um eine besondere Art von Störung des innersekretorischen Drüsenstoffwechsels oder um eine Gefässneurose handelt.)
54. **Hoffmann, E.**, Die Toleranz gegen Galaktose in der Norm und während der Menstruation. Zeitschr. f. experimen. Path. u. Ther. Bd. 16. Heft 3. (Beim Menschen liegt die Toleranzgrenze nicht, wie bisher angenommen wurde, bei 40 g, sondern niedriger, wahrscheinlich bei 15 g. Während der Menstruation zeigt sich die Toleranz gegen Galaktose erhöht; auch auf andere Zuckerarten scheint sich diese Toleranzerhöhung zu erstrecken. Die Hormone der Ovarien stehen also wohl in Beziehung zum Zuckerstoffwechsel. — Zahlreiche eigene Versuche am Menschen und an Kaninchen.)
55. **Hofstätter, R.**, Über Hypophysenmedikation bei Pubertätsblutungen. Gyn. Rundschau. Heft 15. p. 541.
56. **Holden, F. C.**, The treatment of sterility by the Dudley-Reynolds operation. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1913. Vol. 68. Nr. 6. p. 1064 bis 1072. (Genaue, durch instruktive Abbildungen erläuterte Beschreibung der Technik dieser beiden Operationen. Von 40 Fällen wurde in 34 die Dysmenorrhoe beseitigt, in 5 nicht gebessert, in 1 als schlimmer angegeben. 25% der Verheirateten wurden nach der Operation gravid. Für die Technik siehe das Kapitel „Gynäkologische Operationslehre".)

57. Holländer, E., Pseudomenstruatio postoperativa. Zentralbl. f. Chir. Nr. 17. p. 713 bis 715. (Tritt im Anschluss an eine nichtgenitale Bauchoperation eine Menstruation ein, so ist dies von absolut günstiger Vorbedeutung für den Operationsverlauf. Als Beispiel dieses Grundsatzes teilt Verf. den Fall einer seit zwei Jahren amenorrhoischen Frau mit, bei der 36 Stunden nach der Operation wegen Peritonitis diffusa — nach Appendizitis — eine Genitalblutung eintrat. Diese vom Verf. Pseudomenstruatio bezeichnete Genitalblutung tritt unabhängig von der normalen Periode in Erscheinung. Eine richtige physiologische Erklärung steht noch aus. Besonders für die eitrigen Peritonitiden der Douglasabszesse ist diese postoperative Genitalblutung ein günstiges Omen.)

58. Hüssy, P., Über die therapeutische Verwendung von Papaverin in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 9. p. 320—323. (Opiumalkaloid. Mit Hydrastinin kombiniert als Hydrastopon „Roche“ in den Handel. Hat sich bewährt bei spastischer Dysmenorrhoe, Mittelschmerz, Uteruskolik usw. Da es bei rein nervösen Krampfzuständen versagt, kann es differentialdiagnostisch über die Art der Dysmenorrhoe Aufschluss geben.)

59. Kahler, H., Über den Einfluss der Menstruation auf den Blutzuckergehalt. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. p. 417—418. (Untersuchungen an 22 Fällen nach der Mikromethode von Bang. Unmittelbar vor oder mit dem Eintritt der Menstruation tritt eine mit oder kurz vor dem Ende derselben wieder schwindende Hyperglykämie auf, über deren Zustandekommen nichts Näheres bekannt ist.)

60. Kaldori, S., Kasuistischer Beitrag zur Anwendung des neuen Sekaleersatzpräparates Uteramin-Zyma. Gyn. Rundschau. Heft 4. p. 130—131. (In zwei Fällen bei Metrorrhagien gute Erfolge.)

61. Kalledey, L., Über die Rolle der inneren Sekretionsdrüsen und ihre gynäkologische Anwendung. Kgl. Ges. d. Ärzte in Budapest. Sitzg. vom 28. März. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2381. (Vortragender hat durch intravenöse Applikation von Glanduovin Richter [einem Ovarialextrakt] Dysmenorrhoe, Oligomenorrhoe, Amenorrhoe, klimakterische Symptome und Schwangerschaftserbrechen, die er durch verringerte oder fehlende Funktion des Ovars bedingt erachtet, mit gutem Erfolg behandelt. Auf Grund seiner Erfahrungen glaubt Kalledey, dass das injizierte Präparat nur als Reiz wirkt und die Produktion eines stärkeren Eigenhormons anregt.)

62. Kamann, K., Hämatokolpos und Hämatometra. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 26. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1978. (Die Hämatometra reichte bis zum Nabel, Hämatosalpingen fehlten bei dem 16jährigen Mädchen. Inzision der vaginalen Atresie. Heilung.) (Heimann.)

63. Kaminskaja, L. A., Extractum fluidum polygoni hydropiperis und seine styptische Wirkung. Wratsch. Gaz. Nr. 14. p. 573—575. (Russisch.) (Gute Wirkung an 73 gynäkologischen Kranken. Dreimal täglich 30—40 Tropfen per os. Bei neun menstruierenden Frauen wurde der Blutverlust im Mittel um 36,57% kleiner.)

64. Katahira, S., Über den Zusammenhang der Menstruation und Psychose oder Menstruationspsychose. Diss. München. Dez. 1913.

65. King, J. L., Concerning the periodic cardiovascular and temperature variations in women. Amer. Journ. of Phys. Vol. 34. Nr. 2. p. 203—219. (Untersuchungen an 11 gesunden Frauen. Bestätigung der Lehre von der rhythmischen Wellenbewegung im Organismus des Weibes. — Literatur.)

66. Kjaergaard, S., Zur Frage der Abderhaldenschen Reaktion bei Gravidität und Menstruation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 264—265. (Im prämenstruellen Stadium fand sich konstant eine Steigerung des Abbauvermögens gegenüber Plazentargewebe, die zuweilen so stark war, dass sie den niedrigsten Grenzwert des Gravidenserums erreichte oder übertraf.)

67. König, H., Beiträge zur forensisch-psychiatrischen Bedeutung von Menstruation, Gravidität und Geburt. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 53. Heft 2. p. 685—737. Heft 3. p. 777—894. (Bei kriminellen Handlungen, die von Frauen im zeugungsfähigen Alter begangen sind, empfiehlt es sich, Erhebungen über die zeitlichen Beziehungen der Tat zu den Menstruationsterminen anzustellen und dieselben in den Akten zu verzeichnen. Das Zusammentreffen von Menstruation und Tat bedingt an und für sich noch keine Alteration der Zurechnungsfähigkeit, lässt aber eine ärztliche Untersuchung angebracht erscheinen. In zweifelhaften Fällen erscheint eine ärztliche Beobachtung von einem oder besser mehreren Menstruationsterminen geboten. Für die Bewertung des menstruellen Vorganges als die Zurechnungsfähigkeit aufhebendes, bzw. beein-

trächtigendes Moment lassen sich keine allgemein gültigen Regeln aufstellen, dieselbe kann immer nur für jeden einzelnen Fall festgestellt werden.)

68. Kosminski, E., Zur Behandlung der Amenorrhoe mit Hypophysenextrakten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1655. (24 Patientinnen wurden mit Injektionen von Pituitrin, Pitoglandol oder Hypophysin behandelt. Bei 20 traten nach längerer Pause die Menses wieder ein; bei 6 wurde eine dauernde Heilung erzielt. Durchaus erfolglos war die Behandlung nur bei 3, wovon eine an Bauchfelltuberkulose litt, zwei vor einiger Zeit Typhus gehabt hatten. Es betrafen 7 Fälle angeborenen Infantilismus, 3 Subinvolutio uteri, 3 Adipositas, 3 präklimakterische Amenorrhoe — bei letzteren wurde auch Ovaradentriferrin gegeben —, 5 Neurasthenie bzw. Hysteroepilepsie und 5 Oligomenorrhoe. Im allgemeinen wurde die Injektion jeden zweiten Tag gegeben, nach 10 Injektionen eine Woche ausgesetzt, der Urin wurde kontrolliert. Von Störungen wurde nur bisweilen Schwindel und Ohrensausen beobachtet.)
69. Kraus, A. G., Die Therapie der klimakterischen Ausfallserscheinungen. Diss. in. Freiburg i. Br. Juli.
70. Landeker, A., Zum Kapitel der vikariierenden Menstruation. Allg. med. Zentral-Zeitg. Jg. 83. Nr. 20. p. 219—220. (Periodisches Auftreten profuser Diarrhöen in typischen Menstruationsintervallen. Mitteilung zweier aus einer Reihe von 17 selbst beobachteten Fällen.)
71. Landsberg, E., Zwei therapeutische Vorschläge für die gynäkologische Praxis. Extrakt aus Corpora lutea vera gegen Blutungen. Therap. Monatsh. Heft 5. p. 345—347. (Bei acht Fällen von Pubertätsblutungen mit Veroglandol „Roche" subkutan prompte Wirkung.)
72. Lerner, S., Die inneren Erkrankungen und ihre Beziehungen zur Menstruation. Diss. in Strassburg 1913.
73. Leuret, E., A propos d'une fixation de l'utérus. Soc. de chir. de Paris. Séance du 10 Juillet. Ref. Presse méd. p. 570. (Fistelbildung nach Ventrofixation, weil man eine Kompresse vergessen hatte. Menstruelles Sekret aus der Fistel, weil man eine Tube — anstatt des Lig. rot. — fixiert hatte!)
74. Lobligeois, L'électrothérapie dans les troubles de la menstruation. Progrès méd. Nr. 16. p. 188—189. (Allgemeine Betrachtungen und Indikationsstellung.)
75. Mac Farlane, C., A graphic menstrual chart. Obst. Soc. of Philadelphia. Meeting on Nov. 6. 1913. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 4. p. 677—681. (Die Tabellen sollen von den Frauen selbst geführt werden.)
76. Mapes, C. C., Infantile menstruation. Pediatrics. Vol. 26. Nr. 1. p. 24—30.
77. Marcotty, Über das Corpus luteum menstruationis und das Corpus luteum graviditatis. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. p. 63—106. (Mit 1 Tafel.)
78. Maresch, R., Hochgradige senile Involution des weiblichen Genitales mit vollständiger Obliteration des Uterus und der Vagina. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1953.
79. Martin, A., Der intrauterine Stift. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 6. (Stiftbehandlung der Amenorrhoe resp. Oligomenorrhoe, besonders bei infantil entwickeltem Uterus an etwa 80 Fällen, grösstenteils mit Erfolg. Technik.)
80. Mayer, E., The intranasal treatment of dysmenorrhea with a report of ninety-three cases. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 1. p. 6—8. (Kokainisierung, Kauterisation und Verätzung der Genitalpunkte mit Trichloressigsäure. In 60% der Fälle Heilung; nur 19 blieben unbeeinflusst.)
81. Meyer, R., Über die Beziehung der Eizelle und des befruchteten Eies zum Follikelapparat, sowie des Corpus luteum zur Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1. 1—19. (Wird im Kapitel „Ovarien" referiert.)
82. Miller, J. W., Corpus luteum, Menstruation und Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. p. 568—619. (Wird im Kapitel „Physiologie der Gravidität" referiert.)
83. Monheim, M., Menstruation bei Herzfehlern. Diss. in München 1913.
84. Mosher, C. Duel, A physiologic treatment of congestive dysmenorrhoea and kindred disorders associated with the menstrual function. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol 62. Nr. 17. p. 1297—1301. (Die Ursache soll in Zirkulationsstörungen im Abdomen und im Becken liegen. Therapeutisch Atemübungen in Rückenlage, um den Abfluss des Blutes nach dem Herzen zu begünstigen.)
85. Münzer, A., Pubertas praecox und psychische Entwicklung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. p. 448—449. (Menstruation seit dem dritten Lebensmonate.)

86. Nessmelowa, S. N., Beiträge zu den Veränderungen des Blutes durch die Menstruation. Diss. in Tomsk. 1913. (189 Seiten. Russisch.)
87. Ohrenstein, J., Beitrag zur Behandlung der Amenorrhoe. Wiener med. Wochenschr. Nr. 36. p. 2013. (Empfehlung des Ovaradentriferrin. Gute Erfolge in fünf Fällen. Die Menses traten meist bald nach Gebrauch der Tabletten wieder auf und kehrten dann regelmässig wieder.)
88. Oliver, J., Painful menstruation. Practitioner. Nr. 1. p. 107—114. (Bekannte innere Mittel gegen Dysmenorrhoe. Nichts Neues.)
89. Passow, C. A., Wechselseitige Beziehungen zwischen Psychosen und Menstruationsstörungen. Med. Klinik. Nr. 12. p. 497—500. (Allgemeine Betrachtungen und Mitteilung eines eigenen Falles von menstruellem Irresein.)
90. Patton, W. T., A case of supplemental vicarious menstruation cured by submucous resection of nasal septum. Laryngoscope. Vol. 24. Nr. 3. p. 184. (20jähriges Mädchen; seit dem 15. Jahre regelmässig drei Tage vor der Menstruation Nasenblutung. Heilung durch submuköse Resektion der S-förmigen Septumdeviation.)
91. Petit-Dutaillis, P., Aperçu pratique des dysménorrées et de leur traitement. La Gyn. Nr. 2. p. 99—115. (Praktische Übersicht. Nichts wesentlich Neues. Bei der infantilen Form der Dysmenorrhoe empfiehlt Verf. ein von ihm selbst angegebenes, röhrenförmiges, gefenstertes Intrauterinpessar und eine Modifikation desselben von Bisch, mit denen er gute Erfolge erzielt hat. — Ablehnung der Endometritisbehandlung mit Chlorzinkinjektionen.)
92. Pick, J., Meine Erfahrungen mit Styptol. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 22. p. 831. (Die schlechten Erfahrungen, die häufig mit diesem Mittel gemacht werden, beruhen darauf, dass meist zu geringe Dosen gegeben werden. 12—15 Tabletten pro die werden anstandslos vertragen und führten bei chronischer Metritis, Dysmenorrhoe und auch bei interstitiellen Myomen zu sehr befriedigendem Ziel. Nebenwirkungen oder Störungen wurden niemals beobachtet.)
93. Pickel, J., Beeinflussung gynäkologischer Blutungen durch Erystyptikum „Roche". Therap. d. Gegenw. 1913. Dez. (Empfehlung des Präparates auf Grund praktischer Erfahrungen bei Menorrhagien, habitueller profuser Menstruationsblutung, präklimakterischen und klimakterischen Blutungen usw.)
94. Revillet, L., De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales. Organes génito-urinaires. Prov. méd. Année 27. Nr. 25. p. 271—276. (Die Heliotherapie heilt zahlreiche verzweifelte Fälle von Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, für die kein anatomischer Grund vorliegt. Beim jungen Mädchen in der Pubertät verhindert sie den Infantilismus und die Hypoplasie der Geschlechtsorgane.)
95. Rieck, A., Zur Therapie der Amenorrhoe. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 16. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 421. (Empfehlung des Intrauterinstiftes.)
96. — Zur Therapie der Amenorrhoe. Ein Wort für den Intrauterinstift. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1061. (Der Intrauterinstift ist ein ausgezeichnetes Mittel, um funktionelle Amenorrhoen und Oligorrhoen zu beseitigen. Er tut das noch in der grössten Mehrzahl der Fälle, die jeder anderen Therapie trotzen. Die Wirkung ist um so sicherer, je grösser die Beschwerden waren. Durch den Dauerstift kommt es in den meisten Fällen zu einer wirklichen Heilung der angeführten Menstruationsanomalien, indem auch nach Herausnahme des Stiftes der gute Zustand erhalten bleibt. Der zweckmässig geformte und im Tragen kontrollierte Intrauterinstift ist gänzlich ungefährlich. In 19 von 22 Fällen, von denen in einer Tabelle alle Besonderheiten ausführlich mitgeteilt werden, war der Erfolg sehr befriedigend.)
97. Rosenblatt, D. J., Über den Einfluss von Operationen im Bereiche der Adnexe auf den Verlauf der Menstruation. Diss. in. Strassburg i. E. April.
98. Roussakova-Zuovitch, A. A., Salz- und Schlammbäder während der Menstruation. Journ. akusch. i shensk. bol. Mai-Juni.
99. Ruge II, C., Über Ovulation, Corpus luteum und Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1. p. 20—48. (Ovulation und Corpus luteum-Bildung stehen mit den zyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut in einem zeitlichen Zusammenhang. Berstung des Follikels und die Anfänge der Corpus luteum-Entwicklung fallen in die ersten 14 Tage nach Beginn der Menstruation. Vaskularisation und Blüte des Corpus luteum finden sich in der zweiten Hälfte des Intermenstrums. Mit dem Auftreten der Menses beginnt die Rückbildung des Corpus luteum.)

100. Schäffer, K., Über die Beeinflussung der Menstruation durch gynäkologische Operation. Diss. in München 1913.
101. Schattauer, F., Zur Therapie innerer Blutungen. Frauenarzt. Heft 1. p. 3—5. (Gute Erfolge mit Styptasetabletten, in der Hauptsache tanninchlorsaures Kalzium und andere hämostyptische Medikamente, wie Hamamelis, Flurate usw. enthaltend. Sie bilden eine wünschenswerte Ergänzung unserer Sekaletherapie.)
102. Schickele, G., Die Beziehungen der Menstruation zu allgemeinen und organischen Erkrankungen. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. 1913. Bd. 12. p. 385—488.
103. — Die Ätiologie und kausale Therapie der Uterusblutungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 290—333. (Umfassender Sammelbericht; Referat siehe im Kapitel „Pathologie des Uterus".)
104. Schiffmann, J., Tuberkulose, Uterusatresie und Amenorrhoe. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. p. 1—17. (Zwei genau klinisch beobachtete und anatomisch-histologisch beschriebene Fälle. Durch beide wird die Ansicht bestätigt, dass bei vollständigem Fehlen der Menses nicht immer der Infantilismus, sondern eingreifende, klinisch nicht nachweisbare Veränderungen in der Zeit vor der Pubertät die Ursache abgeben, dass dem klinisch diagnostizierten Infantilismus in der Tat anatomisch-histologisch ein anderer erworbener Zustand zugrunde liegen kann, so dass die Trias dann Tuberkulose, tuberkulöse Erkrankung des Uterus bzw. Folgezustände, Atresie und Amenorrhoe lauten würde. — Mit 2 Textfiguren und 1 Tafel.)
105. Schnock, B. M., Ein Fall von Schwangerschaft bei primärer Amenorrhoe und vikariierender nasaler Menstruation. Diss. in. Giessen. (Mit Eintritt der Schwangerschaft hörte die nasale Menstruation auf.)
106. Schottländer, J., Zur Theorie der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion, sowie Anmerkungen über die innere Sekretion des weiblichen Genitales. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 425—438. (Die paradoxen [positiven] Resultate mit der Reaktion bei Fällen von Adnextumoren, Karzinomen, Myomen usw. in Fällen von fehlender Schwangerschaft lassen sich vielleicht darauf zurückführen, dass die untersuchten Frauen sich in der antemenstruellen Periode befunden haben. Die positiven Befunde bei Amenorrhoischen [Kelledey] führt Verf. auf Thekaluteinzellensekrete zurück, die er den Deziduazellen gleich bewertet.)
107. Schröder, R., Über das Verhalten der Uterusschleimhaut um die Zeit der Menstruation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1. p. 3—21. (Verf. teilt auf Grund seiner Untersuchungen von Uterusschleimhaut, die teils durch Abrasionen, teils durch Exstirpation des Uterus gewonnen war, die Veränderungen der Schleimhaut in drei Phasen ein: I. Prämenstruumende [Zeitraum: 3—4 Tage vor Blutungsbeginn), II. Schleimhautzerfall = anatomische Menstruation [Zeitraum: die ersten drei Tage der Blutung]. III. Status post desquamationem et regenerationis [Zeitraum: 2 resp. 3—5 Tage nach Beginn der Blutung].)
108. — Über Anatomie und Pathologie des Menstruationszyklus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1321.
109. Schwarz, E., Metrorrhagia. New York. med. Record. Vol. 86. Nr. 4. p. 155.
110. Schwarz, O., Über die sogenannte nervöse Pollakiurie bei Frauen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 13. p. 597—600. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. Beiheft 3. Verhandl. d. Deutschen Ges. f. Urol. 4. Kongr. in Berlin. 1913. p. 346—352. (Die Symptome verschwinden oft total zur Zeit der Menstruation, d. h. zur Zeit der gesteigerten Ovarialtätigkeit. Vielleicht liegt die Ursache in einem gesteigerten Sympathikustonus. Es gelang durch Zufuhr von Ovarialsubstanz auch im Menstruationsintervall einzelne Frauen von ihren Beschwerden zu befreien.)
111. Seitz, L., H. Wintz und L. Fingerhut, Über die biologische Funktion des Corpus luteum, seine chemischen Bestandteile und deren therapeutische Verwendung bei Unregelmässigkeiten der Menstruation. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1657 bis 1661. Nr. 31. p. 1734—1738. (Die Menstruation hängt von der Funktion des Corpus luteum ab. Dieses enthält zwei Körper: das Luteolipoid, das blutungshemmende Eigenschaften hat und subkutan vor und während der Menses einverleibt die Blutung vermindert und abkürzt. Und 2. das Lipamin, ein Lipoproteid, und zwar ein Lezithalbumin. Es bewirkt im Tierexperiment ein beschleunigtes Wachstum der Genitalien, beim Weibe lässt sich durch subkutane Einspritzung bei Amenorrhoischen die Menstruation herbeiführen. Das Luteolipoid und das Lipamin sind Antagonisten und regulieren den Ablauf der Menstruation. Therapeutisch wirkt das Luteolipoid vor-

züglich bei Pubertätsblutungen und bei Menorrhagien ohne organische Grundlage. Bei klimakterischen Blutungen wirkt es nur, wenn die Blutungsgerinnung verlangsamt ist. Wirkungslos ist die Injektion bei Blutungen auf entzündlicher Grundlage. Bei Myomen tritt sogar eher eine vorübergehende Verstärkung der Blutung ein. Bei Dysmenorrhoen, die mit stärkeren Blutungen einhergehen, hat das Luteolipoid günstige Wirkung auf die Schmerzen. Das Lipamin vermag, genügend lange angewendet, bei Amenorrhoischen die Menstruation herbeizuführen. Es ist berechtigt, den Versuch zu machen, die Hypoplasie der Genitalien durch längerdauernde Einspritzung des Lipamins zu beheben. Es scheint, dass bei Dysmenorrhoen mit zu geringer Blutung das Lipamin, vor der Periode eingespritzt, die Schmerzen zu lindern und zu beseitigen vermag. — 16 Kurven. 2 Abbildungen. Ausführliche Mitteilung von 16 Krankengeschichten.)

112. Sielmann, R., Hundert Fälle von Frauenleiden mit Röntgenstrahlen behandelt. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 3. p. 277—290. (Myome, Metropathien, klimakterische Blutungen und Dysmenorrhoen sind mit seltenen Ausnahmen durch Röntgenbestrahlung heilbar. Dazu genügen geringe und mittlere Dosen. Alle nicht operablen malignen Tumoren sind mit grossen Dosen zu behandeln. Operierte Fälle müssen prophylaktisch bestrahlt werden. — Siehe auch unter „Strahlentherapie der Myome".)

113. Siredey, A. et H. Lemaire, Traitement des dysménorrhées, Paris méd. Nr. 21. p. 516—518. Allg. Wiener med. Zeitg. Nr. 19. p. 190—191. Nr. 20. p. 200—201. (Im Schmerzanfall Bad von 38°, nach Bedarf 2—3 täglich, ferner Bettruhe, heisse Kompressen. Bei der Dysmenorrhoe der Pubertät allgemein-hygienische Massnahmen, Organtherapie, Nasenaffektionen, insbesondere Hypertrophie der unteren Muscheln, indizieren nasale Behandlung mit Kokain oder Kauterisation. In der Zeit des aktiven Geschlechtslebens wird die Dysmenorrhoe oft günstig durch eine Ovariotomie beeinflusst. Bei mangelhafter Entwicklung des Uterus ist Massage, bei Stenose des inneren Muttermundes Dilatation mit Laminaria zu empfehlen. Für die Dysmenorrhoe der Menopause ist sehr häufig Hyperthyreoidismus die Ursache, der organtherapeutisch zu behandeln ist. Von Medikamenten kommen solche in Frage, die auf den Blutumlauf günstig wirken: Hamamelis virginica, Hydrast. canadens, Viburnum prunifolium, Piscidia erythrine, Cannabis indica. Bei Dysmenorrhoea membranacea lokale Behandlung der Uterusschleimhaut.)

114. — — Traitement des aménorrhées. Paris méd. Nr. 25. p. 610—612. (Allgemeine Betrachtungen. Nichts Neues.)

115. Sokoloff, F., Menstruatio praecox bei einem Neugeborenen. Geb.-gyn. Ges. in Kiew. Sitzg. vom 22. Nov. 1913. Ref. La Gyn. Mai. p. 380.

116. Spencer, W. G., Two cases of tuberculous peritonitis and salpingitis with menstrual complications. The Brit. med. Journ. Nr. 2767. Jan 10. p. 83—84. (Siehe näheres im Kapitel „Ligamente und Tuben". Im ersten Falle bestand eine intermittierende Hämatosalpinx während der Menstruation. Im zweiten hatte sich beiderseits im Anschluss an die Entfernung tuberkulöser Anhänge eine „Menstrualfistel" gebildet.)

117. Stolper, L., Zur Atropinbehandlung der Dysmenorrhoe. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3. p. 46—47. (Durch Atropin — symptomatisch — zu beeinflussen sind in der Regel die Fälle mit fast normalem Blutdruck, welche häufig vagotonische Zeichen aufweisen. Dagegen reagieren Fälle mit starker Blutdrucksteigerung nicht auf Atropin, sondern auf fortgesetzte, die Zirkulation im kleinen Becken regulierende, den Blutdruck herabsetzende Behandlung. Die Uzara wirkt in manchen Fällen der ersten Gruppe analog dem Atropin günstig.)

118. Streit, B., Über Katamen Cefag, ein neues, wirksames Mittel gegen Dysmenorrhoe. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Bd. 44. Nr. 25. p. 782—783. (Chemisch ein Gemisch von Antipyrin, Pyramidon und Benzoesäure. Sehr gute Erfolge in 10 Fällen von Dysmenorrhoe, ohne irgendwelche Störungen.)

119. Sturmdorf, A., The functional metrorrhagias, their nature and control. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 7. p. 507—508. (Während der Menstruation und abnormalen Uterusblutungen wird dem Endometrium durch den grossen Kreislauf normal-gerinnungsfähiges Blut zugeführt, indessen sondert es dasselbe in nicht-gerinnungsfähigem Zustande wieder aus. Der Verlust der Gerinnungsfähigkeit liegt nicht in dem Fehlen gewisser Substanzen im Blute, sondern in der Gegenwart hemmender Stoffe, die periodisch von dem Endometrium ausgeschieden werden und sich aus ihm extrahieren lassen. Das Endometrium wird zur Absonderung dieser Stoffe angeregt

von einem Hormon, das im Graafschen Follikel entsteht. Letztere Substanz kann man bisher noch nicht isolieren und kennt auch nicht seine Antagonisten. Die Ausscheidung des gerinnungshemmenden Stoffes im Endometrium lässt sich jedoch entgegenwirken durch Herabsetzung des Blutdruckes und Unterdrückung der Hyperaktivität des Endometriums. Also therapeutisch: allgemeine Blutdruckverminderung und lokal Ätzungen mit reinem Azeton oder 16%iger Formaldehydlösung.)

120. Terhola, L., Über Blutveränderungen während der Geburt, Laktationsperiode und der ersten Menses post partum. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. p. 115—216. (Mit 9 Tafeln.)

121. Trebing, J., Erystyptikum „Roche" bei Blutungen der weiblichen Genitalorgane. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 554. (Eine Verbindung von Extr. Hydrastis, Hydrastininum synth. und Sekakornin. Günstige Wirkungen. Dosierung: dreimal täglich 30 Tropfen oder in fester Form viermal ein Messglas.)

122. Walker, F. E., The induced climacteric. Journal-Lancet. Nr. 7. p. 181—183. (Wird an anderer Stelle referiert.)

123. Walther, H., Hydrastopon, ein neues Antidysmenorrhoikum. Med. Klinik. Nr. 20. p. 850—852. (Kombination von Papaverin. hydrochloric. „Roche" mit Hydrastin. synth. „Roche". Sehr günstige Erfahrungen, besonders in Fällen mit Neigung zu starker Blutung und schmerzhaften Koliken zu Beginn der Menses. Der kombinierte Effekt soll bestehen in einer deutlich vasokonstriktorischen Wirkung des Hydrastins auf die Blutgefässe des Uterus und einer krampfstillenden des Papaverins auf die Uterusmuskulatur. — 14 eigene Fälle; davon in 10 gute Wirkung.)

124. Wassilieff, R., De l'influence des études supérieures sur la menstruation. Diss. in. Genève. 1913.

125. Whitehouse, H. Beckwith, Menstrual pain. Universal med. rec. 1913. Vol. 4. p. 383. (Dysmenorrhoe ist keine Krankheit, sondern nur ein Symptom. Die ovarielle, uterine und nervöse Ätiologie soll unterschieden werden. Gerade bei den schweren Formen liegt die Ursache häufig in Erkrankungen eines Ovarium. An vier Fällen aus eigener Praxis wird dies vom Verf. gezeigt. Therapie.)

126. — — The physiology and pathology of uterine haemorrhage. The Lancet. Nr. 4726. March 28. p. 855—877. (Mit 12 Mikrophotogrammen auf 1 Tafel.) (Ref. im Kapitel „Pathologie des Uterus".)

127. Worontysch, N., Zur Frage der menstruellen Schilddrüsenvergrösserung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26. (Wiederholte Messungen an 53 Frauen in der Zeit der Menstruation. Zahlenmässig nachweisbare Schwankungen zur Zeit der Menstruation wurden nur in geringer Zahl beobachtet. Dabei ist es nicht sicher, sondern nur wahrscheinlich, dass die Volumvergrösserung wirklich durch die Menstruation bedingt ist. Die bisherigen gegenteiligen Annahmen sind nicht genügend begründet.)

Zur **Physiologie der Menstruation** sei auf die Untersuchungen über den **Zusammenhang von Menstruation und Corpus luteum** hingewiesen. Auf diesem Gebiete sind Arbeiten erschienen von Halban und Köhler (49), Marcotty (77), R. Meyer (81), Miller (82) und Ruge II (99), alle im Archiv für Gynäkologie. Schnock (105) hat einen Fall von Schwangerschaft bei primärer Amenorrhoe als Thema einer Dissertation benutzt. Boldt (14) berichtet über eine Schwangerschaft nach Einsetzen der Menopause. Ein Fall von besonderer Fertilität, kombiniert mit konstanten Blutungen, wurde von Berger (9) beobachtet und aus der Annahme einer kontinuierlichen Ovulation erklärt. Bandler (5) bespricht den Zusammenhang zwischen Ovar, Schilddrüse und Menstruation.

Zur Bestätigung der Lehre von der **rhythmischen Wellenbewegung im Organismus des Weibes** hat King (65) die periodischen kardiovaskularen und Temperaturveränderungen studiert. Worontysch (127) versuchte an 53 Frauen durch wiederholte Messungen zur Zeit der Menstruation eine **Vergrösserung der Schilddrüse** festzustellen, konnte diese aber nur in wenigen Fällen nachweisen. Gumprich (47) gelang es nicht, eine mit der Menses in Beziehung stehende Veränderung in der Zahl der Erythrocyten und Leukocyten im Blute der Frau in Form einer Wellenlinie aufzufinden.

Auch Davidowitsch (19; Dissertation), Nessmelowa (86), Terhola (120) u. a. haben die **Blutveränderungen während der Menstruation** studiert. Friedrich (35) bestimmte den Lipoidgehalt des Blutes bei Amenorrhoe und Phthise. Stolper (117) beschäftigte sich mit dem Blutdruck während der Menstruation. Untersuchungen nach dem Einfluss der Menstruation auf dem Blutzuckergehalt stammen von Kahler (59). — Hoffmann (54)

konnte feststellen, dass während der Menses die Toleranz gegen Galaktose erhöht ist, welche Toleranzerhöhung sich auch auf andere Zuckerarten zu erstrecken scheint.

Kjaergaard (66) und Schottländer (106) publizieren Erfahrungen mit der **Reaktion nach Abderhalden** während der Periode. Ersterer fand im prämenstruellen Stadium konstant eine Steigerung des Abbauvermögens gegenüber Plazentargewebe, die zuweilen so stark war, dass sie den niedrigsten Grenzwert des Gravidenserums erreichte oder übertraf.

Die **physiologischen Vorgänge in der Schleimhaut** bei der Absonderung des Menstrualblutes im Uterus, besonders die Ursache der herabgesetzten Gerinnungsfähigkeit dieses Blutes haben Blair Bell (13), Goffe (42), Seitz (111) und Sturmdorff (119) studiert. Erstere beide Autoren glauben das Fehlen eines Fermentes, letzterer das Vorhandensein eines Antifermentes annehmen zu müssen und dafür vitale Prozesse im Endometrium verantwortlich machen zu können.

Driessen (23), Schröder (107), Whitehouse (126) u. a. haben die **histologischen Veränderungen** der Uterusschleimhaut um die Zeit der Menstruation erforscht und suchen die gefundenen Bilder den physiologischen und klinischen Erscheinungen des Menstruationszyklus anzupassen.

Über das **Alter**, in dem **die Periode zum ersten Male** in Erscheinung zu treten pflegt, hat Gibert (39) statistische Untersuchungen angestellt und diese in seiner französischen Dissertation bearbeitet. Fälle von **Menstruatio praecox** werden von Fonareff (34), Mapes (76), Münzer (85) und Sokoloff (115) publiziert. Münzer hat sich besonders für die psychische Entwicklung seiner kleinen Patientin interessiert.

Dieulafé (21) und Kamann (62) beschreiben Fälle von **Hämatometra** infolge Atresie und Fehlen der Scheide.

Wahrscheinlich mit der **Pubertät** im Zusammenhange steht der von Anton (2) beobachtete Fall von einer familiären Dysostose, beginnend in der Geschlechtsreife.

Zur Behandlung der **Pubertätsblutungen** werden ausser Kalciumchlorid (von Coe; 16), hauptsächlich Organpräparate empfohlen. Hypophysenextrakte von Deutsch (20) und Hofstätter (55), Corpus luteum-Substanzen von Landsberg (71) und Seitz (111).

Über die **Begleiterscheinungen der Menopause** haben Badwin (3), Bassani (6), Walker (122) u. A. Arbeiten publiziert. Maresch (78) teilt einen Fall mit von hochgradiger seniler Involution des weiblichen Genitales mit vollständiger Obliteration des Uterus und der Vagina. v. Graff (45) lehnt die Behauptung des häufigeren Auftretens von Strumen im Klimakterium als unbewiesen ab.

Zur **Behandlung der klimakterischen Ausfallserscheinungen** werden u. a. von Benthin (7), Kalledey (61) und Kraus (69; Dissertation) Eierstockpräparate empfohlen. Die Strahlenbehandlung hat in der Therapie der klimakterischen Blutungen ihre grössten Erfolge zu verzeichnen. Diesbezügliche Arbeiten sind im Kapitel „Strahlentherapie der Myome" in grosser Zahl erwähnt. Hier sei nur auf die Publikationen von Sielmann (112) und Hernamann-Johnson (52) hingewiesen. — Gerstenberg (38) sah gute Erfolge von Ätzungen mit konzentriertem Formalin, Pickel (93) vom Erystypticum „Roche".

Meno- und Metrorrhagien können sowohl ihre essentielle, organische, in- oder ausserhalb des Uterus gelegene Ursache haben, wie auch durch **funktionelle Faktoren** bedingt sein. Erstere werden im Kapitel „Pathologie des Uterus" unter 3. b) „Metropathien, Endometritis" eingehend gewürdigt. Zur Kenntnis der letzteren liefern die Untersuchungen von Goffe (42), Schickele (102), Seitz (111), Sturmdorff (119) u. a. neue Beiträge.

Figueroa (31) und Mac Farlane (75) haben Methoden angegeben, die **Stärke des Blutverlustes** in Kurven graphisch darzustellen.

Als Mittel, den übermässigen Blutverlust bei der Menstruation einzuschränken, werden die verschiedensten Verfahren und **Medikamente** empfohlen. Abel (1) und Kaldori (60) haben gute Erfolge von Uteramin-Zyma gesehen, Benthin (7), Goffe (42), Schickele (103) u. a. von Eierstockpräparaten, Birnbaum (10 u. 11) von Inhibin und Valamin, Ekstein (27) und Schattauer (101) von Styptase, Feldmann (30), Pickel (93) und Trebing (121) vom Erystypticum „Roche", Focke (33) von Digitalis, Hernaman-Johnson (52) u. a. von der Strahlentherapie, Kaminskaja (63) vom Extractum polygoni hydropiperis, Pick (92) von Styptol, Landsberg (71) und Seitz (111) von Corpus luteum-Extrakte, Sturmdorf (119) von Azeton- und Formaldehydätzungen.

Nach Whitehouse (125) ist die **Dysmenorrhoe** keine Krankheit, sondern nur ein Symptom. Die ovarielle, uterine und nervöse **Ätiologie** soll unterschieden werden. Nach Bandler (5), Dalché (18) und Siredey u. Lemaire (113) scheint jedoch auch die Schilddrüse in vielen Fällen eine wichtige Rolle bei der Entstehung dieser Anomalie zu spielen.

Therapeutisch wird demnach von diesen Autoren die Darreichung von Schilddrüsenpräparaten, ev. in Kombination mit Ovarialpräparaten empfohlen.

Döderlein (22) unterscheidet eine anatomisch-neurotische und eine psychoneurotische Form der Dysmenorrhoe und richtet danach die Behandlung ein.

Mosher (84) weist auf das Vorkommen einer kongestiven Dysmenorrhoe infolge Zirkulationsstörungen im Abdomen und im Becken hin und rät therapeutisch in diesen Fällen zu Atemübungen in Rückenlage, um den Abfluss des Blutes nach dem Herzen zu begünstigen. Stolper (117) erkennt eine ähnliche Ätiologie an. Auch Siredey und Lemaire (113) heben die gute Wirkung solcher Medikamente, die auf den Blutumlauf günstig wirken, hervor. Nach denselben Autoren wird in der Zeit des aktiven Geschlechtslebens die Dysmenorrhoe oft günstig durch eine Ovariotomie beeinflusst. Bei der Dysmenorrhoe der Pubertät sind allgemein-hygienische Massnahmen und ev. Organtherapie indiziert. **Nasenaffektionen,** insbesondere Hypertrophie der unteren Muskeln erfordern nasale Behandlung. Auch Brettauer (15) und E. Mayer (80) legen Wert auf die Nasenuntersuchung, ev. Behandlung bei dysmenorrhoischen Beschwerden.

Die Zahl der **gegen Dysmenorrhoe empfohlenen Mittel** ist überhaupt legion. Zur Organtherapie sind an erster Stelle die Ovarienpräparate von Wichtigkeit, die ausser von den schon obengenannten Autoren von Benthin (7), Girol (40), Kalledey (61), Seitz (111) u. a. empfohlen werden. Girol (40) hält für die Behandlung der Dysmenorrhoe bei sklero-zystischen Veränderungen des Eierstocks die Verabreichung eines Extraktes aus Ovarien von Frauen mit Uterusmyomen besonders heilsam.

Birnbaum (11) lobt das Valamin, Falk (28) das Phenoval, Streit (118) das Ketamen Cefag. Stolper (117) hält für viele Fälle Atropin indiziert, Hüssy (58) und Walther (123) empfehlen Hydrastopon „Roche“. — Gohl (43), Hernaman-Johnson (52), Sielmann (112) und viele andere (cf. das Kapitel „Strahlentherapie der Myome“) hatten mit Röntgenbestrahlung gute Erfolge. In manchen Fällen von infantil entwickeltem Uterus oder angeborene oder erworbene Enge des Zervikalkanals scheint die Anwendung des Intrauterinpessars, unter Einhaltung aller Vorsichtsmassregeln, empfehlenswert. Goenner (41), Hall (50) und Petit-Dutaillis (91) haben Erfahrungen an einer grossen Anzahl Fällen und berichten gutes. Holden (56) verzeichnete in 34 von 40 Fällen mit der Operation nach Dudley-Reynolds gute Resultate.

Die Therapie der **Amenorrhoe** beruht im wesentlichen auf denselben Prinzipien. Auch hier wird bei in der Entwicklung zurückgebliebenem Uterus der Intrauterinstift empfohlen: Goenner (41), Hall (50), Martin (79), Rieck (96), u. a. Von der Organtherapie mit Eierstockpräparaten wird von Benthin (7), Kalledey (61), Ohrenstein (87), Seitz (111), mit Hypophysenextrakt von Kosminski (68) gutes berichtet.

Zu der Erscheinung der **vikariierenden** bzw. **komplementären Menstruation** gehören die von Golloway-Roswell (44; Blutung aus Ulcera an den Beinen), Hirschberg (53; Blutabsonderung aus den Brüsten), Holländer (57; Pseudomenstruatio postoperativa), Landeker (70), Leuret (73), Patton (90; Nasenblutung) und Schnock (105; nasale Menstruation) beschriebenen Fälle.

Wichtig ist die Frage des **Zusammenhanges von Menstruation und Geistesleben,** die in diesem Jahre in Anton (2), Flinker (32), Häffner (48), Hasche-Klünder (51), Katahira (64), König (67), Münzer (85) und Passow (89) Bearbeiter fand.

Auch der **Einfluss anderweitiger Erkrankungen auf die Menstruation** hat viele Untersucher zu Publikationen veranlasst. Über den Zusammenhang zwischen Halsinfektion und Menstruation schrieb Berchmann (8; Dissertation), über Hämophilie bei Frauen Czyborra (17), über Menstruation bei Morbus Basedowii Dunn (25; Dissertation), v. Graff und Novak (46), über das Verhalten der Menstruation bei Tuberkulose Friedrich (35), Revillet (94), Schiffmann (104) und Spencer (116), bei Herzfehlern Monheim (83; Dissertation), nach gynäkologischen Operationen Rosenblatt (97; Dissertation) und Schäffer (100; Dissertation). Lerner (72; Dissertation) und Schickele (102) haben allgemeine Arbeiten verfasst über die inneren Erkrankungen in ihrer Beziehung zur Menstruation. Schwarz (110) beschreibt die sog. nervöse Pollakiurie bei Frauen. Wassilieff (124) legte in einer Schweizer Dissertation seine (ihre?) Ansichten über den Einfluss des höheren Studiums auf die Menstruation nieder.

IX.

Ligamente und Tuben.

Referent: Prof. Dr. J. Veit (i. V.)

a) Vordere Bauchwand, Hernien.

1. Barr, A. S., Ein Fall einer rechtsseitigen Inguinalhernie des Ovariums und der Tube. Journ. Amer. med. Assoc. Bd. 62. p. 451. (Operationsbefund.)
2. Boldt, H. J., Large abdominal Wall abscess of unknown origin. Tr. New York Acad. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. April 21. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 209. (Abszess von 100 ccm Eiter mit hämolytischen Streptokokken, Ursache unklar. Heilung.)
3. Grisson, Bauchdeckenplastik. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 377. (Spaltung der Narbe, Versenkung des inneren Randes nach innen, Naht des äusseren Aponeuroserandes.)
4. Haverkamp, R., Die Hernia epigastrica. Inaug.-Diss. München.
5. Jeans, F., Desmoid tumours of the abdominal wall. Liverpool med. chir. Journ. p. 105. (Nichts Neues, frühe Operation empfohlen.)
6. Imbert, L., et D. Zwirn, Hernies de la ligne blanche sous-ombilicale consécutives à la laparotomie. Arch. mens. d'obst. et de gyn. p. 476. (Drei Fälle.)
7. Keyes, A. B., Abdominal wall Hernia — Observations in the principles and Behavior. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 421. (Nichts Neues.)
8. Landmann, Über die Radikaloperation der umbilikalen, subumbilikalen, epigastrischen und postoperativen Hernien der Linea alba nach Menge. Wiener klin. Rundschau. Nr. 31. (58 Operationen, 36 Nachuntersuchungen, vortreffliche Erfolge.)
9. Lexer, Teratom der Bauchdecken. Sitzungsber. d. naturw.-med. Ges. zu Jena. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
10. Kaarsberg, Tumor parietis abdominis actinomycosis. Demonstr. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1917—1919. (O. Horn.)
11. Lejars, F., Tumeur de la paroi abdominale antérieure ou tumeur adhérente à la paroi? Sem. méd. p. 148. (Nichts Neues.)
12. Luksch, F., Lipom der vorderen Bauchwand. Sitzungsber. Ver. deutsch. Ärzte in Prag. Prager med. Wochenschr. Nr. 6. (Tumor von der Grösse eines Brotlaibes bestand seit 20 Jahren, hatte Kalkschale.)
13. Monti, R., Gangrän eines Meckelschen Divertikels infolge Volvulus. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzungsber. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
14. Manenbacher, J., Über Faszientumoren. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. (Bericht enthält u. a. auch Tumoren, die von der Faszie des Abdominalaustritts ausgehen.)
15. Moschcowitz, A., The pathogenesis and treatment of herniae of the Linea alba. Surg., Gyn. and Obst. p. 504. (Faszienlücken, in die sich Fett drängt, bedingen die Hernien der Linea alba. Gefässunterbindung, Fettreposition, Fasziennaht.)
16. Murphy, J. B., Desmoid tumour of the rectus muscle. Surg. clin. of J. B. Murphy. 1913. p. 383. (Ein Fall derart.)
17. Prochownick, Das Mengesche Heilverfahren postoperativer Bauchbrüche. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 357. (Warme Empfehlung der Methode auf Grund von 14 Operationen.)
18. Smead, L. F., Plastische Methoden zum Verschluss von Ventralhernien. Amer. Journ. of Obst. Nov. 1913. (Übersicht. Sorgfältige Naht in drei Schichten empfohlen.)
19. *Sprengel, Ursache und Behandlung der postoperativen Bauchbrüche. Deutsche Ges. f. Chir. 43. Kongr. I. p. 15. II. p. 44.
20. Vesco, Zur Reduktion des Bauchdeckenfettes. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5.
21. *Wrzesniowski, Die Überlappung der Bauchwand bei Operationen von Brüchen. 43. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 803.

Die Schlusssätze, zu denen Sprengel (19) in seinem vortrefflichen Referate kommt, sind folgende:

Die Gefahr der Entwicklung postoperativer Bauchbrüche ist zwar von der Schnittmethode abhängig; sie ist aber in der Oberbauchgegend geringer als im Unterbauch. Die Frage der Tamponade und des primären Nahtverschlusses bei der Operation akut entzündlicher Prozesse kann noch nicht als abgeschlossen gelten. Eine prophylaktische Bauchdeckenplastik ist nicht hinlänglich begründet.

Fälle von Bauchdeckenlähmung und ausgedehnter seitlicher Bauchdeckendehnung müssen zurzeit als unheilbar gelten. Der operative Verschluss postoperativer Bauchbrüche sollte sich im Rahmen der Schicht- und Raffnaht bewegen, also mehr als bisher an die Verstärkungsplastik denken. Für freie Autoplastik kommt die Faszientransplantation vor allem in Frage. Die Muskelbrückenautoplastik (Pfannenstiel-Menge) kommt auch mitunter in Frage.

v. Wrzesniowski (21) empfiehlt zur Heilung der Bauchbrüche die Anwendung des Grundsatzes der Überlappung. Die Bruchpforte wird dadurch geschlossen, dass die zwei durch medianen Längsschnitt getrennten Bauchwandhälften so übergelappt werden, dass selbst auf dem grössten Durchmesser der Bruchpforte die inneren Teile der Rekti aufeinander genäht werden. Nach diesem Grundsatz sollen alle Brüche geschlossen werden.

b) Hämatocele.

1. Chavannaz et Loubat, Hématocèle sous-péritonéale dévoloppée dans l'épaisseur du ligament large. Soc. d'obst. et de gyn. III. p. 428. (Unklare Ätiologie. Menstruationsverhältnisse unsicher. Mikroskopische Untersuchung negativ. Operation. Heilung.)
2. Cherry, Th. A., Externat Rupturs of broad Ligament Haematome. Tr. New York Acad. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. April 21. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 203. (Schwere Verletzung bei der Geburt ist wohl die richtigere Deutung.
3. Lecène, P., et R. Taitz, Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste de corps jaune. Ann. de gyn. II Sér. Tome 11. p. 270. (Ein operierter Fall. Histologisch wurde das Corpus luteum genau untersucht und damit eine Ovarialschwangerschaft ausgeschlossen. Literatur wird zusammengestellt.)
4. Pétel, L'occlusion intestinale dans l'hématocèle rétroutérine. Soc. de chir. de Paris. Tome 40. p. 264. (Ein Fall derart. Operation. Heilung.)

c) Adnexe im allgemeinen, Lig. latum und rotundum.

1. *Burdsinsky, Die chirurgische Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. Russ. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 29. p. 747.
2. Balaschoff, Ein Fall von Lipom des breiten Mutterbandes in Kombination mit Fibrom des Eierstockes. Festschr. f. Pobsdinsky, Moskau. (52 Jahre alte Patientin. Sehr grosser Tumor. Ausschälung, Heilung.)

2a. Calderini, Tumore cistico degli annessi uterini a sviluppo intraligamentoso. Lucina. p. 54. (Operation, Heilung.)

3. Cummings, An analytical study of 200 cases of pelvic inflammatory disease. Phys. and Surg. Vol. 35. p. 337. 1913 und Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 44. (Statistik. Konservative Therapie.)
4. Daniel, Les annexites herniaires. Journ. de chir. de Bucarest. I. p. 8. (Vom chirurgischen Standpunkt aus.)

5. Fiolle, J., et P. Fiolle, Les fibroses périmétrorectales. Journ. de chir. Tome 12. p. 575. (Zum Teil handelt es sich um Parametritis posterior, zum Teil wohl um luetische Strikturen des Rektum.)
6. Haeberle, Zur Klinik und Therapie entzündlicher Adnexerkrankungen. Mitt. rh. Ges. f. Geb. u. Gyn. 14. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 737. (Statistik.)
7. Ivens, M. H. F., Tuberkulose der Adnexe. Roy. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6.
8. Jacobs, Quelques observations relatives aux suites tardives d'opérations conservatrices des annexes. Soc. belge. 1913. p. 337. (14 Fälle; zweimal nach konservativer Operation mit Redikels nötig.)
9. Kriwsky, L., Zur chirurgischen Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen. Wratsch. p. 215. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 800. (Konservative Grundsätze. Grosses Material.)
10. Krünitz, K. H. W., Entzündliche Adnexerkrankungen und ihre Behandlung. Inaug.-Diss. Jena. (Konservativ; wenn operativ, Laparotomie bevorzugt.)
11. Lingen, L. v., Pelvioperitonitis exsudativa. St. Petersb. med. Zeitg. Bd. 39. p. 73. (74 Fälle. Inzision des Douglasschen Raumes wird angewendet.)
12. *Ogórek, Spontanabtrennungen der weiblichen Adnexe. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p, 300.
13. Paul, Lumbare Adnexitis puerperalen Ursprungs. Revue mens. de gyn. et d'obst. 1913. Oct. (Ein Fall.)
14. *Poutoppidau, E., Gonorroiske Genitallidelser hos kvinden. (Gonorrhoische Genitalerkrankungen beim Weibe. Vortrag in der Med. Ges. Kopenhagen. 20. Jan. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 377—384. Disk.: Stürup, Hartmann, Ernst, Kaasrberg, Vermehren, L. Meyer. Ref. Hospitaltid. p. 440, 477, 502, 506, 537, 538. (O. Horn.)
15. *Rosenblatt, Über den Einfluss von Operationen im Bereiche der Adnexe auf den Verlauf der Menstruation. Diss. Strassburg.
16. Santoro, G., Un caso di ernia annessiale strozzata. Arch. ital. di gin. 17. p. 72. (15 Jahre alte Patientin. Leistenhernie.)
17. Schmidt, H., Über Heilung entzündlicher Beckentumoren mittelst galvanischer Schwachströme. Therap. Monatsh. p. 465. Therap. d. Gegenw. 12. (Verf. glaubt, dass schwache galvanische Ströme bei sarkomatösen, karzinomatösen und entzündlichen Tumoren so wirken wie Röntgen-, Mesothorium- und Radiumstrahlen. Beweismaterial ist aber völlig ungenügend.)
18. Unterberger, F. jun., Myomata uteri mit Tuberkulose der Adnexe und des Peritoneums. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. p. 255. (Laparotomie, Seltenheit dieser Komplikation, vielleicht schafft die Hyperämie, die durch die Myome erzeugt ist, einen günstigen Boden für die Tuberkelbazillen. In der Mukosa fehlten Tuberkelknoten.)
19. *Walthard, Purpuraähnliches Erythem im Verlauf einer Adnexerkrankung. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 350.
20. *Werner, Paul, Über gleichzeitiges Vorkommen von Karzinom im Uterus und in den Adnexen. Arch. f. Gyn. Bd. 101. 3. p. 725.

Walthard (19) nimmt in seinem Falle eine direkte Schädigung der Gefässwände infolge von Verbreitung entzündungserregender Substanzen auf dem Blutwege als Ursache des Erythems an.

Nach Operation an den Anhängen trat bei den entzündlichen Tumoren unter den Fällen von Rosenblatt (15) etwa in der Hälfte der Fälle eine Besserung der Menstruation ein. Bei gutartigen Ovarialtumoren war der Erfolg stets gut. Bei Extrauterinschwangerschaft trat keine Änderung ein. Bei Erhaltung nur eines Teiles des Ovariums war die Menstruation meist unverändert.

Die intrauterine Behandlung gonorrhoischer Endometritiden zeigt nach Poutoppidau (14) kaum nachweisbare Bedeutung für die Entstehung von Salpingiten und anderen Adnexkrankheiten, scheint aber auch keinen Vorzug zu haben vor der mehr passiven Behandlung.

In der Diskussion ergab sich folgendes: Mit Gonokokkenvakzine hat Stürup 20 Fälle von Endometritiden behandelt, teilweise mit Salpingitis kompliziert, ohne dass er deutliche Wirkung spüren konnte.

In drei Fällen von Salpingitis wurden während der Vakzinebehandlung lebende Gonokokken im Blute nachgewiesen.

Hartmann schliesst sich Stürup an; er hat 17 vakzinebehandelte Fälle. Die Therapie bietet keine besonderen Unannehmlichkeiten dar, aber auch keine sicheren Vorteile. Als Diagnostikum nicht anwendbar.

Ernst weist auf die bei der Pyosalpinx und besonders bei Pyovarium drohende Gefahr der Perforationsperitonitis hin. Wegen Stumpfexsudat immer Exzision der Tubenecken.

Kaarsberg empfiehlt konservative Behandlung und auch bei operativer Behandlung konservative. Chronische Pyosalpingitiden werden mit Laparotomie behandelt, bei akuten Pyosalpingitiden, von der Vagina erreichbar, Kolpotomie und Drainage.

Gonorrhoische Adnexkrankheiten sollen nach Leop. Meyer solange wie möglich konservativ behandelt werden. Warnt vor kritikloser Anwendung heisser Ausspülungen. Bei Operation immer radikal operieren. Werden nur die Tuben entfernt, dann keilförmige Exzision der Ecken. (O. Horn.)

Ogórek (12), der zwei Fälle von Spontanabtrennung der Tube beschreibt, ist der Meinung, dass dies nur durch Torsion bei freier Beweglichkeit oder durch Abschnürung bei Adhäsionsbildung entsteht.

Werner (20) fand bei 374 operierten Uteruskarzinomen 14mal auch Karzinom der Adnexe; nur dreimal nimmt er Unabhängigkeit der Tumoren voneinander an. Sechsmal waren die Adnexe, viermal der Uterus sehr wahrscheinlich primär erkrankt.

Burdsinsky (1) will bei entzündlichen Adnexerkrankungen dann operieren, wenn Perforation droht oder schon Fisteln bestehen, wenn konservative Therapie erfolglos ist — allerdings will er sie nur 1—2 (!) Wochen durchführen. Unter den Operationswegen zieht er den abdominalen vor, wenn er radikal operieren will.

---

d) Tuben.

1. Bell, W. Blair, A new operation procedure for the traitement of suppurative salpingitis in young women. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. p. 634. (Beuttners Operation mit Erhaltung eines Ovarium.)
2. Boldt, H. J., A Large Hydrosalpinx which caused an erroneous diagnosis. Tr. New-York. Acad. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. April 21. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 210. (Ovarienzyste angenommen.)
3. Bondy, Tumor der Fimbria ovarica. Berl. klin. Wochenschr. p. 1486. (Intrakanalikuläres Adenofibrom, daneben Hydrosalpinx und Fibrom der Tube.)
4. de Bovis, R., Le diagnostic des salpingites tuberculeuses. Revue pr. de méd. et chir. 11. p. 73. (Periodische Volumsveränderung [? Ref.].)
5. Broun, Le Roy, Large hydrosalpinx with infective bladder emptying by catheter prior to operation. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 836. (Verf. kennt die Fälle nicht, in denen trotz Katheterismus vor der Operation die Blase nicht entleert gefunden wird.)
6. *Cary, W. H., Note on determination of patency of Fallopian tubes by the use of collargol and X-ray rhadow. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 462.
7. César, Tumeur épithéliale de la trompe gauche. Soc. anat. de Paris. Tome 89. p. 169. Ann. de gyn. II. Série. Tome 11. p. 306. (42 Jahre alte Frau. Primäres Tubenkarzinom.)
8. *Child, Surgical treatment of pus infections of the tube and ovary. Tr. Amer. Gyn. Soc. Vol. 38. p. 613. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 6.

9. Christian, J. L., and E. L. Sanderson, A new method of anastomosing the ovarian tube or vas deferens. Journ. Amer. med. Assoc. 1913. Vol. 61. p. 2157. (Anastomosenbildung durch Einlegung eines Catgutfadens.)
10. Dicken, A., Study of 50 cases of pyosalpinx. Journ. of Oklahoma State med. Assoc. 6. p. 424. (Meist radikale Operation.)
11. Drutmann, Über einen Fall von primärem Tubenkarzinom mit Übergreifen auf die Uterusschleimhaut. Inaug.-Diss. München 1913.
12. Einsle, W., Ein Fall von vorgeschrittenem Tubenkarzinom mit besonderer Berücksichtigung der Frage der primären Doppelseitigkeit. Inaug.-Diss. München 1913.
13. Eustace, A. B., und R. W. Mc Neally, Ein Fall von strangulierter Tubo-Ovarialhernie bei einem Kind. Journ. Amer. med. Assoc. Vol. 62. p. 772. (Sechs Monate altes Kind. Operation. Heilung.)
14. Helbing, H. H., Pyosalpinx. Nat. ecl. med. Assoc. quart. Vol. 5. p. 327. (Einmal Ureterverletzung bei Operation erfolgreich genäht.)
15. Henkel, Tuberkulöse Pyosalpinx. Münchn. med. Wochenschr. 1913. p. 2862. (Zuerst vaginale Inzision, dann abdominale Radikaloperation.)
16. Haymann, Hämatosalpinx unter den Erscheinungen einer Extrauteringravidität verlaufend. Berl. klin. Wochenschr. 1913. p. 2304. (War doch wohl Extrauteringravidität mit Torsion [Ref.[.)
17. Jacobs, Pyosalpinx. Soc. belge de gyn. et d'obst. Tomȩ 24. p. 336. (Tuberkulöse Pyosalpinx.)
18. Jellet, 2 cases of genital tuberculosis. a) of tubes, uterus and rectum, b) of tubes with carcinosum of ovary. Tr. Royal Acad. of Ireland. Vol. 31. p. 400.
19. Kocks, Hydrosalpinx prolabiert durch Zangenversuch. Zentralbl. f. Gyn. p. 902. (Ein Fall derart.)
20. Lahm, Tubenwinkeladenom. Dresd. Gyn. Ges. 23. April. Zentralbl. f. Gyn. p. 1140 (Epitheliale Wucherungen des tubaren Epithels, in einem zweiten Falle des Serosaepithels.) (J. Veit.)
21. Lipschütz, K., Ein Fall von primärem Tubenkarzinom auf dem Boden alter Tuberkulose. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1. (Ein Fall derart mit guter anatomischer Untersuchung. 44 Jahre alte Nullipara.)
22. Lewitzky, Zur Frage des primären Tubenkarzinoms. Russ. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. Bd. 28. p. 1805. (Zwei Fälle im Alter von 48 resp. 50 Jahren. Reichliche Literatursammlung.)
23. Löhnberg, E., Klinische Erfahrungen über Salpingo-Stomatoplastik. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 62. (21 Fälle. Niemals Konzeption hinterher beobachtet. Indiziert ist die Operation bei Zeugungsfähigkeit des Mannes und Heilung der entzündlichen Prozesse, sowie als Nebenoperation bei Adnexoperationen Jugendlicher.)
24. Marshall, Linksseitige Parovarialzyste, die aus Fallopeanscher Tube, Fimbrin und Mesosalpinx bestehendem Stiel gedreht war. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Nr. 3. (Ein Fall derart.)
25. Montanelli, Über die kalten Abszesse der Tube und die papilläre Tuberkulose der Tubenschleimhaut. Ginec. Vol. 9. Heft 22. (Zwei Fälle derart. Man soll stets operieren.)
26. Néollier, Contribution à l'étude des pyosalpinx hauts. Thèse de Montpellier. 1913.
27. Orthmann, Ein Tubenembryom der linken Tube. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 27. März. Zentralbl. f. Gyn. 1915. p. 10. (Ein Fall derart. Gut beschrieben.)
28. Outerbridge, G. W., Polypoid chondrofibroma of the Fallopian Tube, associated with subst. pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 173. (Kasuistische Mitteilung mit genauer mikroskopischer Untersuchung; alles Wesentliche in der Überschrift enthalten.)
29. Péraire, M., et Jean Boyet, Nouveau procédé pour reconnaître si une appendicite on une salpingite est on n'est pas refroidie. Rev. internat. de méd. et de chir. Tome 25. p. 164. (Azetessigsäure erscheint bei frischen Erkrankungen im Harn.)
30. Schickele, Zur Ätiologie der Pyosalpinx. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 721. (Entstehung durch antikonzeptionelle Scheideneinspritzung.)
31. Schmincke, Abgesackte Pyosalpinx. Münchn. Gyn. Ges. 20. Nov. 1913. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 840. (Befund von Lipoidsubstanzen im Inhalt.)
32. Siredey et Lemaire, H., Périmétro-salpingite avec suppuration pelvienne consécutive à la fièon typhoide. Soc. méd. des hôp. 17 Juillet. Presse méd. p. 559. (Nach

Typhus Beckenabszess, der schliesslich nur durch die Exstirpation des Uterus und die Adnexe geheilt wurde. Typhusbazillen in dem Uterus nachgewiesen.) (J. Veit.)
33. Spencer, Zwei Fälle von tuberkulöser Peritonitis und Salpingitis mit menstruellen Komplikationen. Brit. med. Journ. 10. Jan. (Operation, Heilung.)
34. Thaler, Atresie der linken Tube. Geb.-gyn. Ges. Wien. 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. p. 1031. (Daneben Uterus bicornis.)
35. Wätjen, J., Über die Histologie der eitrigen Salpingitis und ihre Beziehung zur Frage der Ätiologie. Zieglers Beitr. Bd. 59. 2. (Operationsinfektion, Tuberkulose, Appendix, Gonorrhoe. Bestätigung der Schriddeschen Ansichten.)

Cary (6) will zur Prüfung der Tubendurchgängigkeit 10—20 ccm Kollargol in den Uterus einspritzen. Abnorme Tuben zeigen kurzen oder gar keinen Schatten.

Auch Child (8) will bei Ausbleiben des Erfolges exspektativer Therapie operieren. Ehe er radikal operiert, soll der Eiter aspiriert werden. Bei allen hochsitzenden Erkrankungen, so besonders bei Verdacht auf Mitbeteiligung der Appendix, zieht er den abdominalen Weg vor. Als Inzision benutzt er gern die Pfannenstielsche Art.

X.

Pathologie des Uterus (ausschliesslich Neubildungen und neue Operationen).

Referenten: Privatdozent Dr. F. Heimann und A. J. M. Lamers i. V.

1 Allgemeines.

1. Ambrosi, R., Il caso di Bianca Soci. Una nuova vittoria della teorie del Prof. Bossi nel campo delle psicopatie d'origine génitale. Ginec. moderna. 1913. p. 93—98. (Ergibt sich aus der Überschrift.)
2. Bernard, F., Traitement hydro-minéral des affections utéro-annexielles. Journ. de physiothér. Année 12. Nr. 138. p. 303—313. (Indikationen und Kontraindikationen der Schwefel-, Chlornatrium- und radioaktiven Quellen bei Frauenleiden, sowie balneologische Praktik.)
3. Birnbaum, R., Valamin in der gynäkologischen Praxis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 978—979. (Nach Angabe des Verf. indiziert u. a. bei allen nervösen Verstimmungen und Erregungszuständen, wie sie bei chronischen Katarrhen, Metritis, Retroflexio und besonders im Klimakterium vorkommen. Ferner bei nervöser Dysmenorrhoe.)
4. Carlini, P., Sul moderno indirizzo della ginecologia. Ginec. mod. Nr. 1/2. p. 4—7. (50% aller geistigen Erkrankungen der Frau sind auf Genitalaffektionen zurückzuführen und durch gynäkologische Behandlung heilbar. — Krankengeschichten.)
5. Clark, J. G. and F. E. Keene, The relationship between the urinary-system and diseases of the female pelvic organs. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 1. p. 10—18.
6. Democh-Maurmeier, I., Hauskuren mit Krankenheiler-Lauge. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2370—2371. (Gute Erfahrungen an 15 Patientinnen mit Kreuz-

schmerzen, Dysmenorrhoe, intermenstruellen Schmerzen, Fluor albus, usw. Die Fälle sind mindestens zwei Jahre kontrolliert. — Ausführliche Krankengeschichten.)
7. Frankl, O., Pathologische Anatomie und Histologie der weiblichen Genitalorgane. Bd. 2 des Liepmannschen kurzgefassten Handbuches der gesamten Frauenheilkunde. Leipzig, Vogl. (302 S., 113 Abb. im Text u. 34 farb. Tafeln.)
8. Gallais, A., Diagnostic anatomo-clinique du syndrome génito-surrénal. Rev. de gyn. Nr. 1. p. 1—28. (Die Genitalveränderungen bestehen im wesentlichen in Atrophien des Uterus und der Ovarien. Die Gesamterscheinungen, als „genitosuprarenales Syndrom" zusammengefasst, werden in folgende Formen unterschieden: 1. Pseudohermaphroditismus suprarenalis; 2. Virilismus suprarenalis; 3. die menstruelle und 4. die geburtshilfliche Form. — Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie.)
9. Galup, J., Le retentissement des affections des voies respiratoires inférieures sur l'appareil génital de la femme. La Semaine gyn. 1913. Nr. 45. p. 357—362. Gynécologie, 1913. Nr. 11. p. 654—670. — (Allgemeines über den Zusammenhang von Asthma, Keuchhusten, Bronchitis, Pneumonie und Lungentuberkulose mit Erkrankungen des Geschlechtsapparates.)
10. v. Graff, E., Schilddrüse und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Nr. 1. p. 109—140.
11. — und J. Novak, Basedow und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 18—39
12. Heineberg, A., Utérine endoscopy; an aid to precision in the diagnosis of intrauterine disease. A preliminary report, with the presentation of a new uteroscope. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 4. p. 513—515.
13. Héraud et Poirot-Delpech, Les troubles gastro-hépatiques des utérines et les eaux de Luxeuil. Sem. gyn. 1913. Nr. 47. p. 373—374. (Gute Erfolge des fluor- und lithiumhaltigen Wassers.)
14. Hermann, F., Zur Kasuistik der Beziehungen zwischen Gallenblase und dem weiblichen Genitale. Diss. Freiburg i. Br., Juli.
14a. Keiffer, M. H., Existe-t-il une glande myométriale dans l'utérus humain. Soc. royale des Sciences méd. et nat. de Bruxelles. 2 Févr. Ref. La Presse méd. 18 Mars. Nr. 27. p. 215. (Beobachtung an Uterusmuskulatur, die bei sieben Kaiserschnitten gewonnen worden war. Ausserdem wurden Kaninchen, Meerschweinchen, Maus und Ratte untersucht. Keiffer beobachtete besonders im achten Monat der Schwangerschaft Strukturveränderungen der Muskulatur, besonders in der Plazentargegend. Beträchtliche Zerstörung der glatten Muskulatur, die auch auf die Gefäße in der Nachbarschaft des Uterus übergreift. Ob es sich bei dieser zellulären Einschmelzung um eine endokrine Sekretion oder um eine nephrophagozytäre Funktion handelt, läßt sich zurzeit noch nicht entscheiden.) (Heimann.)
15. Knipe, N. S., The metrascope. Obst. Soc. of Philadelphia. Meeting of April 2. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 438. June. p. 1048. (Beschreibung des Apparates; ohne Abbildung.)
16. Maier, M., Untersuchungen über Eisengehalt, Hämoglobin und Blutkörperchenvolumen bei geburtshilflichen und gynäkologischen Patientinnen. Diss. Freiburg i. Br., Juli.
17. Sagretti, Cl., Le terme apollinari nella cura ginecologica. Clin. ostetr. Nr. 6. p. 129 bis 138. (Italienisch.) (Resultate an 43 Patientinnen.)
18. Schockaert, R., Psicopatie di origine genitale. Ginec. mod. 1913. p. 24—37. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Nr. 6. p. 373—388. (Cf. Kap. „Retroflexio uteri".
19. Schultze, B. S., Gynäkologie und Psychiatrie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. (Stellt die Forderung auf, dass zum Befunde über das körperliche Befinden der in die Irrenanstalten eintretenden weiblichen Kranken unbedingt die von einem sachverständigen Gynäkologen erhobene, und zwar in Narkose erhobene, Darstellung des Beckenbefundes gehören müsse.)
20. Wild, R., Die Thermopenetration in der Gynäkologie. Diss. Freiburg i. Br., Juli.

Über den **Zusammenhang von Genital- und Nervenleiden** handeln die Arbeiten von Ambrosi (1), Carlini (4), Casali (cf. Kap. „Entwickelungsfehler" Nr. 11), Schockaert (18) und Schultze (19). Nach Carlini sind 50% aller geistigen Erkrankungen der Frau auf Genitalaffektionen zurückzuführen und durch gynäkologische Behandlung heilbar. Auch Schokaert teilt 4 solche Fälle aus der eigenen Praxis mit. Man siehe zu diesem Thema auch die im Kapitel „Menstruation" erwähnten Arbeiten.

Den **Zusammenhang** von Uterusleiden **mit Erkrankungen des Harnapparates** haben Clark und Keene (5), des **Nebennierensystems** Gallais (8), der **Schilddrüse** v. Graff

und Novak (11), der **Gallenblase** Hermann (14) und des **Respirationsapparates** Galup (9) studiert. Maier (16) hat **Veränderungen des Blutes** bei gynäkologischen Patienten festzustellen versucht.

Zur **uterinen Endoskopie** haben Heineberg (12) und Knipe (15) Instrumente angegeben.

---

2. Entwickelungsfehler.

1. Albrecht, H., Der asthenische Infantilismus des weiblichen Geschlechts und seine Bedeutung für die ärztliche Praxis. Med. Klinik. Nr. 15. p. 628—632. (Wird an anderer Stelle referiert.)
2. Barabo, Th., Über Diabetes insipidus mit Infantilismus. Kasuistischer Beitrag. Diss. München. März.
3. Bäumler, Ch., Über Kombination der Entwicklungshemmung des uropoetischen Systems und solcher des weiblichen Genitale. Diss. München, 1913.
4. Benda, C., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. p. 66—69. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 634. (Ausgeprägte Weiblichkeit der inneren Genitalien, während der Penis nicht die geringste Abnormität zeigt. Verf. schlägt den Namen Pseudarrhenie, Scheinmännlichkeit, vor. Einsprengungen männlicher Drüsenformationen in den Ovarien fanden sich nicht. Starke Hyperplasie der Nebennieren, vielleicht ein Kausalzusammenhang mit der Entstehung genitaler Missbildungen.) (Heimann.)
5. Benthin, W., Myom und Uterus bicornis. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1498. (Zwei Fälle derart. Sicherer Zusammenhang nicht erwiesen. Näheres siehe bei „Myome", Nr. 5.)
6. Bertlich, H., Schwangerschaft und Geburtsstörungen bei Missbildung des Uterus, speziell bei Uterus bicornis. Wiener klin. Rundschau. Nr. 21. p. 303—307. (Verf. beschreibt fünf Fälle von Uterus bicornis und bearbeitet sie mit 60 solchen aus der Literatur seit 1905, klinisch-statistisch. Besprechung der Diagnose und Therapie.)
7. Blair Bell, W., An unusual malformation of the uterus. North of Engl. Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Manchester. Dec. 19. 1913. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 1. p. 49. (Der Uterus selbst ist in jeder Beziehung von normaler Form. Das kleine Horn entspringt von der linken oberen Kante an der Stelle, wo sonst die Tube sitzt. Die linke Tube bildet die Fortsetzung des rudimentären Hornes und das Lig. rotundum und ovaricum inserieren genau an der Übergangsstelle. Die Missbildung muss nach Ansicht des Verf. in der Weise entstanden sein, dass der Teil des Müllerschen Ganges, für die Bildung des Uterus bestimmt — also bis zur Abgangsstelle des Ligamentum rotundum — links grösser gewesen ist wie rechts.)
8. Bonicelli, M. L., Di un caso di atresia congenita della vagina e dell' utero. Gazz. ital. d. levatr. Nr. 6. p. 86—88. (Statt des Uterus ein fingerdicker Strang ohne Kanal, an dem oben die normalen Ovarien sassen. Das 21jährige Mädchen klagte über periodische Schmerzen im Leib.)
9. Buist, R. C., Two cases of pregnancy in uterus subseptus. The Brit. med. Journ. Nr. 2782. p. 907—908. (Beide Frauen hatten schon normal geboren. Der Fundus war ungeteilt.)
10. — and J. M. Valentine, Carcinoma in a double uterus (Uterus septus bicollis with vagina duplex). Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. p. 88—90. (Ergibt sich aus der Überschrift. — 1 Abb. auf 1 Tafel. — Literatur.)
11. Casali, R., Sul trattamento della stenosi del collo uterino col metodo Pozzi e sui rapporti che intercedono fra le malattie utero-ovariche e le nevrosi. Gazz. d. osp. e d. clin. Nr. 25. p. 257—259. (Es wurden zwei Fälle von angeborener und ein Fall von erworbener Cervixstenose mit gutem Erfolg nach Pozzi operiert. Die Hysterie in letzterem Falle wurde durch die Operation nicht gebessert. Verf. glaubt an den Zusammenhang nervöser Erkrankungen mit pathologischen Veränderungen des Uterus und der Ovarien.)
12. Cohn, F., Missbildungen des weiblichen Urogenitalapparates. Gyn. Rundschau. Heft 8. p. 284—298. (Sammelreferat über die Jahre 1911 und 1912.)

13. v. Ernst, R., Vier Fälle von Uterus unicornis mit rudimentärem Nebenhorn. Etude clinique et histologique de 4 cas d'utérus unicornes avec corne accessoire rudimentaire, dont un cas avec rupture de la corne accessoire gravide de 4 mois et demie. Gyn. Helvet. Bd. 14. Frühlingsausgabe. p. 177—187. (Kasuistisch klinische und histologische Studie.)

14. Foisy, E., Un cas d'utérus double avec hématométrie unilatérale et hématosalpinx. Arch. méd.-chir. de Prov. 1913. Déc. (38jährige Frau, die wegen starker periodischer Schmerzanfälle seit 20 Jahren endlich sich operieren liess. Der Uterus musste exstirpiert werden.)

15. Fothergill, W. E., A case of double uterus with right pyocolpos. North of Engl. Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Oct. 16. Ref. The Lancet. Nr. 4759. Nov. 14. p. 1148. (Patientin war eine 22jährige Virgina mit normaler Menstruation. Anfallsweise Unterleibsschmerzen von einigen Tagen Dauer und erhöhte Temperatur und Pulsfrequenz. Die Diagnose war auf Adnextumor gestellt worden. Bei der Laparotomie wurde der doppelte Uterus gefunden. Per vaginam wurde die verschlossene rechte Hälfte der Vagina eröffnet und der darin enthaltene Eiter entleert.)

16. v. Franqué, O., Seltene Missbildung der inneren Genitalien. Gyn. Rundschau. Heft 6. p. 199—203. (17jähriges Mädchen, das einen wohlausgebildeten Hymen und ein ca. zweifingergliedlanges Scheidenrudiment besitzt. Links liegt nach aussen am Ovarium eine wohlentwickelte Tube, die dicht neben dem Lig. ovar. propr. in ein etwa kleinfingergliedgrosses Uterusrudiment übergeht, rechts ist dasselbe wie links, nur fehlt das Uterusrudiment. Eingehen auf die Ätiologie.) (Heimann.)

17. Frédault, M., Utérus bicorne avec gravidité unilatérale. Soc. anat. Séance du 12 Juin. Ref. La Presse méd. Nr. 48. p. 462. (Die Operation bestand in der totalen Hysterektomie.) (Heimann.)

18. Fruhinsholz, A., et G. Gross, Opération césarienne dans un cas d'utérus double. Hémi-hystérectomie. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 1. p. 60—66. Ann. de gyn. et d'obst. Nr. 4. p. 230—236. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)

19. — et L. Job, Opération césarienne dans un cas d'utérus unicorne. Ann. de gyn. et d'obst. Nr. 4. p. 237—241. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)

20. Grad, H., Fibroid in a double uterus. New York Obst. Soc. Meeting on Oct. 14. 1913. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 433. p. 132—134. (Kasuistisch; genaue Beschreibung des Präparates.)

21. Hammerschlag, S., Gravidität im rechten Horn eines Uterus bicornis unicollis. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 11. Juli 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 481. (Siehe „Myom und Schwangerschaft", Nr. 19.)

22. Hausmann, M., Zur Klinik der Doppelmissbildungen des weiblichen Genitale. Diss. München. August.

23. Hénault, L., Grossesse dans la corne rudimentaire de l'utérus bicorne unicol. Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 7. p. 507—519. Mit 4 Abb. auf 2 Tafeln. (Wird im Kapitel „Pathologie der Gravidität" referiert.)

24. Herrmann, E., Die klinische Bedeutung der Veränderungen am weiblichen Genitale beim Status hypoplasticus (Bartel). Gyn. Rundschau. Heft 1. p. 14—33. (415 Fälle, die einzeln angeführt und in zwei Tabellen geordnet sind. Die biologische Minderwertigkeit der Keimdrüse bedingt in 56,15% des Status lymphaticus allgemeine Genitalhypoplasie. Infolge der letzteren besteht in 54,45% des Status lymphaticus primäre Sterilität.)

25. v. d. Heyden, P. E. G., Zwangerschap in een rudimentaire Uterushoorn. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. Helft. Nr. 19. p. 1536—1540. (Holländisch.) (Sektionspräparat. Keine Verbindung zwischen den beiden Uterushöhlen. Im nichtschwangeren wurde deutlich Decidua gefunden. Die Patientin starb, bevor sie operiert werden konnte, unter den Erscheinungen einer geplatzten Extrauteringravidität.)

26. Hicks, J. Braxton, Decidual cast from the unimpregnated horn of a didelphic uterus. Proc. of the Royal Soc. of Med., Obst. and Gyn. Sect. Vol. 7. Nr. 6. p. 221. (Ergibt sich aus der Überschrift.)

26a. Kaarsberg, J., Om Tilfaelde af Deformiteter af Uterus med praktisk Betydning. (Einige Fälle von Missbildung der weiblichen Geschlechtsorgane.) Vortrag in der Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Vollständig referiert in Nordiskt Med. Arkiv. Abt. 1. Nr. 4. (Auf Deutsch.) 26 Seiten. (O. Horn.)

27. Kerr, J. M. Munro, Operative treatment for malformations of uterus and vagina. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 5. p. 621—631. (Bei infantilem, fötalem und rudimentärem Uterus ist ein operativer Eingriff nur bei Dysmenorrhoe angezeigt. Bei zervikalen Atresien und tiefem Sitz vaginale Operation, bei höhersitzendem Verschluss und Atresie des ganzen Kanals wird abdominale Operation empfohlen. Bei Doppelbildung soll das Septum entfernt und die Hörner vereinigt werden. Bei vaginaler membranöser Atresie will Verf. von unten operieren; alle breiten Atresien will er von oben angreifen. Die Scheidenbildung aus dem Darm hält er bei verheirateten Frauen für angezeigt.)
28. Krusen, W., Uterus unicornis didelphys. Obst., Soc of Philadelphia. Meeting on Nov. 6. 1913. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 4. p. 677. (Beschreibung des Präparates. Auch die rechten Adnexe waren in der Entwicklung zurückgeblieben.)
29. Lange, F. W., Doppelbildungen der Gebärmutter und Scheide, sowie Entbindungen bei solchen. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 962. (Zwei Fälle von völligem Fehlen des Geschlechtsstranges und sechs Fälle von Uterus bicornis et bipartitus, septus etc.
30. Laurent, F., L'utérus bicorne uni-cervical; étude anatomo-clinique. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 23. 53 S. (Behandelt ausser der Entwicklungsgeschichte auch die Symptomatologie, das Verhalten bei Schwangerschaft und Geburt und die eventuelle Behandlung.)
31. Lejars, F., L'utérus ballant. Semaine méd. Nr. 1. p. 3—4. (Zwei Fälle. Ursache liegt in kongenitaler, übermässig langer Anlage des Isthmus uteri. Erfolg der Operation meistens zweifelhaft.)
32. Macnaughton-Jones, H., Note on a case of absence of the internal genitalia. Royal Soc. of Med., Obst. and Gyn. Sect. Meeting on Oct. 9. 1913. Ref. Proceed. of the Royal Soc. of Med. 1913. Vol. 7. Nr. 1. p. 4—5. (27 jährige amenorrhoische Patientin. In Narkose wurde ein erbsengrosser Uterus, ohne Adnexe, gefunden. Periodische pemphigusartige Hauteruptionen.)
33. Marchal, E., Ein Fall von Uterus bicornis unicollis myomatosus gravidus. Diss. Strassburg i. E. 1913. (Enthält Betrachtungen über die Ätiologie des Uterus bicornis.)
34. Marshall, G. Balfour, Case of uterus bicornis bicollis; six months pregnancy right horn, pyometra left horn. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 4. p. 197—200. (Wird im Kapitel „Pathologie der Gravidität" referiert.)
35. Moiraud, P., De l'hématométrie latérale simple sans hématosalpinx ni hématocolpos dans les cas de bifidité utérine. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 90. 127 S. Als Original erschienen in Arch. mens. d'obst. et de gyn. Mai. (Kasuistisch.)
36. Moreau, Ch., Pyométrie et pyocolpos dans les cas de duplicité du canal génital. Arch. gén. de chir. 25 Févr. p. 149—161. (In einem selbst beobachteten Falle hatte Verf. mit der abdominalen totalen Hysterektomie vollen Erfolg. Anatomisch-klinisch-therapeutische Betrachtungen daran anknüpfend.)
37. Oberndorfer, S., Demonstration einiger Uterusmissbildungen. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 18. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1791. (1. Uterus septus cum vagina septa. 2. Uterus unicornis dexter mit Persistenz der linken Tube. 3. Uterus unicornis dexter mit Persistenz des Fimbrienendes der linken Tube. Fehlen der übrigen Teile des linken Müllerschen Ganges. Besprechung der Häufigkeit der Kombination von Missbildungen im Urogenitalapparat.)
38. Öhmann, K. H., Ein Fall von Uterus bicornis mit ausgetragener Schwangerschaft im rechten Horn. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 20. p. 738—742. (Wird im Kapitel „Pathologie der Gravidität" referiert.)
39. Parkes, C. H., A bicornate uterus which contained three pregnancies. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 24. p. 2129. (Patientin ist 47 Jahre alt. Drei Geburten und eine Fehlgeburt. Nach der dritten Geburt prolabierte der Uterus. Die Diagnose war leicht. Operation: totale Uterusexstirpation. Genesung.) (Heimann.)
40. Philips, Th. B., Een geval van dubbele baring bij dubbele baarmoeder. (Doppelte Geburt bei Uterus duplex.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Helft. Nr. 9. p. 631—635. (Holländisch.) (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)
42. Rosenthal, Trois cas d'utérus bicorne avec une corne rudimentaire. La Sem. gyn. Nr. 49. p. 389—390. (In allen drei Fällen war ein solider Strang die einzige Verbindung zwischen dem ausgebildeten und dem rudimentären Horne. Ebensowenig bestand eine Verbindung mit der zugehörigen Tube. Nur in einem Falle fand sich im rudimen-

tären Horne eine Höhle und waren Zeichen einer stattgehabten Menstruation nachweisbar.)
43. Rosenthal, S., Über die kombinierten Nieren-Uterusmissbildungen. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 635. (Bei dem untersuchten Präparat handelte es sich um einen Uterus unicornis dexter mit Dystopie des linken Ovariums und linken Tube beim Fehlen der linken und Dystopie der rechten Niere. Die Diagnose bei der 25jährigen Patientin wurde auf rechtsseitigen Ovarialtumor bei Gravidität mens. III gestellt. Die Operation ergab Aufschluss.) (Heimann.)
44. Rössle. R., Uterus bicornis ohne Gangsystem im Rudiment des einen Hornes. Naturwiss.-med. Ges. in Jena. Sitzg. vom 13. Nov. 1913. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 51. p. 2862. (Ergibt sich aus der Überschrift.)
45. Rouville, G. de, et G. Roux, Utérus bicorne unicervical. Soc. d. sciences méd. Montpellier. Séance du 28 Nov. 1913. Ref. Montpellier méd. 1913. Nr. 51. p. 593 bis 596. (Beschreibung des Präparates.)
46. Sadler, H. F., Familial errors of sexual development. Australas. med. Gaz. 1913. Vol. 34. Nr. 18. p. 407—408. (Familiäres Auftreten von Fehlen der inneren weiblichen Geschlechtsorgane: drei Schwestern ohne Hymen, Uterus und Ovarien.)
47. Schtscherbina, E. G., Zwei Fälle von Schwangerschaft im rudimentären Uterushorne. Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. Heft 4. p. 545—556. (Kasuistisch.)
48. Smith, G. R., Uterus duplex cum vagina bipartita. New York. med. Journ. Vol. 99. Nr. 20. p. 989. (Ein Fall von Gravidität in einem Horn. Die nichtgravide Hälfte hatte nicht menstruiert.)
49. Smith, J. Howie, A uterus didelphys both horns of which have been pregnant at different times. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. p. 84 bis 85. (Die Diagnose war zuerst auf stielgedrehten Ovarialtumor gestellt. 1 Abb.) (Heimann.)
50. v. Stauffenberg, Über Begriff und Einteilung des „Infantilismus". Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. p. 255—257. (Geschichtliche Übersicht.)
51. Stevens, T. G., Caesarean section; labour obstructed by one half of a uterus didelphys. Obst. and Gyn. Sect. of the royal Soc. of Med. Meeting on Febr. 5. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 3. p. 170. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)
52. Strümpell, A. v., Demonstration von kindlicher juveniler Fettleibigkeit mit Diabetes insipidus, puerilem Genitalsystem. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 9. p. 504. (16jährige Patientin.)
52a. Tziridis, Georgios S., Pyometra lateralis. Inaug.-Diss. München. März. (Heimann.)
53. Unterberger, jr. F., Uterus duplex subseptus myomatosus. Nordostd. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. p. 317. (Heimann.)
54. — Zur Diagnose des rudimentären Nebenhorns des Uterus. Nordostd. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. p. 317. (Diagnose ist während der Operation [Descensus und Retroflexio uteri] gestellt. Bei der Colporrhaphia ant. wurde ein Hohlraum eröffnet, der nicht Blase war. Die Sonde führte in eine Uterushöhle, das rechte Horn war rudimentär.) (Heimann.)
55. Zalewski, E., Doppelmissbildungen der weiblichen Genitalsphäre und ihre Folgen für die Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 189—199. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)

Vorwiegend Kasuistik. Viele Fälle mit Schwangerschaft kompliziert.

Atresia uteri congenita: Bonicelli (8), Casali (11).

Fehlen, resp. rudimentäre Entwicklung des Uterus: v. Franqué (16) (geht besonders auf die Ätiologie ein), Lange (29), Macnaughton Jones (32), Sadler (46) (familiäres Auftreten).

Uterus bicornis unicollis: Benthin (5; mit Myom), Bertlich (6) (5 Fälle, kombiniert mit Schwangerschaft), Blair Bell (7), Frédault (17) (mit Schwangerschaft), Hammerschlag (21) (mit Schwangerschaft), Hénault (23) (mit Schwangerschaft), v. d. Heyden (25) (mit Schwangerschaft), Lange (29), Laurent (30) (Dissertation), Marchal (33) (Dissertation über einen Fall kombiniert mit Schwangerschaft und Myome), Marshall (34); mit Schwangerschaft), Oehmann (38) (mit Schwangerschaft), v. Ernst (13) (4 Fälle, davon einen mit Schwangerschaft kombiniert), Rosenthal (42; 3 Fälle), Rössle (44), de Rou-

ville und Roux (45), Schtscherbina (47; 2 Fälle, beide mit Schwangerschaft), Unterberger (53).

Uterus duplex, resp. **didelphis**: Foisy (14), Fothergill (15), Fruhinsholz und Gross (18), Grad (20), Hausmann (22; Dissertation), Hicks (26; mit Schwangerschaft), Krusen (28), Moiraud (35; Hämatometra), Moreau (36; Pyometra), Philips (40; gleichzeitige ausgetragene Schwangerschaft in beiden Uteris), G. R. Smith (48; mit Schwangerschaft), J. H. Smith (49; beide Uteris nacheinander schwanger), Stevens (51) (der eine Uterus bildete ein Geburtshindernis).

Uterus infantilis, resp. **Hypoplasie des Uterus**: Albrecht (1; der asthenische Infantilismus), Barabo (2; bei Diabetes insipidus), Bäumler (3; kombinierte Entwicklungshemmung des Urogenitalsystems), Herrmann (24; Status hypoplasticus Bartel), Schiffmann (cf. Kap. „Tuberkulose und Syphilis" Nr. 24), v. Stauffenberg (50), v. Strümpell (52) (bei juveniler Fettleibigkeit und Diabetes insipidus).

Uterus septus, resp. **subseptus**: Buist (9; 2 Fälle, mit Schwangerschaft), Oberndorfer (37) Unterberger, (53) (mit Myom).

Uterus septus bicollis: Buist und Valentine (10; mit Karzinom).

Uterus unicornis: Fruhinsholz und Job (19; Kaiserschnitt), Oberndorfer (37), Rosenthal (43; Dissertation).

Übermässig langer Anlage des Isthmus uteri: Levars (31; 2 Fälle).

Die **Indikationen zur operativen Behandlung** der Uterusmissbildungen hat Kerr (27) in einer grösseren Arbeit zusammengestellt.

Anhang: Sterilität.

1. Alexandresco, De la nécessité de l'intégrité de la muqueuse utérine au point de vue de l'évolution normale de la gestation. Thèse de Paris. 1913. Nr. 385. 112 S.
2. Ford, W. M., Sterility in Women. Sect. of Gyn. and Obst. of the Med. Soc. New York. Meeting on April 28. Ref. Amer. Journ. of Obst. a. Dis. of Wom. a. Childr. Vol. 70. p. 80. (Verf. hat von der Pozzischen Operation zuweilen sehr günstige Resultate gesehen.) (Heimann.)
3. Gellhorn, G., Chemical factors as a cause of sterility in the female. Journ. of the Missouri State med. Assoc. 1913. Vol. 10. Nr. 5. p. 159—161. (Änderung der Alkaleszenz des Zervikalsekrets kann eventuell Ursache der Sterilität sein.)
4. Goenner, A., Zur Frage der Intrauterinstifte. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1326. (Empfehlung derselben bei Sterilität infolge mangelhafter Entwicklung des Uterus. Angabe eines solchen Instruments.)
5. Haren, C., Über Erfolge der operativen Therapie bei Sterilitas matrimonii. Diss. Freiburg i. Br. Mai.
6. Herrmann, E., Die klinische Bedeutung der Veränderungen am weiblichen Genitale beim Status hypoplasticus (Bartel). Gyn. Rundschau. Nr. 1. p. 14—33. (Der Arbeit liegen 415 Fälle zugrunde. 56,15% zeigten Zurückbleiben in der Entwicklung des ganzen Genitalapparats; 54% waren primär steril. Ausführliche Krankengeschichten, Sektionsbefunde, Menstruationsberichte in Tabellenform.)
7. Holden, F. C., The treatment of sterility by the Dudley-Reynolds operation. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1913. Vol. 68. Nr. 6. p. 1064 bis 1072. (25% der verheirateten Frauen wurden nach der Operation gravid. Für die Technik siehe das Kapitel „Gynäkologische Operationslehre").
8. Laurence, J., La sterilité chez la femme et son traitement. Journ. d. pract. Janv. p. 57. (Gegen die Aplasie des Uterus empfiehlt Verf. die langsame, progressive und wiederholte Dilatation; gegen die Stenose mit Anteflexion dieselbe Behandlung in Verbindung, wenn angebracht, mit der Stomatoplasie. Die künstliche Befruchtung verwirft er gänzlich.)
9. Opitz, E., Über die Behandlung der weiblichen Unfruchtbarkeit. Therapie d. Gegenw. Heft 1. p. 14—19; Heft 2. p. 63—68. (Allgemeine Übersicht.)
10. Robitschek, M., Pessarklappen-Autoflex. Zwei neue elastische Metallpessare pro vagina et pro portione. Klin.-therap. Wochenschr. 1913. Nr. 49. p. 1513—1517.
11. Schumann, E. A., Tracheloplasty, a new operation for the relief of sterility due to stenosis of the cervix uteri. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 442. p. 604—606. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert. Mit 4 Abbildungen.)

3. Entzündliche und funktionelle Erkrankungen des Uterus.

a) Tuberkulose und Syphilis.

1. Baldowsky, W., Zur Lehre von der weiblichen Genitaltuberkulose. Med. Obosr. Nr. 6. p. 523—545. (Russisch.) (Übersicht der russischen Literatur. 68 Fälle. Uterustuberkulose in 19%, isoliert auftretend in 6%. Cervixtuberkulose 15%, isoliert 6%. Mitteilung von drei eigenen Fällen. Die Therapie soll operativ sein und möglichst radikal. Für die Diagnose sind vor allem die Anamnese und das Verhalten der Temperatur wichtig.)
2. di Bartolo, A., La tubercolosi genitale feminile. Rivista osped. 1913. Nr. 13. p. 561 bis 572.
3. Bender, X., Sur un nouveau cas de tuberculose du col de l'utérus. Revue de gyn. et de chir. abdom. Nr. 1. p. 29—32. (Bender hat wie in einem früheren Falle von Tuberkulose des Collum uteri eine Kollumamputation gemacht. Der Erfolg war auch hier sehr gut. Die Heilung vollzog sich glatt. Nach zwei Jahren ist Patientin rezidivfrei. Natürlich können nicht alle Cervixtuberkulosen so behandelt werden, nur bei ganz lokalisierter Tuberkulose kann man so konservativ verfahren. (Heimann.)
4. Croner, W., Über das gleichzeitige Vorkommen von Karzinom und Tuberkulose des Uterus. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 577. (Zwei Fälle. Verf. hält einen ätiologischen Zusammenhang dieser beiden Erkrankungen für wahrscheinlich.) (Heimann.)
5. Fischer, B., Demonstration eines Falles von Uterustuberkulose mit Pyometra. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 6. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1256. (Referat enthält nichts Näheres.)
6. v. Franqué, O., Die Behandlung der weiblichen Genitaltuberkulose. In: Eine Woche Bauchchirurgie. Düsseldorf, Schmitz und Olbertz. p. 73. Preis 7,50 Mk.
7. Goullioud, P. E., Tuberkulose des Uterus. Lyon méd. 1913. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 577. (Zunächst Diagnose auf Karzinom gestellt. Nach Entfernung des Uterus sieht man Schleimhaut und Muskulatur tuberkulös erkrankt.) (Heimann.)
8. Graefe, G., Über Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates im Kindesalter. Diss. Halle a. S. Mai. Als Original erschienen i. d. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. p. 448—465. Heft 5. p. 574—589. (Die Genitaltuberkulose wird bei weiblichen Kindern im Verhältnis zu der Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter überhaupt, relativ selten und auch seltener als bei erwachsenen Frauen gefunden. Am häufigsten im 1. bis 5. und im 10. bis 15. Lebensjahr. Sie wird fast immer neben älteren tuberkulösen Prozessen in anderen Körperteilen angetroffen und siedelt sich meist auf dem Blutwege, am liebsten wie bei den Frauen im Abdominalteil der Tube und im Uterus, meist in beiden gleichzeitig an. Ovarien, Vagina und Vulva werden nur selten ergriffen. Meist breitet sich die Erkrankung zuerst von den Tuben auf die übrigen Teile des Genitaltraktus aus, doch können diese auch unabhängig voneinander gleichzeitig hämatogen infiziert werden. Extrem selten ist eine Fortleitung vom uropoetischen auf das Genitalsystem. — Literatur.)
9. Jellett, H., Two cases of genital tuberculosis: a) of tubes, uterus and rectum; b) of tubes, with carcinoma of ovary. Transact. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. 1913. Vol. 31. p. 400—402. (Bei der 58jährigen Patientin wurden durch Curettage wegen fünfmonatlicher Blutung aus dem Uterus tuberkulöse Zerfallsmassen entfernt.)
10. v. Kubinyi, P., Tuberculosis uteri et tubar. Totalexstirpation. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 811. (28jährige, seit zwei Monaten verheiratete Nullipara. Die Anamnese spricht dafür, dass Patientin im Kindesalter an Peritonitis tuberculosa gelitten habe. Hereditär nicht belastet. Hat nie menstruiert. In der Schleimhaut des durch Totalexstirpation gewonnenen Uterus zeigten sich mehrere tuberkulöse Geschwüre, in der Muskulatur zwei haselnussgrosse Kavernen. Das Kollum war atretisch, wahrscheinlich ein altverheilter Prozess. Das Mikroskop zeigt typische tuberkulöse Granulationen; Riesenzellen. Bazillenfärbung negativ.)
11. Mc Cann, F. J., A lecture on the clinical and pathological results of infection of the female genitalia. Clin. Journ. Nr. 29. p. 449—454. (Die Arbeit handelt auch über die Genitaltuberkulose, u. a. über deren Infektionswege.)

12. Mc Ilroy, L., H. F. Watson and J. H. Mc Ilroy, The significance of the Wassermann reaction in gynaecological diagnosis, with special reference to uterine haemorrhage. The Brit. med. Journ. 1913. Oct. 18. p. 1002. (100 Fälle, bei denen kein einziger von offensichtlicher Syphilis, wurden untersucht. Sechs Patientinnen mit einer Anamnese, die auf eine vorausgegangene syphilitische Infektion hindeutete, hatten alle eine positive Wassermannsche Reaktion. Ausserdem noch 37 andere. Fast bei allen schwanden die Beschwerden und Blutungen durch eine antisyphilitische Kur. Mehrere Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt.)

13. Meyer-Ruegg, H., Die Tuberkulose der weiblichen Genitalien. Schweiz. Rundschau f. Med. Bd. 14. Nr. 41. p. 525—534. (Unter den an Tuberkulose verstorbenen Frauen stellt sich die Zahl der Genitaltuberkulosen auf 15%. In etwa 90% aller Genitaltuberkulosen sind die Tuben beteiligt, und von ihnen geht die Infektion auf den Uterus über, viel seltener auf das Ovarium, ganz selten ist die Cervixschleimhaut erkrankt. Bei der Uterustuberkulose spielt die Plazentarinfektion eine wichtige Rolle als Infektionsquelle. Für die Diagnose kommen in Betracht die Probeausschabung des Uterus, die Überimpfung von Sekret auf Meerschweinchen, Knötchen im Douglas, der ganze Habitus der Patientin und der Verlauf der Erkrankung. Die Tuberkulinreaktion ist nicht sehr beweisend. Therapeutisch wird man nur selten zur Operation schreiten, da die Genitaltuberkulose vielfach geradezu Neigung zur Ausheilung besitzt oder sonst einen sehr chronischen Verlauf zeigt, ohne Tendenz, auf die Nachbarorgane überzuschreiten.)

14. Minner, E., Genital- und Peritonealtuberkulosen der Würzburger Universitäts-Frauenklinik. Diss. Würzburg. März. (Wird im Kapitel „Zusammenhang mit der übrigen Pathologie" referiert.)

15. Misuraca, E., Su un caso di tubercolosi dell' endometrio. Riv. osp. Nr. 2. p. 65—75. (Diagnose durch Curettage wegen Blutungen. Zu gleicher Zeit Endometritis interstitialis. Später Adnextuberkulose. Gute Erfolge mit Marmorekschem Serum.)

16. de Nicola, R., Contributo alla tubercolosi del collo dell' utero. Arch. ital. di ginec. Nr. 3. p. 61—71. (Zwei eigene Fälle, die ausführlich mitgeteilt werden, mit Abbildungen. Die tuberkulösen Geschwüre wurden exzidiert und der Uterus curettiert. Verf. verwirft radikale Eingriffe.)

17. Perazzi, P., Di un caso non comune di tubercolosi del collo dell' utero. La Rassegna d' ost. e gin. 1913. Jg. 22. Nr. 11/12. p. 630—633. (52jährige Multipara, fünf Jahre in der Menopause, erkrankt an Schmerzen im Leib und eitrigem Fluor. Früher tuberkulöse Lymphome am Halse, jetzt Tumor in der rechten Fossa iliaca, wahrscheinlich Drüsenschwellungen. An der Portio kleine Erosionen und im untersten Teil des Zervikalkanals kleine papilläre Wucherungen. Mikroskopisch lässt sich eine, auf den untersten Teil des Zervikalkanals lokalisierte, papilläre Tuberkulose feststellen. Amputation des Kollum. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich um Metastase der Drüsentuberkulose; der Mann war gesund.)

18. Pollosson, A., Tuberkulose des Uterus. Lyon méd. 1913. Nr. 37. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 577. (Fall I: Rundliche, fast die ganze Vaginalportion einnehmende Erosion, die sich mikroskopisch als tuberkulös erwies. Fall II: Zunächst wurde die Diagnose auf zerfallenes Myom oder Chorionepitheliom gestellt. Hysterektomie. Intratumoraler tuberkulöser Tumor.) (Heimann.)

19. de Quervain, F., Du traitement actuel de la tuberculose génito-urinaire. La Sem. méd. Nr. 4. p. 37—42. (Allgemeines.)

20. Revillet, L., De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales. Organes génito-urinaires. Prov. méd. Année 27. Nr. 25. p. 271—276. (Die Heliotherapie am Meere findet ihre sicherste Indikation bei den tuberkulösen Affektionen der weiblichen Genitalorgane. Alte Entzündungsherde des Uterus und seiner Adnexe werden oft rasch beseitigt. Sei heilt zahlreiche verzweifelte Fälle von Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, für die kein anatomischer Grund vorliegt. Beim jungen Mädchen in der Pubertät verhindert die Heliotherapie den Infantilismus und die Hypoplasie der Geschlechtsorgane.)

21. Rothhardt, E., Beitrag zur Diagnostik der Genitaltuberkulose. Diss. Freiburg i. Br. 1913.

22. Salgendorff, H., Pathologisch-histologische Untersuchung einer Uterus- und Tubentuberkulose. Diss. in Bonn.

23. Schewaldyscheff, A., Drei Fälle von Tuberkulose der weiblichen Genitalorgane. Med. Obosr. Nr. 6. p. 545—548. (Russisch.) (Alle drei sind Fälle von primärer Genitaltuberkulose. Operative Therapie. Heilung.)
24. Schiffmann, J., Tuberkulose, Uterusatresie und Amenorrhoe. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. p. 1—17. (Sehr genaue Bearbeitung zweier einschlägiger Fälle. Fall I: Die Veränderungen sind nur in der Mukosa des Korpus zu finden, die Tuberkulose befindet sich im Stadium der Ausheilung. Atresiebildung. Fall II: Völlige Narbenatresie des Uterus, nur eine einzige Infiltratstelle in der Narbe weist auf einen ehemaligen entzündlichen Prozess hin. Hochgradige Sklerose der Uteringefässe. Die Ursache der Amenorrhoe liegt entweder in der Hypoplasie oder der Erkrankung des Uterus. Die beiden Fälle zeigen, dass hinter dem klinischen Bild des infantilen hypoplastischen Uterus sich schwere pathologische Veränderungen verbergen können. (Heimann.)
25. Schmidt, E., „Tuberkelknötchen" in einem Portiokarzinom. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 3. p. 316—324. (Für Tuberkulose sprechen: die nachgewiesene floride Tuberkulose einer Niere und Tuberkelbazillen im Körper, die hauptsächlich in den Schnitten der Probeexzision gefundenen Zellkomplexe mit allen Eigenschaften von Tuberkeln, die für den Langhansschen Typus unbedingt charakteristische Form der Riesenzellen. Schmidt neigt aber schliesslich doch der Ansicht zu, dass es sich um Fremdkörperriesenzellen handelt.)
26. Schneider, W., Über primäre weibliche Genitaltuberkulose. Diss. Freiburg i. Br. 1913.
27. Stillman, E. G., Two cases of tuberculosis of uterus. Proceed. of the New York pathol. Soc. Vol. 14. Nr. 4. p. 101—108. (Autopsiebefunde. Neben geringen tuberkulösen Veränderungen der anderen Körperorgane diffuse käsige Tuberkulose des Endometrium und der Tuben.)
28. Tourneaux, J. P., et Villemur, Tuberculose du col de l'utérus. Soc. anat. de Paris. Séance du 17 Juillet. Ref. La Presse méd. Nr. 58. p. 560. (Die Patientin litt an Metrorrhagien mit starken Schmerzen. Bei der Untersuchung fand sich ein Polyp. Abtragen desselben, Curettement. Typischer tuberkulöser Befund in dem Polypen und der Schleimhaut der Cervix. Der Fundus war frei.) (Heimann.)
29. Welty, E. M., Gynecologic tuberculosis. Northwest Med. Vol. 6. Nr. 1. p. 21—24. (Zusammenfassung. Mitteilung eines Falles.)
30. Whitehouse, H. Beckwith, Syphilis in relation to uterine disease. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 1. p. 13—25. (Verf. stellte die Wassermannsche Reaktion an bei Patientinnen mit Uterusaffektionen unbekannter Pathogenität und suchte Spirochäten in dem Gewebe und Sekrete des Uterus. Verf. betont das Vorkommen einer wahren syphilitischen Fibromatose des Uterus und kommt zu folgenden Schlüssen: Bei jeder chronischen und fibromatösen Metritis unbekannten Ursprungs soll die Wassermannsche Reaktion angestellt werden; dieselbe wird oft Syphilis als Ursache erkennen lassen. Im sekundären Stadium der Syphilis lassen sich oft Spirochäten im Menstrualblut nachweisen. Auch gibt es Pyometritiden syphilitischen Ursprungs. — Ausführliche Krankengeschichten und histologische Befunde der sieben Fälle, auf die sich die ausführliche Arbeit stützt.)
31. Wintz, H., Experimentelle Untersuchungen über Chemismus und Bakteriengehalt des Scheidensekrets, sowie über die bakteriziden Eigenschaften gegenüber dem Tuberkelbazillus. Diss. Erlangen 1913. 88 S. (Das Scheidensekret hat keine bakterizide Eigenschaft gegenüber Tuberkelbazillen.)
32. Wüllenweber, W., Über operative Behandlung von Tuberkulose der weiblichen Genitalien. Diss. München. Sept.

Tuberkulose des Uterus. Meist handelt es sich um kasuistische Arbeiten. Grössere, das Thema erschöpfende Publikationen stammen von Baldowsky (1), der 68 Fälle aus der russischen Literatur zusammenstellte, di Bartolo (2), Graefe (8), der eine Dissertation über die Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates im Kindesalter verfasste, Meyer-Ruegg (13), der systematisch die Genitalorgane einer Anzahl an Tuberkulose verstorbener Frauen untersuchte, Minner (14) (Dissertation) und Schneider (26) (Dissertation über die primäre weibliche Genitaltuberkulose).

Der **Ätiologie** wurde von mehreren Autoren Aufmerksamkeit geschenkt. Galup (cf. Kap. „Menstruation") glaubt, dass bei Lungentuberkulose in 18—20% der Fälle auf hämatogenem Wege eine sekundäre Infektion der Genitalorgane zustande kommt. Auch

Graefe (8) hält die Infektion auf dem Blutwege von anderen Herden des Körpers aus für die gewöhnlichste. Extrem selten soll eine Fortleitung vom uropoetischen- auf das Genitalsystem sein. v. Kubinyi (10) konnte in der Anamnese seiner Patientin eine Peritonitis tuberculosa feststellen. Minner (14) bespricht in einer Dissertation den Zusammenhang zwischen diesen beiden Erkrankungen. Mc Cann (11) schrieb eine Abhandlung über die **Infektionswege,** auf denen Genitalerkrankungen zustande kommen. Nach Meyer-Ruegg (13) soll die Plazentarinfektion eine wichtige Rolle als Infektionsquelle spielen. Ein Fall von lokalisierter papillärer Tuberkulose des Zervikalkanals wird von Perazzi (17) als Metastase einer Drüsentuberkulose aufgefasst. Schewaldyscheff (23) publiziert 3 Fälle von **primärer Genitaltuberkulose.** Schneider (26) hat diesem Thema seine Dissertation gewidmet.

Wintz (31) studierte die **bakteriziden Eigenschaften des Scheidensekretes** gegenüber den Tuberkelbazillen.

Die Möglichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen **Karzinom und Tuberkulose** des Uterus hält Croner (4) nicht für ausgeschlossen. Aus den Publikationen von Goullioud (7) und E. Schmidt (25) ist ersichtlich, wie grosse Schwierigkeiten oft die **Differentialdiagnose** dieser beiden Erkrankungen machen kann.

Übrigens wird zur **Diagnose** von Baldowsky (1) besonderer Wert gelegt auf die Anamnese und das Verhalten der Temperatur. Nach Meyer-Ruegg (13) ist die **Tuberkulinreaktion** nicht sehr beweisend. Er bespricht ausführlich die Schwierigkeiten der Diagnosenstellung. Auch Rothhardt (21) liefert in seiner Dissertation einen Beitrag zur Diagnostik der Genitaltuberkulose.

Über die **Histologie** der tuberkulösen Veränderungen am Uterus ist in den Publikationen von Goullioud (7), Misuraca (15), Perazzi (17), Pollosson (18), Salgendorff (22) (Dissertation), Schiffmann (24), E. Schmidt (25), Stillmann (27) u. a. näheres zu finden.

Die **Therapie** soll nach Baldowsky (1), Bender (3), v. Franqué (6), v. Kubinyi (10), Schewaldyscheff (23) und Wüllenweber (32) **operativ** sein: nach Umständen radikal oder konservativ operativ. Dagegen empfehlen Meyer-Ruegg (13), de Nicola (16), Perazzi (17) **konservatives Verhalten.** Misuraca (15) hat sehr gute Erfolge vom Marmorekschen **Serum** gesehen: Revillet (20) von der **Heliotherapie.** De Quervain (19) veröffentlicht allgemeine Ansichten über die Behandlung der Urogenitaltuberkulose.

Syphilis des Uterus. Sowohl Mc Ilroy, und seine Mitarbeiter (12) wie Whitehouse (30), fanden bei zahlreichen Frauen, die an Metropathien litten, eine positive Wassermannsche Reaktion, auch ohne dass anderweitige Symptome von Syphilis vorhanden waren. Erstere Autoren konnten fast ihre sämtlichen Fälle durch eine antisyphilitische Kur heilen. Whitehouse hat auch Spirochäten im Gewebe und Sekret des Uterus gefunden und betont das Vorkommen einer wahren syphilitischen Fibromatose des Uterus.

b) Metropathien, Endometritis.

1. Adler, L., Über Ursachen und Behandlung von Uterusblutungen. Med. Klinik. Nr. 5. p. 183—188. Ref. Therap. Monatsh. 28. Jg. Mai. p. 379. (Leitsatz für die Behandlung aller Genitalblutungen: Eine Palliativbehandlung ist erst einzuleiten, wenn Malignität ausgeschlossen ist.) (Heimann.)
2. Albrecht, H., Die Anwendung des Koagulen Kocher-Fonio in der Gynäkologie. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1479. (Bei intrauteriner Anwendung — Menorrhagien, atonische Blutungen — ist das Mittel ohne nennenswerte Wirkung.)
3. Allan, W. and T. H. Wright, Functional leucorrhea. New York med. Journ. Vol. 99. Nr. 3. p. 119—120. (Bei abnormer Erregbarkeit der Vasomotoren kann es auch unabhängig von der Menstruation und von anderweitigen Organveränderungen zur Hyperämie der Schleimhaut des Uterus und zur Leukorrhoe kommen. Ohne dass lokale Eingriffe nötig sind, lassen sich diese Erscheinungen durch Allgemeinbehandlung oft beseitigen.)
4. Allmann, J., Zur Behandlung der Metrorrhagie mit Mesothorium. Nordwestd. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 16. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. p. 424. (Verf. hat 17 Frauen mit Blutungen behandelt, deren Ätiologie nicht festzustellen war. Erfolge sehr gut. Technik: 30 mg in Messingfilter zwei Stunden ins Cavum eingelegt. Zweite Gruppe von Frauen: Blutungen bei bestehendem Thyreoidismus. Dritte Gruppe: Metro- bzw. Menorrhagien und Dysmenorrhoen junger Mädchen auf

thyreogener Basis. Hier wurde die Schilddrüse bestrahlt, 2—3 Stunden 30 mg Mesothor. Die Patientinnen reagierten auf die Bestrahlung ausgezeichnet. Die Blutungen besserten sich bei den meisten in ganz auffallender Weise. Ob dauernde Heilung erzielt werden kann, lässt sich zurzeit noch nicht sagen.) (Heimann.)

5. Alterthum, E., Zur Behandlung gynäkologischer Erkrankungen mit Yatren. Therap. d. Gegenw. Heft 3. p. 138—140. (Bei langer Behandlung gute Erfolge bei Cervixkatarrhen, Erosionen usw. mit Yatrengazetamponade der Scheide. — Jodderivat des Benzol-Pyridins.)
6. Asch, R., Diagnostische und therapeutische Ratschläge für den gynäkologischen Praktiker. Beihefte z. Med. Klinik. Heft 6. p. 129. (Im dritten Teil der Arbeit, der speziellen Therapie gewidmet, wird u. a. die Behandlung der Metritis und Endometritis besprochen. — Technik des Curettements.)
7. Ballmer, Z. H., Inflammations of the uterus. Eclectic. med. Journ. Vol. 74. Nr. 5. p. 230—234. (Allgemeines über Ätiologie und Therapie. Nichts Neues.)
8. Birnbaum, R., Zur Therapie akuter und chronischer Entzündungen im Bereich der Genitalorgane. Gyn. Rundschau. p. 503. (Empfehlung von En-Semori, Styli Spuman und Kombination von beiden.) (J. Veit.)
9. — Inhibin, ein pharmakotechnisch neues lokales Hämostatikum bei genitalen Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 551. (Es handelt sich um eine Tablettenform. Gewöhnlich werden dreimal täglich eine Tablette tief in die Vagina eingeführt, Freiwerden von Kohlensäure bewirkt den Erfolg.) (Heimann.)
10. de Bovis, R., Le concept des endométrites chroniques et le curettage. La Sem. méd. 1913. 5 Nov. (Endometritiden, oder besser Pseudoendometritiden infolge Allgemeinstörungen — schlechter Allgemeinzustand, abnormale Funktion einer der grösseren inneren Sekretionsorgane — müssen von denen lokal infektiöser Natur getrennt werden, da jede Lokalbehandlung vergebens oder gefährlich wäre. Wenn die Allgemeinbehandlung erfolglos bleibt, ist die Radiotherapie oder sogar die Hysterektomie verantwortet.)
11. Briggs, H. and R. A. Hendry, Uncontrollable uterine haemorrhage: a report on 104 uteri after hysterectomy. Sect. of Obst. and Gyn. of the Royal Soc. of Med. Meeting on Febr. 5. Ref. Proceedings of the Royal Soc. of Med. Vol. 7. Nr. 5. p. 195—220. Als Original erschienen i. d. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 3. p. 113—131. (Histologische Untersuchung von 104 Uteri, die im Laufe von 12 Jahren exstirpiert wurden wegen Blutungen, ohne dass an ihnen Myom oder Karzinom nachzuweisen war. Die Fälle wurden tabellarisch geordnet. Hierfür kommen in Betracht: Alter der Patientin, Lage des Uterus, Grösse und Gewicht desselben, Art und Stärke der Blutungen, schliesslich die Beschaffenheit bzw. Dicke des Endometriums. — 11 makroskopische und 16 mikroskopische Abbildungen auf 13 Tafeln. Die Arbeit wird von F. Lejars französisch referiert in: La Sem. méd. Nr. 19. p. 220—221.) (Heimann.)
12. Brown, Le Roy, The significance of irregular uterine bleeding. Med. Record. Vol. 85. Nr. 4. p. 149—152. (Überblick über die Ätiologie, Differentialdiagnose und Therapie der irregulären Uterusblutungen, für den Allgemeinpraktiker bestimmt. Vorschläge zur Aufklärung des Publikums über die Gefahren und Anfangssymptome des Uteruskarzinoms.)
13. Bucura, K. J., Zur Technik der intrauterinen Behandlung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6. p. 126—127. (Cf. Anhang „Intrauterine Behandlung". Das Verfahren eignet sich besonders zur Behandlung gonorrhoischer und postgonorrhoischer Ausflüsse. Injektionsflüssigkeit: Elektrargol oder 2%ige Kollargollösung.)
14. Buges, G., Essai sur le traitement des métrites par l'enfumage iodé. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 22. 47 S. (Indikationen: ulzerierende zervikale Metritiden und obstetrische Uterusinfektionen; bei letzteren als Ergänzung der Uterusausräumung. Anästhesie ist nicht nötig. Anwendung sehr bequem. Intoxikation ist nicht zu befürchten. Gefahr der Atresie ausgeschlossen. Wirkt keimtötend und Narbenbildung anregend.)
15. Cerioli, A., Airol und Wasserstoffsuperoxyd zur intrauterinen Behandlung. Gaz. degli Osped. Nr. 85. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1457—1458. (Der Umstand, dass beim Zusammenbringen von Airol und Wasserstoffsuperoxyd vier starke bakterizide Substanzen: Jod, Sauerstoff, Wismut und Gallussäure frei werden, wurde vom Verf. in der Behandlung der Affektionen des Endometriums verwertet. Technik. Vor allem ist die hämostatische Wirkung bemerkenswert; bei chronischer

Endometritis wurde wesentliche Besserung erzielt. Bei richtigem Vorgehen ist die Gefahr einer Embolie [starke Schaumbildung] nicht zu befürchten.)

16. Clark, J. G., Pathology and treatment of gonorrheal cervicitis and endometritis. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 438. June. p. 961—969. (Für die Behandlung kommen in Betracht: die antifermentative, mit Leukofermantin, die Hefebehandlung und die Formalinätzung. Die letzte macht Beschwerden, wird daher nur wenig angewendet. Eine recht gute Methode ist folgende: Die Cervix wird mit $1^0/_{00}$ Sublimat oder $5^0/_0$ Jodtinktur gereinigt, dann Einspritzung 1 ccm einer $5^0/_0$igen sterilen Novokainlösung mit einer Braunschen Spritze. Am besten wirkt diese Behandlung kombiniert mit der Hefe oder Leukofermantinbehandlung. In hartnäckigen Fällen Inzisionen der Portio mit dem Thermokauter.) (Heimann.)

17. Coe, W. H. Metrorrhagia at puberty. Sect. of Gyn., Obst. of the Med. Soc. New York. Meet. on April 28. Ref. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. p. 82. (Heimann.)

18. Cukor, N., Verschiedene Formen von Gebärmutterblutungen, die durch Moorbäder gut beeinflusst werden. 35. Balneologenkongr. in Hamburg. 11.—16. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. p. 789. (Es sind das die Fälle, die auf Blutarmut, Fettsucht, Katarrhe des Uterus und Klimakterium beruhen. Wenn auch die Blutungen während der Moorbäderbehandlung stärker werden, so ergibt sich doch am Ende ein recht guter Effekt.)

19. — Können Gebärmutterblutungen durch Moorbäder geheilt werden? Med. Klinik. Nr. 21. p. 890—891. (Moorbäder werden empfohlen bei Endometritis und Metritis, sowie bei Menstruationsstörungen nach Infektionskrankheiten und Stoffwechselerkrankungen.)

20. Curtis, A. H., On the etiology and bacteriology of leucorrhea. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 3. p. 299—306. Ref. La Gyn. Jg. 18. p. 305. (In der Vagina meist Döderleinbazillen, ferner sehr häufig grampositive, selten gramnegative, meist Anaerobier. In der Vulva trifft man Aerobier: Koli-, Staphylokokken, Pseudodiphtheriebazillen. Leukorrhoe findet man meist bei Frauen, die noch nicht geboren haben, meist auf gonorrhoischer Basis. Die Rolle des Gonococcus würde nach Verf. besonders die sein, das Terrain für andere Anaerobier, die die Leukorrhoe hervorrufen, zu präparieren.) (Heimann.)

21. Delbet, P., Traitement de la métrite par le chlorure de zinc. Journ. d. pract. 1913. p. 708. (Da die Injektionen schmerzhaft sein können, geht eine Einspritzung von 4 ccm einer $5^0/_0$igen Novokainlösung in die Uterushöhle voraus. Das $30—40^0/_0$ige Chlorzink wird in Mengen von 2—4 ccm, je nach der Grösse der Uterushöhle, injiziert. Nachher muss die Patientin 3—4 Stunden in horizontaler Lage liegen bleiben. Die Abstossung des Schorfes, die am dritten Tage anfängt, ist meist nach einer Woche vollendet und kann eine neue Injektion gemacht werden. — Technik. — Die Gefahr der Entstehung einer Atresie soll ausgeschlossen sein. — Verf. zieht diese Therapie der Curettage vor.)

22. Deutsch, A., Zur Behandlung der Adoleszentenblutungen mit Pituglandol. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 545—548. (15—20 Injektionen zu 1 ccm Pituglandol [Hoffmann-La Roche]. Pausen von 1—3 Tagen zwischen den Injektionen, eventuell nach einer Pause von 1—4 Wochen eine neue Injektionskur.) (Heimann.)

23. Driessen, L. F., Endometritis Folge abnormaler Menstruation, Ursache profuser Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 618—622. (Verf. erkennt eine besondere Endometritis, die folgende charakteristische Merkmale hat: 1. zirkumskripte hyaline Herde in der gewucherten Schleimhaut, 2. Nekrosen, 3. Infiltration mit multinukleären Leukozyten und Gefässdilatation, 4. zystische Erweiterung der Drüsen, 5. Wucherung des Epithels der Oberfläche und der Drüsen, 6. Fehlen von Glykogen. Man findet diese Merkmale auch an Schleimhäuten post abortum. Diese oben genannte Endometritis tritt fast ausschliesslich vor der Menopause auf. Diese Schleimhautveränderungen sind als Folgen der unvollkommenen Regeneration nach der Menstruation aufzufassen. Das Curettement bringt meist Heilung; eventuell bei Rezidivierung Kastration operativ oder durch Röntgen.) (Heimann.)

24. Duffy, R., Treatment of specific leucorrhea. Southern med. Journ. Vol. 7. Nr. 10.

25. Ekstein, E., Über medikamentöse Uterustonisierung. Gyn. Rundschau. Heft 5. p. 162—164. (Verf. spricht nur von der Hypotonie. Ätiologie: Entzündungen im

grossen und kleinen Becken, Obstipation, schliesslich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Verf. empfiehlt besonders die Styptase in Tablettenform. Hierbei muss jedoch der Uterus stets entleert sein.) (Heimann.)

26. Flatau, S., Über Metrorrhagien bei Virgines. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 7. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. p. 528—530. (Der Vortrag selbst soll im Arch. f. Gyn. erscheinen. Referat fehlt. Diskussion: Strauss berichtet über eine 26jährige Virgo mit unstillbaren Blutungen trotz viermaliger Abrasio und Kastration. A. Mayer hat gute Beeinflussung der Blutungen gesehen von der Anwendung normalen Menschenserums. Die Menstruation ist nicht das ausschliessliche Werk des Eierstocks allein, vielmehr wirken auch andere Drüsen mit innerer Sekretion mit. Seitz war in einem Falle gezwungen, den Uterus supravaginal zu amputieren. In einem zweiten Falle hatte fünfmalige Abrasio und Entfernung anderthalben Ovariums nur zeitweisen Erfolg. Es handelt sich wohl um eine Gleichgewichtsstörung, die die verschiedensten innersekretorischen Drüsen umfasst. Amann entfernte bei einem jungen Mädchen mit unregelmässigen Blutungen ein Angiosarkom des linken Ovariums mit dauernd gutem Erfolg.)

27. Focke, Digitalis bei Uterusblutungen. Therap. d. Gegenw. Heft 2. p. 68—74. Ref. Therap. Monatsschr. 28. Jg. Mai. p. 378. (Bei Uterusblutungen, die auf organischer Grundlage beruhen, ist Verabreichung von Digitalis eine wertvolle Unterstützung neben lokaler Therapie. Gute Wirkung ist zu erwarten: 1. bei Blutungen während der Schwangerschaft; 2. bei Menorrhagien, sowohl des jugendlichen wie des klimakterischen Alters, kurz bei allen, wo der Uterus anscheinend gesund ist, aber infolge irgendwelcher Zirkulationsstörung an zeitweisen Blutstauungen leidet. Verordnung: Inf. fol. Digital. titr. Bei Kindern von 13—14 Jahren 0,3—0,5 : 100,0 halblöffelweise nach den Mahlzeiten. Bei Erwachsenen 0,7—0,9 : 150,0 esslöffelweise nach den Mahlzeiten. Oder Digitalysat Bürger dreimal täglich am ersten Tag 20 Tropfen, dreimal täglich 15 Tropfen an den drei folgenden Tagen.) (Heimann.)

28. Gerstenberg, E., Konzentriertes Formalin, das am schnellsten und sichersten wirkende chemische Mittel zur Behandlung klimakterischer Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1201. (Technik: Zwei Sonden, Zeit 50 Sekunden. Manuelle Untersuchung zwei Tage vor der Ätzsitzung. Aseptisches Vorgehen; Cervix und Uterus vorher nicht ausgetupft. 3—12 Stunden nachher Einlegen eines Tupfers. Nachteile wurden nie gesehen.) (Heimann.)

29. Goffe, J. Riddle, Menorrhagie und Metrorrhagie. Med. Record. 1913. Bd. 84. Nr. 19. p. 867. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 673. (Verf. trennt Meno- und Metrorrhagien in zwei Klassen, je nachdem ein ätiologischer Faktor (Endometritis, Tubenaffektionen etc.] vorliegt oder nicht. Wiederholte Abrasionen sind therapeutisch zu verwerfen; eine, schon zur Diagnosenstellung, wird empfohlen. Organotherapie mit Ovarialextrakten, Pituitrin ist zu versuchen. In schweren Fällen Verödung des Endometriums mit Acid. nitricum oder Hysterektomie.) (Heimann.)

30. v. Graff, E., Die Behandlung der nichtklimakterischen Meno- und Metrorrhagien mit Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. p. 426—439. (36 Fälle. Heilung in 81%. Nach Intensivbestrahlung weniger Rezidive wie nach Bestrahlung mit geringeren Dosen. Furcht vor Beschädigung noch zu befruchtender Ovula soll unbegründet sein.)

31. Groák, F., Über Noviform. Gyn. Rundschau. Heft 5. p. 165—166. (Gute Resultate bei Leukorrhoe, Erosionen der Portio, bei übelriechendem Fluor usw. — In demselben Heft eine Empfehlung desselben Präparats von Nebesky).

32. Hunner, G. L., Weitere Mitteilungen über die Anwendung des Paquelin bei Zervikalkatarrhen und Sterilität. Southern Surg. and Gyn. Assoc. Dec. 16—18. 1913. Atlanta. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 71. p. 786. (Empfehlung des Thermokauters zur Verödung der tiefgelegenen Cervikaldrüsen. Kontraindikationen sind: Akute Gonorrhoe, maligne Tumoren.) (Heimann.)

33. Jayle, F., L'opothérapie hypophysaire en gynécologie; ses résultats immédiats. Presse méd. Nr. 26. p. 245—246. (Es wurden u. a. Fälle von Metritis, klimakterischen Blutungen, Fibrome usw. behandelt. Die primären Resultate sind sehr günstig. Wegen der Allgemeinerscheinungen nach der ersten Injektion sollen die Frauen an diesem Tage das Bett hüten.)

34. Jung, P., Erfahrungen über die vaginale Korpusamputation nach Rieck. Gyn. Helvet. 1913. Herbstausgabe. p. 295—297. (Die Operation wurde 26mal wegen jeder anderen Therapie trotzenden Metropathien ausgeführt. Gute Resultate in sämtlichen

Fällen. Die Menstruation wurde bei den meisten Patientinnen sehr schwach, blieb bei den anderen ganz aus. — Technik.)

34a. Kaarsberg, Et Tilfaelde af Metrorrhagi — Atmocausis — Colitis — Perforationsperitonitis. (Ein Fall von Metrorrhagie — Atmokausis — Colitis — Perforationsperitonitis.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1923 bis 1924. (Verf. meint, die Atmokausis sei ohne Schuld. Keine Sektion.) (O. Horn.)

34b. — Et Tilfaelde af Metrorrhagi — Röntgenbehandling, — Hysterectomia vaginalis. (Ein Fall von Metrorrhagie — Röntgenbehandlung — Hysterectomia vaginalis.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1920—1921. (Die Patientin wurde in vier Sitzungen mit 2—3 Holzknecht und 3 mm dickem Glasfilter behandelt, im ganzen dreimal mit einem Zwischenraum von ca. drei Wochen.) (O. Horn.)

35. Kalledey, L., Zur Lehre von der Ätiologie und Organotherapie der Uterusblutungen. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 13. p. 473—484. (41 Fälle von Menorrhagien wurden mit Hypophysenextrakt oder Corpus luteum-Extrakt behandelt, zum Teil mit gutem Erfolg.)

36. Katz, G., Der Ausfluss der Frau und seine Behandlung mit Yatrengaze. Med. Klin. Nr. 43. p. 1620.

37. Koch, J. A., The dry treatment of leucorrhea and cervical erosions. Illinois med. Journ. 1913. Vol. 24. Nr. 6. p. 330—331. (Warme Empfehlung.)

38. Lejars, F., Pyometra und Uterusabszess. Sem. méd. Nr. 20. p. 229—230. (Heimann.)

38a. Leonard, N., Postoperative Results of Trachelorhaphy compared with those of Amputation of the Cervix. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 548. Surg., Gyn. and Obst. (Die Cervixamputation soll bei Frauen in gebärfähigem Alter nicht gemacht werden, während die Trachelorhaphie keinen Einfluss bei nachfolgenden Geburten hat.) (Heimann.)

39. Löhnberg, E., Unsere Erfahrungen mit der vaginalen Korpusamputation. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 4. Heft 1. p. 130—148. (Die Operation wird angewendet zur radikalen Beseitigung der klimakterischen und präklimakterischen Blutungen, ferner in Verbindung mit der Prolapsoperation nach Schauta-Wertheim, zur Unterbrechung der Schwangerschaft mit Sterilisation. Gegeneinwände: 1. Bezüglich Schnelligkeit der Ausführung kein Vorteil gegenüber der Totalexstirpation. 2. Gefahr einer malignen Degeneration des zurückgelassenen Stumpfes. Von 54 Fällen hat Verf. 51 nachuntersucht. Ergebnis: Subjektiver und objektiver Befund sehr gut.) (Heimann.)

40. Mackey, J. F., Endometritis. Journ. of the Missouri State med. Assoc. 1913. Vol. 10. p. 11—13. (Nichts Neues.)

41. Maresch, R., Obliteration des Uterus und der Vagina infolge chronisch entzündlicher Prozesse. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 20. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1028. (Heimann.)

42. Martin, J., Du traitement de la métrite chronique par le pansement utérin. Gaz. de gyn. Nr. 667. p. 106—112. (Nach instrumenteller Dilatation des Zervikalkanals antiseptische Intrauterinspülung und Ätzung mit Jodtinktur oder Formalin. — Allgemeinbehandlung.)

43. Mc Arthur, A. Norman, Leucorrhea; its bacteriology, physiology and suggested treatment. Austral. med. Journ. Vol. 3. Nr. 148. p. 1557—1559. (Bestätigung der Befunde Döderleins. Oft wurden Kolibazillen gefunden, wenn nach den klinischen Erscheinungen Gonokokken erwartet wurden. Aus den aus dem Fluor gezüchteten Bakterien wurde ein polyvalentes Autovakzin hergestellt. Mit subkutanen Injektionen desselben wurden angeblich gute Resultate erzielt. Nähere Angaben fehlen. Prolapse, Erosionen, grosse Cervixrisse sollen vorher operiert werden.)

44. Mendes de Leon, Uterus exstirpiert bei einer 45jährigen VIIIpara, wo Verdacht auf Karzinom bestand, während bei Probecurettage nur eine ausgesprochene zystöse Degeneration der Mukosa gefunden wurde. Da wiederholte Auskratzungen und Kauterisationen die Blutungen nicht besserten, wurde der Uterus exstirpiert. Auch in vier früheren ähnlichen Fällen hat Verf. so vorgehen müssen. Med. gyn. Ver. 18. Jan. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 23. Jaarg. p. 294. (Mendes de Leon.)

45. Meyer, J., Beitrag zur Behandlung des Fluor albus mit Bolus-Biozyme. Dermat. Zentralbl. (Kombinierte Wirkung. Boluspulver ist ein gutes Trockenantiseptikum,

während die rasch sich vermehrenden Hefezellen die Bakterien überwuchern und durch ihre Fermente dieselben vernichten. Ausserdem verursachen sie durch ihren Nukleingehalt eine Leukozytenanregung.)

46. Midelton, The etiology of endometritis. Dorset and West Hants Branch of the Brit. med. Assoc. Meeting on Oct. 21. (Oft sind Keime im Blutstrom, von einer früheren Infektion herstammend, die Ursache; so z. B. nach Scharlach.)
47. Moïssidès, M., La leucorrée et ses alternances morbides. Hippocratès. 1913. Juli. p. 209—213. (Griechisch.) Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 353. (Verf. tritt an die Frage heran, ob jede Leukorrhoe Behandlung erfordert und verneint diese Frage für die Fälle, in denen keine Veränderungen des Genitalapparates nachweisbar sind. Zwei Fälle als Beispiele, dass Behandlung sogar schadet. Bei einer 34jährigen Frau trat nach Aufhören der Leukorrhoe durch lokale Behandlung eine allgemeine Urtikaria mit heftigem Juckreiz auf, die erst nach Wiedererscheinen des Ausflusses wieder verschwand und infolge eines zweiten therapeutischen Versuches von neuem auftrat. Eine andere, 42jährige Frau mit chronischer Bronchitis und Emphysem bekam wiederholt nach lokaler Behandlung der Leukorrhoe asthmatische Anfälle mit Kongestionserscheinungen der beiden Lungen. Dieser Circulus vitiosus wiederholt sich jedesmal, wenn der Versuch gemacht wird, den Ausfluss zu heilen. Zwei ähnliche Fälle sind 1912 in den „Thèse de Paris" von G. Blanc veröffentlicht worden (cf. diesen Jahresbericht, Bd. 26, dieses Kapitel Nr. 4).
48. Nenadowitsch, L. F., Zur Behandlung der vaginalen Ausscheidungen und uterinen Blutungen. Prakt. Wratsch. Nr. 7. p. 93—95. (Russisch.) (Nichts Neues.)
49. Norris, R. C., Uterine hemorrhage. Therap. Gaz. Nr. 4. p. 234—237. (Zusammenfassende Übersicht. Enthält nichts Neues.)
50. Novak, E., Die pathologische Physiologie uteriner Blutungen. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 63. Nr. 8. p. 617.
51. Obmann, K., Fortbestand der Schwangerschaft bei uterinen Blutungen. Diss. Erlangen 1913. (42 Seiten.)
52. Oppenheim, H., Zur Puderbehandlung des weiblichen Fluors. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13. p. 604—605. (Verf. gibt einen einfachen, billigen Pulverbläser an. Gute Erfolge mit Yatren-Puder.)
53. Paetz, Bekämpfung uteriner Blutungen durch Einwirkung auf die Ovarien. Inaug.-Diss. Greifswald. (Heimann.)
54. Piscacek, L., Über Uterusdivertikel und ihre Beziehung zur Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. Heft 1. p. 1—14. (Wird im Kapitel „Pathologie der Schwangerschaft" referiert. Ätiologisch kann Usur der Muskularis durch schwere Endometritis eine Rolle spielen.)
55. Portaceli, M., Behandlung der chronischen Endometritis cervicalis mit dem „Causticum Filhos" nach Richelot. Crón. méd. Valencia 1913. Nr. 587. p. 201—203. (Spanisch.)
56. Puppel, E., Argobol, ein neues Silberboluspräparat. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2406—2407. (Präparat der Firma Fr. Bayer in Leverkusen-München, das 20% Silber in Form von Silberphosphat enthält und gute Erfolge gezeitigt hat u. a. bei der Trockenbehandlung einer schweren Metritis mit Erosionen und Ektropium und einem Falle von schwerster Bact. coli-Infektion, ausgehend von einer schweren Kolpitis und Metritis bei Totalprolaps.)
57. Rauschenberger, F. W., Über Metritis dissecans und Uterusabszess. Diss. Berlin. Febr.
58. Ronneaux, Quelques cas de métrites cervicales, traitées par la galvanisation vaginale. Soc. franç. d'électrothér. et de radiol. méd. Séance du 16 Juillet. Ref. La Presse méd. Nr. 59. p. 573. (Vaginale Applikation, jede Sitzung 20—40 Minuten Dauer, mit der negativen Elektrode 20 Milliampère nicht übersteigend. Heilung.) (Heimann.)
59. Ruge, C., Über Gynatresie bei Gravidität. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 9. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. p. 233. (Siehe beim Kapitel „Pathologie der Geburt".)
60. Schattauer, F., Zur Therapie innerer Blutungen. Frauenarzt. Heft 1. p. 3—5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 675. (Verf. wendet mit Erfolg Styptasetabletten [tanninchlorsaures Kalzium und andere Hämostyptika] an. Anwendung besonders bei nicht puerperalen bzw. postoperativen Blutungen.) (Heimann.)
61. Schickele, G., Die Ätiologie und kausale Therapie der Uterusblutungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 290—333. (Vergleich von tierischer Brunst und

menschlicher Menstruation, bei beiden vermehrte Füllung der Uterusschleimhautkapillaren. Bedeutung der Vasomotoren und ihrer Erregbarkeit sehr gross. Die Ovarien wirken auf die Gefässinnervation ein, dafür können vikariierend auch andere Organe eintreten. Die verlangsamte Gerinnung des Blutes kommt vielleicht durch eine Abnahme von Kalzium im Menschenblut zustande. Verf. glaubt, dass ein im Ovarium gebildetes Antithrombin die Ursache für die Gerinnungsverzögerung ist. Auch die Kontraktionsfähigkeit des Muskels ist von Wichtigkeit. Bei virginellen Menorrhagien sind entzündliche Erkrankungen der Uterusschleimhaut oder Muskulatur nicht anzunehmen, typische Veränderungen des Blutbildes oder der Gerinnungszeit fehlen; vasomotorische Symptome sind vorhanden, manchmal findet sich eine Erweiterung der Drüsen. Bei Blutungen post partum findet man oft als alleinigen Befund in Zottenresten Uteroplazentargefässe mit hyaliner homogener Wandung, innerhalb deren noch gut färbbare Ektodermzellen liegen. Für die Blutungen bei Extrauteringravidität fehlt bisher eine Erklärung. Endometritis und chronische Metritis, Beziehungen zwischen Blutung und histologischen Schleimhautveränderungen bestehen nicht, ebenso gibt der Gehalt an Muskulatur keinen Anhaltspunkt. Ebenso können keine festen Beziehungen zwischen Blutungen und Gefässveränderungen, Fettgehalt des Uterus festgestellt werden. Häufig findet man jedoch eine verminderte Erregbarkeit der Uterusmuskulatur oder eine vasomotorische Übererregbarkeit; schliesslich können Obstipation, Myome, Retroflexio uteri zu Blutungen führen. Auch an eine Funktionsstörung der Ovarien muss bei den ätiologischen Momenten gedacht werden, ferner auch an Störungen des Uterusstoffwechsels. Bei Infektions- und Stoffwechselerkrankungen werden ebenfalls abnorme Uterusblutungen gesehen. Therapie: An der Spitze stehen die Sekalepräparate, aussichtsvoll ist auch der Gebrauch von Blutserum. Organextrakte wirken verschieden. Fernere Mittel: Intrauterine Spülungen, Tamponade, Ätzungen, Ausschabung, Atmokausis; schliesslich Regelung der Diät, Entziehung aller Speisen, die die Vasomotoren reizen, vegetarische Ernährung. Gute Erfolge sind auch bei Darreichung von Kalziumsalzen gesehen worden (5%ige Lösung von Calc. lact. per os). (Heimann.)

62. Schickele, G., Die kausale Therapie der Uterusblutungen jugendlicher Individuen. Med. Klin. Nr. 28. p. 1171. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1589. (Als Ätiologie für solche Blutungen, wenn nicht Entzündungen, Lageveränderungen etc. vorliegen, kommen allgemeine und lokale Störungen in Betracht. Letztere ist z. B. eine abnorme innere Sekretion der Ovarien oder anderer Drüsen. Die Therapie bekämpft die Ursache. Bei Ovarialstörungen eventuell Darreichung von Ovarienpräparaten.) (Heimann.)

63. Schmauch, G., Ziele und Zwecke einer sachgemässen Schilddrüsenbehandlung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. (U. a. Empfehlung einer Kombination von Kalkzufuhr mit Schilddrüsentabletten bei verschiedensten Affektionen, die mit der inneren Sekretion in Zusammenhang stehen können, wie Blutungen, Fluor, Menstruationsstörungen usw.)

64. Schneider, H., Geschichte der Behandlung atonischer Uterusblutungen mit intrauterinen Injektionen von Liquor ferri sesquichlorati. Diss. Leipzig. März.

65. Schönwitz, W., Biozyme-Bolus in der gynäkologischen Praxis. Therap. d. Gegenw. Nr. 12. (Das Präparat besteht aus medizinischer Kulturhefe und wasserfreier, kieselartiger Tonerde (Vial-Uhlmann, Frankfurt a. M.). Gutes Trockenantiseptikum bei allen Arten von Fluor albus usw.)

66. Sehrt, E., Die thyreogene Ätiologie und Therapie der hämorrhagischen Metropathien. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 6. Juli 1913. Ref. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. p. 295. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. p. 293—297. (Unterfunktion der Schilddrüse hat zur Folge Beschleunigung der Blutgerinnung, relative neutrophile Leukopenie und relative oder absolute Lymphozytose, bei Hyperfunktion findet sich Verzögerung der Gerinnung bei gleichem Blutbild. Kocher hat festgestellt, dass bei Frauen mit Unterfunktion schwere Blutungen auftreten; beim Basedow, Überfunktion, findet man häufig eine Cessatio mensium. Bei 35 Fällen von hämorrhagischer Metropathie zeigten 25 schwere Hypothyreose mit allen Zeichen des Blutbildes, bei 6 Fällen von Infantilismus ebenfalls Hypofunktion. Die Blutungen bei Hypothyreose sind als toxische anzusehen oder als Folge einer durch das thyreoidalsekretarme Blut bedingten Ovarialstörung. Jodothyringaben von 0,3 p. d. zeigten eine überraschende Einwirkung.) (Heimann.)

67. Shallenberger, W. F., Endometritis. Southern med. Journ. 1913. Vol. 6. Nr. 11. p. 723—726. (Allgemeines. Nichts Neues.)

68. **Smith, Lewis Watson**, Uterine hemorrhage associated with hypertrophy and sclerosis of the uterine vessels. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 335—344. (Geschichtlicher Überblick. Mikroskopisch sind bei Blutungen sehr häufig sklerosierte Uterusgefässe zu sehen, das Bindegewebe ist gewuchert, vielleicht handelt es sich bei der Sklerose um eine physiologische Involution, von anderen werden die Gefässdruckschwankungen bei Menstruation etc. verantwortlich gemacht. Mikroskopisch fibröse Hypertrophie der Adventitia. Diagnose nur durch Probeexzision möglich. Therapie: Ausschluss bösartiger Tumoren. Ist das der Fall, lokale Behandlung. Erst bei verzweifelten Fällen Hysterektomie.) (Heimann.)

69. Sturmdorf, A., The functional metrorrhagias, their nature and control. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 7. p. 507—508. (Werden Veränderungen am Uterus oder den Adnexen nicht gefunden, so ist die Metrorrhagie oft nur als ein Symptom aufzufassen, das auf einer konstitutionellen Neigung zu Blutungen beruht. Die Behandlung muss allgemein und lokal sein. Für letztere empfiehlt Sturmdorf intrauterine Injektion mit reinem Azeton und Formalin.) (Heimann.)

70. Theilhaber, A., Die Ursachen und die Behandlung der essentiellen Uterusblutungen und des Ausflusses. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 165—180. (Historischer Überblick der Ansichten über diese Erkrankungen. Theilhaber macht Prioritätsansprüche geltend bezüglich der Lehre der Endometritis: die von Hitschmann und Adler gefundenen Tatsachen, dass der als Endometritis bezeichnete Zustand der Schleimhaut gar keine Entzündung ist, sondern zu dieser gehören nach Hitschmann und Adler Plasmazellen. Die sogenannte Drüsenhyperplasie ist nach Verf. nicht die Folge einer chronischen Entzündung, auch meist nicht die Folge der prämenstruellen Schwellung, da sie auch bei Neugeborenen, ja Föten gefunden wurde. Die Drüsenhypertrophie, die korkzieherartige Form, fand Theilhaber in der prämenstruellen Periode bei 64%, in der postmenstruellen bei 35%, in der intermenstruellen Phase in 72% aller Fälle. Theilhaber bekämpft dann die Lehre von den streng zyklisch verlaufenden Wandlungen der Uterusschleimhaut. Zu diesen Untersuchungen müssen einwandfreie Präparate. d, h. Leichenuteri genommen werden. Theilhaber hat prä-, inter- und postmenstruelle Drüsenformen an dicht beieinander liegenden Schleimhautstückchen gesehen. Ein Zusammenhang zwischen Atypie der Zyklen und atypischen Menstruationen muss bestritten werden. Hyperämie des Uterus ist immer notwendig, wenn es zu Menorrhagien kommen soll. Die Erkrankung der Ovarien ist nicht nötig. Schliesslich spielt auch die Stärke der Muskelkontraktion bei Blutungen eine sehr wesentliche Rolle. Bei hyperämischen Zuständen nimmt auch die Menge des Sekrets, das die Drüsen des Corpus uteri in geringem Grade täglich sezernieren, zu. Therapie der Blutungen: Abrasio mit Kauterisation; Ergotin und seine Präparate; systematische Anwendung der Skarifikation. Allgemeinbehandlung. Über die Wirkung der Ätzmittel sind die Ansichten geteilt. Theilhaber benutzt sie auch bei Ausfluss mit gutem Erfolg, ausser bei akuter und subakuter Gonorrhoe. Theilhaber benutzt eine mit Watte umhüllte Sonde, als Ätzmittel kommt 30%iges Formalin in Frage. Auch die Röntgenbehandlung gibt gute Resultate.) (Heimann.)

71. Trebing, J., Erystyptikum „Roche" bei Blutungen der weiblichen Genitalorgane. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 554. (Verordnung entweder flüssig, dreimal täglich 20 Tropfen, oder fest. viermal täglich ein Messglas; besonders bei Dysmenorrhoe, zu starken Menses, klimakterischen Blutungen und solchen auf entzündlicher Basis.) (Heimann.)

72. Vanverts, J. et H. Paucot, Métrorrhagies dues à des adhérences unissant l'ovaire à un appendice enflammé. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. Nr. 5. p. 462—463. (Kasuistisch. Curettage war ohne Erfolg gewesen. Nach Lösung der Verwachsungen und Appendektomie völliges Verschwinden der Blutungen und Wiedereintritt einer regelmässigen Menstruation.)

73. v. d. Velde, Th. H., Stralenbehandeling in de gynaecologie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Helft. Nr. 23. p. 1852—1856. (Holländisch.) (I. Ultraviolette Strahlen. Anwendung mittelst der Kromayer-Lampe [für Behandlung in der Vagina] und der „künstlichen Höhensonne". Sehr zufriedenstellende Erfahrungen, besonders bei: Erosionen und Tuberkulose der Portio, Erosionen und Ulzerationen am Prolapse, Ulcus cruris, ekzematöse Erkrankungen der Schamlippen, des Perineums und der Umgebung des Anus, chronische Kolpitis, Pruritus vulvae, tuberkulöse Peritonitis usw. Der beobachtete „Kunstsonne-Kater" soll nur Folge der übermässigen Ozoneinatmung sein, und wegbleiben bei guter Ventilation im Behandlungszimmer. Auch

die Bestrahlung zur Allgemeinbehandlung bei schwachen, anämischen Patientinnen [z. B. nach Operationen] wird vom Verf. sehr gepriesen.)

74. Verdonk, A., Le traitement des pertes blanches. Journ. belge de gyn. et d'obst. Nr. 6. p. 470—476. Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. Nr. 11. (Übersicht der verschiedenen Behandlungsmethoden. Nichts Eigenes. Literaturzusammenstellung.)

75. Whitehouse, H. Beckwith, The physiology and pathology of uterine haemorrhage. The Lancet. April. p. 951 u. 1051. (Menstrualblut aus dem Uterus hat eine grössere koagulierende Kraft als das aus der Vagina. Die Zellen des Endometriums zeichnen sich durch Anwesenheit von Thrombokinase aus, die Uterindrüsen sezernieren ein fibrinolytisches Enzym. Die Beimengung von Blutklumpen zum Menstrualblut zeigt entweder das Fehlen von Thrombokinase an oder weil die Blutmenge zu gross ist, oder ihr Austritt zu schnell erfolgt, um mit dem Thrombolysin sich zu vereinigen. Eine exzessive Blutung kann ihre Ursache in einer glandulären Hypertrophie des Endometriums haben. Häufig findet man ausserdem eine Hypertrophie der Ovarien. Die Blutungen bei Erkrankungen des Endometriums, besonders bei Hypertrophie, werden durch Curettage geheilt. In der Menopause wird bei Blutungen Thrombokinase verabreicht in Form von Extrakten aus Endometrium oder Testikeln. Bei Hypertrophie des Ovariums kommt Oophorektomie, bei Fibrosis und Arteriosklerose des Uterus die Entfernung desselben in Betracht.) (Heimann.)

76. Wolff, A., Zur Kenntnis der Anatomie und Ätiologie der chronischen Endometritis. Diss. Heidelberg 1913. (Beriedt u. Co., Neustadt a. d. H.) (Untersuchungen an 84 Fällen. Was gewöhnlich unter Endometritis verstanden wird, hat keine einheitliche anatomische Grundlage. Notwendig zur Diagnose ist der Nachweis von Plasmazellen bzw. Leukozyten. Das Drüsenbild ist ohne Belang. Eine spezifische Differentialdiagnose (z. B. zwischen Gonokokken, Streptokokken und Endometritis) lässt sich nicht stellen.)

Allgemein gehaltene Arbeiten über die **pathologische Physiologie der uterinen Blutungen** und deren **Behandlung**, stammen von Adler (1), Briggs und Hendry (11), die 104 wegen Blutungen exstirpierten Uteris, die makroskopisch keine Veränderungen zeigten, mikroskopisch untersuchten, Broun (12), Ekstein (25), der besonders die Hypotonie des Uterus ins Auge fasst, Flatau (26), Goffe (29), Kalledey (35), Norris (49), Novak (50), Schickele (61), Sehrt (66; thyreogene Ätiologie, siehe dazu auch Allmann (4)], Sturmdorf (69) und Theilhaber (70). Eine besondere **Ätiologie** uteriner Blutungen, die trotz Curettage bestehen blieben, fanden Vanverts und Paucot (72) in Verwachsungen des Ovariums mit der entzündeten Appendix, nach deren Lösung und Appendektomie die regelmässige Menstruation wiederkehrte.

Mehr speziell auf dem Studium der **Endometritis und Metritis** haben sich Driessen (23), Smith (68) und Wolff (76) zugelegt. Letzterer stellt die Resultate seiner Untersuchungen an 84 Fällen in einer Dissertation zusammen.

Die **Behandlung** der Metritis und Endometritis findet eingehende Beachtung in den Arbeiten von Asch (6), de Bovis (10), Schickele (61), Sturmdorf (69) und Theilhaber (70). **Besondere Behandlungsmethoden** werden empfohlen von Albrecht (2: Koagulen Kocher-Fonio), Birnbaum (8 und 9; En-Semori, Inhibin), Buges (14: Joddämpfe), Cerioli (15; Airol und Wasserstoffsuperoxyd), Cukor (18: Moorbäder), Delbet (21; Chlorzink), A. Mayer (cf. Flatau, 26: Menschenserum), Focke (27: Digitalis), Gerstenberger (28; konzentriertes Formalin), Martin (42; Jodtinktur und Formalinspülungen), Schattauer (60: Styptase), Schneider (64; Dissertation; Eisenchlorid) und Trebing (71; Erystypticum). Siehe zu diesem Thema ferner auch den Anhang dieses Kapitels: „Intrauterine Behandlung".

Die **Organtherapie** bei uterinen Blutungen wird unter bestimmten Bedingungen gelobt von Deutsch (22; Hypophysis), Goffe (29; Ovarialextrakte und Hypophysis), Jayle (33; Hypophysin), Kalledey (35; Hypophysis- und Corpus luteum-Extrakte), Schickele (62; Ovarienpräparate), Schmauch (63; Schilddrüse), Sehrt (66; Thyreoidea) u. a., die im Kapitel „Physiologie und Pathologie der Menstruation" erwähnt sind.

Die **Bestrahlungstherapie** hat bei pathologischen Blutungen des Uterus gute Erfolge zu verzeichnen und wird fast einstimmig gerühmt. Ausser auf die vielen im Kapitel „Strahlentherapie der Myome" referierten Arbeiten (Bunnenberg, Eymer u. a.) sei an dieser Stelle auf die Publikationen von Allmann (4; Mesothorium in 12 Fällen erfolgreich; auch die Schilddrüse wurde bestrahlt), de Bovis (10), Driessen (23), v. Graff

(30; auf 36 Fälle in 81% Heilung), **Paetz** (53), **Theilhaber** (70) und **v. d. Velde** (73; Bestrahlung mit ultraviolettem Licht) hingewiesen.

Jung (34), **Löhnberg** (39) und **Seitz** (cf. **Flatau** 26) mussten die **Korpusamputation** ausführen wegen jeder anderen Therapie trotzenden Blutung.

Allgemeines über **Ursache und Behandlung der Leukorrhoe** findet sich in den Publikationen von **Allan** und **Wright** (3), die die Ursache in abnormer Erregbarkeit der Vasomotoren suchen, **Curtis** (20) und **Mc Arthur** (43) die die bakterielle Ätiologie in Betracht ziehen, **Nenadowitsch** (48) und **Verdonk** (74). **Moïssidés** (47) sah Allgemeinstörungen auftreten im Anschluss an das Versiegen des Ausflusses infolge therapeutischer Eingriffe.

Therapeutisch werden die verschiedensten älteren und neuen Verfahren empfohlen. **Alterthum** (5) und **Katz** (36) sahen gute Erfolge von Yatrengaze, **Gróak** (31), **Koch** (37), **Meyer** (45), **Oppenheim** (52), **Puppel** (56), **Schönwitz** (65) von der Trockenbehandlung mit verschiedenen Präparaten, **Bucura** (13) von Elektrargol, **Clark** (16) von Formalinätzungen und Hefe, **Mc Arthur** (43) von der Vakzinbehandlung, **Portaceli** (55) vom „Causticum Filhos", **Ronneaux** (58) von der Galvanisation, **Hunner** (32) von der Thermokauterisation.

Lejars (38) und **Rauschenberger** (57) beschrieben Fälle von **Uterusabszess**, **Maresch** (41) einen Fall von Obliteration des Uterus infolge chronisch entzündlicher Prozesse. Nach **Piscacek** (54) kann eine schwere Endometritis durch Usur der Muskularis in der Ätiologie des **Uterusdivertikel** eine Rolle spielen.

Anhang: Intrauterine Behandlung, Uterusverletzungen.

1. **Abramson, M.**, Hämatometra nach Abrasio. Diss. München 1913. (29jährige IVpara; nach Abrasio stellte sich die Periode nicht wieder ein, dafür traten alle vier Wochen heftige Schmerzen im Unterleib auf. Die Untersuchung ergab Hämatometra mit Hämatosalpinx. Totalexstirpation. Heilung.)
2. **Biermer**, Der **Hollweg**sche Obturator „Frauenschutz". Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 530—538. (Bericht über Uterusläsionen, durch dieses Intrauterinpessar verursacht.)
3. **Bretschneider, R.**, Über Uterusperforation. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 967—969. (Auch in der Diskussion werden von **Schweitzer**, **Littauer** und **Skutsch** mehrere Fälle von Curettenperforation erwähnt.)
4. **Bucura, K. J.**, Zur Technik der intrauterinen Behandlung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6. p. 126—127. (Verf. verwendet eine Rekordspritze mit spitz zulaufendem Metallkonus mit Schraubenwindungen, darauf wird ein Ureterenkatheter befestigt, der dünner sein muss als die Sichtung des Zervikalkanals, um den freien Abfluss der überschüssigen Flüssigkeit zu gestatten. Länge 11 cm. Verwendet wird Elektrargol oder 2%ige Kollargollösung. Das Medikament wird tropfenweise eingelassen.) (**Heimann.**)
5. **Calmann, A.**, Zur Anwendung und Erleichterung der Laminariadilatation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1305. (Die langsame Dilatation des Zervikalkanals ist der brüsken zu bevorzugen, vorausgesetzt, dass nicht irgendwelche Infektionsgefahren vorliegen, welche zu sekundären Infektionen führen. Wenn der Stift sich einmal in das Innere verkrochen hat, geschieht die Entfernung am besten, indem man den Stift mit einer Klemme und die vordere Muttermundslippe mit einem Museux ergreift, und letzteren dazu benutzt, um das Uterusgewebe über den Stift zurückzuschieben, indem man zugleich an der Klemme zieht.)
6. **Carlini, P.**, Sul falso concetto dell' innocuità del raschiamento. Ginec. minore. Nr. 1. p. 2—4. (Verf. warnt gegen die nichtindizierte und schlecht ausgeführte Curettage und teilt zwei Fälle mit, in denen nervöse Symptome sich verschlechterten und eine Narbenstenose des inneren Muttermundes entstand.)
7. **Delmas, P.** et **Vinon**, Kyste hématique de l'ovaire, hématosalpinx et hématométrie acquise. Soc. d. scienc. méd. de Montpellier. Séance du 12 Déc. 1913. Ref. La Presse méd. 28 Janv. Nr. 8. p. 83. (Die Ursache war wahrscheinlich eine Stenose des Orificium cervicis, hervorgerufen durch wiederholte Kaustiken.) (**Heimann.**)
8. **Engelmann, W.**, Bajonettförmige Uterussonde und Ätzstäbchen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 844. (Der Knickungswinkel sitzt am Griff. Fabrikant B. B. **Cassel**-Frankfurt a. M. In Nr. 26, desselben Zentralblattes, p. 934, erhebt **Flatau** Prioritätsansprüche betreffs dieses Instruments. Erwiderung **Engelmanns** in Nr. 27, p. 966.)

9. Frank, P. L. W., Demonstration der Fragmente eines Sterilettpessars. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. p. 313. (Das Pessar war beim Versuch der Entfernung zerbrochen, Fragmente waren darin geblieben; hinter dem Pessar, das tief in der Muskulatur steckt, eine frische Gravidität.) (Heimann.)
10. Friemann, K., Über die unblutige Dilatation der Cervix durch Quellmittel mit besonderer Berücksichtigung der Dilatation durch Laminariastifte. Diss. Marburg. Dez. 1913. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)
11. Fromme, F., Über Uterusverletzungen bei der Aborttherapie, ihre Diagnose, Behandlung und strafrechtliche Bedeutung. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 6. Heft 2. p. 266—287. (Wird a. O. referiert.)
12. Gallant, A. E., Continuous Uterine Drainage. New York. med. Journ. Oct. Nr. 15. p. 697. Ref. The Journ. of Amer. med. Assoc. Vol. 63. Nr. 18. p. 1607. (Das Drain, das an Ort und Stelle gut befestigt werden soll, kann sechs Monate und mehr in situ bleiben.) (Heimann.)
13. Goenner, A., Zur Frage der Intrauterinstifte. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1326. (Verf. hat gute Erfahrungen damit gemacht; die Indikation ist selten, manche Formen von Sterilität, Dys- und Amenorrhoe werden sehr gut beeinflusst.) (Heimann.)
14. Grotte, G., Zur Technik der unblutigen Cervixdehnung. Ein neues Dilatationsinstrument. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 400—404.
15. Gummert, L., Über die Gefahren der intrauterin angewendeten antikonzeptionellen Mittel. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 29. Juni 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 406—432.
16. Hall, G. T., Amenorrhea and dysmenorrhea. Certain forms for which treatment may be emphasized. Texas State Journ. of Med. Vol. 9. Nr. 11. p. 348—350. (Empfehlung des Intrauterinstiftes zur Behandlung dieser Störungen.)
17. Heineberg, A., Uterine endoscopy; an aid to precision in the diagnosis of intrauterine disease. A preliminary report. With the presentation of a new uteroscope. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 4. p. 513—515.
18. Herrgott, A., Un cas de gangrène du col par injection caustique. Ann. de gyn. et d'obst. Nr. 1. p. 13—17. (Die Einspritzungen zu kriminellem Zwecke waren mit 1%iger Sublimatlösung ausgeführt worden. Exitus an Embolie von den vereiterten Beckenvenen ausgehend.)
19. v. Hövel, Über kriminelle Eingriffe im Bereich der weiblichen Genitalien und ihre Folgezustände. Diss. Strassburg i. E. April.
20. Jansen, W., Über perforierende Uterusverletzungen und ihre Therapie. Diss. Berlin 1913. (Beschreibung der verschiedenen therapeutischen Massregeln bei Perforation des Uterus — durch Curette, Laminaria — unter ausführlicher Schilderung von 11 Fällen, die in der Bummschen Klinik zur Beobachtung kamen. Die Therapie ist streng konservativ-operativ und beruht auf dem Prinzip des Peritonealisierens bzw. der Extraperitonealisierung. Die Uterusexstirpation bleibt nur für sehr schwere Uterusverletzungen und Uterusperforationen bei malignen Neubildungen reserviert.)
21. Jofan, J., Hundert Uterusperforationen. Diss. München. August.
22. Knipe, Norman S., The metrascope. Obst. Soc. of Philadelphia. Meeting on April 2. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 6. p. 1048. (Einfaches, röhrenförmiges Instrument zur direkten Besichtigung der Uterushöhle.)
23. Knoop, C., Über die Gefahren der intrauterin angewendeten antikonzeptionellen Mittel. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 29. Juni 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 406—432.
24. Kraus, E., Zur Anästhesierung des Uterus. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1515—1516. (Bei der Abrasio mucosae wird vorher dilatiert mit Hegarstiften, welche mit einer Zuckerglasur überzogen sind. Die Siruplösung enthält 5% Novokain und 0,15% Suprarenin comp. Höchst. In 24 Fällen zufriedenstellender Erfolg. Dieses Verfahren der Druckanästhesie hat nur den einen Nachteil, dass die Operation länger dauert.)
25. Kriwsky, L. A., Ein Fall von Uterusperforation bei künstlichem Abort mit Durchtritt des Bougie in die Bauchhöhle. Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. p. 29—34. (Russisch.) (Referat im Kapitel „Pathologie der Gravidität".)
26. Kuliga, P., Fünf Fälle von Uterusperforation. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 11. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 550 bis 553. (Fall I: Perforation durch Curette, Expectatio, Heilung. Fall II: Perfora-

tion durch Curette; Uterus-Darmfistel. Fall III: Perforation durch Curette; Expectatio. Fall IV: Perforation durch Curette; Laparotomie fünf Stunden nach der Perforation; Totalexstirpation; Exitus. Fall V: Perforation durch Abortzange; mehrfache Darmverletzung; Darmresektion, Cökostomie, Drainage, Exitus.)

27. Lapointe, A., Traitement des perforations utérines. La Clin. Nr. 2. p. 21—23. Ref. Revue de gyn. Nr. 1. p. 61. (Uterusperforationen können entstehen: 1. Bei der Entfernung von Plazentarresten mit einem Instrument, sofortige Laparotomie, das Abdomen ist ohne Drainage zu schliessen. 2. Bei einer intrauterinen Injektion, ebenfalls sofortige Laparotomie, um die Flüssigkeit abzuschöpfen. 3. Bei einer Curettage oder Dilatation. Ist der Uterus aseptisch, soll man abwarten, ist der Uterusinhalt infiziert, muss man sofort eingreifen. Laparotomie und Naht der Perforation. Ist die Perforation nicht sofort behandelt worden, so können als Komplikation Blutungen und eine Peritonealinfektion ein chirurgisches Eingreifen notwendig machen. Blutungen heftiger Natur sind selten, bei Infektion kommt eventuell die vaginale Entfernung des Uterus in Frage.) (Heimann.)
28. Leclercq, J., et Crépin, A propos du mécanisme de la perforation gangréneuse de l'utérus. Note sur la circulation artérielle de l'utérus. Bull. de la soc. de méd. lég. de Françe. Nr. 5. p. 150—153.
29. Markoff, A., Über die plötzliche Erschlaffung des Uterus bei Abrasionen. Iswestija Nikolajewsk. Univ. w. Saratowe. Bd. 4. Heft 4. p. 239—280. (Russisch.) (Allgemeines auf Grund von vier selbstbeobachteten Fällen.)
30. Martin, A., Der intrauterine Stift. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 6. (Empfehlung bei Amenorrhoe resp. Oligomenorrhoe, besonders bei infantil entwickeltem Uterus. — Erfahrung an 80 Fällen, grösstenteils mit Erfolg. Technik der Anwendung.)
31. Mauclaire, A., et L. Tissier, Perforation utérine gangréneuse après avortement provoqué. Bull. de la Soc. de méd. lég. de Françe. Nr. 4. p. 95—99. (Ätiologisch kommt nur selten eine infektiöse Metritis in Betracht; meistens ist mechanische oder chemische Verletzung die Ursache. — Mitteilung eines Falles von gangränöser Perforation nach Abortus arteficialis.)
32. Nicholson, Wm. R., A case report illustrating certain dangers in the use of the intrauterine stem. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 442. p. 608—614. (Heftige Adnexentzündung mit beiderseitiger Exstirpation in der Folge. Der Stift war wegen Sterilität und Dysmenorrhoe eingelegt worden. — Diskussion (p. 651—657) Hirst, Norris, J. G. Clark, Boyd und Chandler.)
33. Opitz, E., Über die Gefahren des Intrauterinstiftes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 1233 bis 1235. (Ein Todesfall, eine schwere Erkrankung danach.) (J. Veit.)
34. Pleschner, H., G., Die traumatischen Verletzungen des Urogenitalapparates. Zeitschrift f. urol. Chir. Bd. 2. Heft 3/4. p. 281—352. (Erschöpfende Zusammenstellung mit grossem Literaturverzeichnis.)
35. Richter, J., Zur Regeneration der Uterusschleimhaut nach Ausschabung. Gyn. Rundschau. Bd. 8. Heft 2. p. 47—73. (Uteri, die irgendwelche entzündliche Veränderungen aufwiesen, wurden von der Untersuchung ausgeschlossen. Die Curettements fanden 1—26 Tage vor der Exstirpation statt. Verf. unterscheidet zwischen sogenannter oberflächlicher und tiefer Abrasio. Zwei Tage nach der Curettage findet sich bei beiden derselbe Befund, die Epithelialisierung ist bei der ersten am fünften, bei der zweiten am neunten Tage zu finden. Natürlich geht die Überhäutung aus vom Epithel, das eventuell zurückgeblieben ist, oder von dem Epithel der Drüsen. Zunächst bildet sich ein richtiges Granulationsgewebe. Verf. vergleicht diese Neubildung der Schleimhaut, derjenigen, die nach einer Geburt oder nach einer Menstruation zu beobachten ist. Untersuchungen an Uteri von Hündinnen, die in gleicher Weise angestellt wurden, ergaben dasselbe Ergebnis wie beim Menschen.) (Heimann.)
36. Rieck, A., Zur Therapie der Amenorrhoe. Ein Wort für den Intrauterinstift. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1061. (Cf. Kapitel „Physiologie und Pathologie der Menstruation.")
37. — Über die Gefahren des Intrauterinstiftes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1393 bis 1395. (Verf. ist nach wie vor von der Unschädlichkeit der kurzen, glatten, geknöpften metallenen Stifte überzeugt. Als Vorbedingung hierzu bezeichnet Rieck, dass der Stift ärztlicherseits zur Erzielung regelmässiger und genügend starker Perioden eingeführt werde, zweckmässig geformt sei und im Tragen vom Arzte kontrolliert werde.)
38. Schäffer, R., Die aseptische Zubereitung der Laminariastifte. Frauenarzt. Heft 6. (Zwei Verfahren. Erwiderung auf die Arbeit von Sippel, cf. Nr. 39.)

39. Sippel, A., Der Laminariastift als Erweiterungsmittel der Cervix uteri. Frauenarzt. Heft 4. p. 146—152. (Schilderung der Technik, streng steriles Arbeiten nötig, vorzügliches Mittel zur schonenden Erweiterung sowohl bei schwangerem wie nichtschwangerem Organ. Es muss nachgeprüft werden, ob während des Liegens des Stiftes eine Aszension der Keime möglich ist [Amersbach, B. Saraufs), oder ob diese beim Einführen hochgeschoben werden. Einklemmung am inneren Muttermund, Einrutschen in den Zervikalkanal lassen sich vermeiden.) (Heimann.)

40. v. Streit, B., Intrauterinpessar. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. April 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 398—400. (Der Stift hatte ¾ Jahre gelegen und erhebliche Schädigungen an der Portio und Cervix verursacht.)

41. Theodor, P., Bakteriologische Blutuntersuchungen nach Curettagen. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 3. Heft 1 2. p. 337—359. (Bei der Curettage fieberhafter Aborte — 60 Fälle — in 15% Bakteriämie; bei digitaler Ausräumung in 77%. Salpingitis nur in 13,3% der Fälle; Parametritis oder Sepsis nicht beobachtet.)

42. Welton, T., Why the uterus should not be curetted; a substitute for curettage, with a report of 208 cases. Long Island med. Journ. Vol. 8. p. 81. (Gefahren der Curette. Statt dessen Austupfen, eventuell achtstündige Tamponade des Uterus mit 50% Tinct. jodii. Besonders in septischen Fällen empfohlen. In 208 Fällen mit Erfolg angewandt. Die Curette soll nur noch diagnostischen Zwecken dienen.)

43. Wintz, H., Eine neue Fingercurette. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 881. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 895. (Das Instrument stellt eine Curettenschleife dar, die sich auf einen federnden Ring aufsetzt. Der Curettenring kommt auf die Fingerbeere zu liegen, der Finger kann dann das Uterusinnere unbehindert abtasten.) (Heimann.)

44. Zangemeister, W., Über intrauterine Ätzungen. Therap. Monatsh. März. p. 170 bis 174. (Damit die Flüssigkeit nicht in die Tuben übertritt, muss der Cervixkanal vor, während und nach der Injektion offen gehalten werden. Als Ätzmittel empfiehlt Zangemeister Jodtinktur, Formalin 25%, Karbolsäure 25% [alles alkoholische Lösungen, da hier der Übertritt in die Tuben bzw. die Bauchhöhle viel seltener ist]. Die Technik ist leicht, mit Hilfe eines Cervixrohres, d. h. auf den vorletzten Dilatator, ist ein Röhrchen aufgepasst, das mit dem Dilatator eingeschoben wird, letzterer wird dann herausgezogen und das Medikament verabreicht. Nach der Ätzung wird eventuell ein Drainrohr in den Uterus gelegt.) (Heimann.)

---

4. Lageveränderungen des Uterus.

a) Allgemeines. Anteflexio.

1. Bainbridge, W. S., The significance of intraabdominal bands, folds and veils. Boston med. and surg. Journ. Nr. 8. p. 261—267. (Wird an anderer Stelle referiert.)

2. Bonney, V., The sustentacular apparatus of the female genital canal, the displacements that result from the yielding of its several components and their appropriate treatment. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 5. p. 328—344. (Der Stützapparat kann in drei Gruppen zerlegt werden, eine obere, mittlere und untere. Obere Gruppe: breite Ligamente mit Peritoneum, Lig. ovarico-pelvicum, Lig. ovarico-uterinum, Lig. rotunda, Ovarialgefässe. Mittlere Gruppe: Lig. utero-sacralia und die seitlichen Becken-Cervikalligamente. Untere Gruppe besteht aus der eigentlichen Dammuskulatur [bes. Levator ani] und ihren Faszien. Verf. bespricht dann die Folgen, die aus den Schwächen der einzelnen Gruppen entstehen. Bei der Behandlung kommt es vor allen Dingen darauf an, festzustellen, welche Gruppe infolge ihrer Erschlaffung an der Lageveränderung beteiligt ist. Bei vaginaler Exzision und auch bei Inversion bietet die Ventrifixur keine Vorteile. Bei totalem Prolaps soll keineswegs die Totalexstirpation des Uterus gemacht werden.) (Heimann.)

3. Bracco, G., Über erworbene Lagerungs- und Beschaffenheitsanomalien der Bauchorgane. I. Die Eingeweideverlagerungen bei Frauen. Il Morgagni. Nr. 3—4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1577. (Wird an anderer Stelle referiert.)

4. Clark, S., Uterus in the hernial sac of an hermaphrodite. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. p. 91. (Kasuistisch.)
5. Farrar, S. K. P., Hernia of the uterus and both adnexa. Brief of current Literature. Surg., Gyn. and Obst. Nov. 1913. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 368. (Heimann.)
6. Leblanc, E., Le pli suspenseur péritonéal génito-mesentérique chez la nouveau-née (plica génito-enterica) son rôle dans les positions paramédianes de l'utérus. Bibliogr. anat. Nr. 3. p. 149—158. (Anatomische Studie.)
7. Neumann, P., Die spitzwinklige Anteflexio uteri und ihre Therapie in der Rostocker Universitäts-Frauenklinik. Inaug.-Diss. Rostock. (Heimann.)
8. Macrez, Tonicité utéro-pelvienne, son exploration, son importance. Presse méd. Nr. 3. p. 28—29. (Methoden zur Feststellung derselben. Therapie.)
9. Scharlieb, M., and C. Lockyer, The best methods of dealing with malpositions of the uterus, especially in reference to retro-displacements and prolapse. The Brit. med. Journ. 1913. Oct. 18. p. 984.
10. Schickele, G., Die operative Behandlung der Lageveränderungen des Uterus. In: Eine Woche Bauchchirurgie. Düsseldorf, Schmitz u. Olbertz. p. 235.

b) Retroflexio uteri.

1. Arndt, H., Eine diagnostisch-therapeutische Beobachtung bei Retroflexio uteri. Med. Klinik. Nr. 8. p. 329. (Zur Unterscheidung der fixierten von der beweglichen Retroflexio soll die Bauchlage dienen, in der die Beschwerden bei fixierter Rückwärtsverlagerung des Uterus bleiben, bei mobiler verschwinden.)
2. Beneke, Totalnekrose der Blasenschleimhaut durch Stase im Plexus vesicovaginalis im Anschluss an eine Retroflexio uteri gravidi. Ver. d. Ärzte in Halle a. S. Sitzg. vom 21. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1915. Nr. 5. p. 158. (Demonstration, ohne nähere Angaben.)
3. Bergmann, E., Dauerresultate nach der Alexander-Adamsschen Operation bei Retroflexio uteri mobilis an der Jenaer Frauenklinik. Diss. Jena. Juni. (Vom 1. Jan. 1908 bis 31. Dezember 1910 wurden 189 Alexander-Adams ausgeführt, von denen 78 nachuntersucht werden konnten. Bei diesen handelte es sich 31 mal um rein Alexander-Adams, bei den übrigen 47 wurde noch eine Kolporrhaphie angeschlossen. Bei der ersten Gruppe war das orthopädische Resultat 29 mal gut = 93%. Es waren beschwerdefrei 13 = 40%, gebessert 16 = 50%, ungeheilt 3 = 9%. Bei der zweiten Gruppe lag der Uterus 44 mal richtig = 86%; die Plastik hat guten Dauererfolg in 48%. Von diesen Frauen waren beschwerdefrei 31 = 66%, gebessert 14 = 29%, ungeheilt 2 = 4%.)
4. Bonnet, E., Vier Fälle von Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation des Uterus. Diss. Greifswald 1913 (Hadstein, Homberg-Rhein). (Die vier Fälle sollen beweisen, dass die Vaginofixation quoad Geburtsstörung die verwerflichste aller Antefixationsmethoden ist.)
5. Buteau, S. H., A new surgical procedure for retrodisplacements of the uterus. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1913. Vol. 67. p. 272—288. Pac. med. Journ. 1913. Nr. 9. p. 470. (Verf. betont, dass die sog. Uterus„ligamente“ muskuläre Elemente, auch der Funktion nach sind, und dass sie dieselbe Beurteilung und im Bedarfsfall dieselbe Behandlung wie andere überanstrengte und erschlaffte Muskeln des Körpers verdienen. Bei jeder erworbenen falschen Uteruslage ist nicht nur ein Ligament, sondern sind alle beteiligt, deshalb müssen bei der Korrektur alle in Betracht gezogen werden. — Das Operationsverfahren des Verf. wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre“ referiert.)
6. Byford, H. T., Operation der Retroversio uteri im Anschluss an Laparotomie. Southern Surg. and Gyn. Assoc. Dec. 16—18. 1913. Atlanta. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 28. p. 859. (Die Lig. rot. werden am inneren Leistenring intraperitoneal gerafft und durch einen Schlitz in der Nähe des Leistenringes durch die Bauchdecken gezogen und extraperitoneal an den Bauchdecken fixiert.) (Heimann.)
7. — Eine interne Alexander-Adamssche Operation. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 26. p. 2023—2025. (Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1338. Das Lig. rot. wird zuerst intraperitoneal an die Parietalserosa genäht und dann durch das Peritoneum gezogen und extraperitoneal an die Bauchwand fixiert.) (Heimann.)

8. Cathala, V., Accouchements dystociques dus a une hystéropexie isthmique. La Gyn. Mai. p. 361—366. (In allen fünf nachfolgenden Schwangerschaften vorzeitiger Blasensprung und fehlerhafte Kindeslage. Bei der letzten Entbindung musste Kaiserschnitt gemacht werden. Ursache der Störungen war die zu tiefe Fixation des Uterus; nicht das Korpus, sondern die Cervix uteri war fixiert worden.)
9. Coughlin, W. T., Removal of strain from the round ligaments while heating after correcting retroversion of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. 1913. Nr. 6. p. 712—713.
10. Cuthbertson, Wm., An improved Gilliam operation for uterine displacements. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 6. p. 721—725. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)
11. Flint, A., Retrodisplacements of uterus following confinement. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 1 u. 69. (Die Frauen sollen bei der Entlassung und einen Monat später untersucht werden, hier ist die Korrektur leicht vorzunehmen mit Aussicht auf guten Erfolg.) (Heimann.)
12. Frattin, G., La isteropessia addominale nei difetti di posizione dell' utero. Riv. veneta. 1913. Vol. 59. Nr. 11. p. 503—524. (15 Fälle, davon 10mal bei Retroflexio, 5mal bei Anteversion. Gute Resultate.)
13. Gayler, W. C., Die Rückenlage im Puerperium als Ursache der Retroversio uteri. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 8. p. 607—608. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 858. (Die meisten Retrodeviationen entstehen im Wochenbett, da die Lig. rot. vorübergehend geschwächt sind und andere Stützen für den schweren und beweglichen Uterus fehlen. Verf. empfiehlt, wenn der Lochialfluss nicht gestört wird, abwechselnd Seiten- und Bauchlage.) (Heimann.)
14. Gérard, De la laparotomie dans la rétroversion irréductible de l'utérus gravide. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 106. (107 Seiten.)
15. Giles, A. E., Pessaries versus operations in the treatment of uterine displacements. Clin. Journ. 1913. Vol. 42. Nr. 38. p. 597—600. (Indikationen für beide Behandlungsmethoden. Eigene Erfahrungen an 509 operierten Fällen. Heilung der Verlagerung in 96%, Besserung des Allgemeinbefindens in 90%. Nach 64 Geburten trat nur bei 3% Rezidiv ein.)
16. Goldsborough, F. C., Retrodeviation of the uterus in the puerperium and in nulliparous women. Sect. of Gyn. and Obst. of the Med. Soc. New York. April 28. Ref. Amer. Journ. of Obst. a. Dis. of Wom. a. Childr. Vol. 70. p. 87. Med. Record. Vol. 85. Nr. 19. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1238. (Die Retrodeviationen finden sich meist erst im Spätwochenbett. Bei Befund im Frühwochenbett Pessar. Bei Nulliparen ist eine Retroversio belanglos.) (Heimann.)
17. Harris, S. H., A consideration of the effects on labour of ventrofixation of the uterus. With report of two cases of dystocia. Australasian Med. Gaz. 1913. Vol. 35. Nr. 4. p. 61—64. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)
18. Hecke, E., Geburtsstörungen nach Ventrifixur und Vaginifixur. Diss. Breslau 1913. Breslauer Genossenschaftsdruckerei. (Es ist nicht in allen Fällen der Operation die Schuld an den aufgetretenen Geburtskomplikationen zuzumessen. Verf. plädiert für das Vorgehen der Breslauer Klinik: Operation nach Alexander-Adams bei mobiler Retroflexio in gebärfähigem Alter; Laparotomie und Alexander-Adams bei fixierter Retroflexio; Ventrofixur nur im Klimakterium.)
19. Herrgott, A., Vomissements incoercibles et rétroversion de l'utérus gravide. Journ. de méd. de Paris. 1913. Nr. 49. Op. 958—960. (Ein Fall, mittelst Pessar geheilt.)
20. Herz, K., Über die Dauerresultate der Alexander-Adamsschen Operation. Diss. Heidelberg 1913. Wiener klin. Rundschau. Nr. 3. p. 23—27. (Dauerresultate von 151 Fällen der Heidelberger Klinik, von denen 138 nachuntersucht wurden. In 98% war der Erfolg tadellos bezüglich der Lagekorrektur. Als Vorfalloperation allein oder mit einer Plastik war sie in 92% erfolgreich. Hier beruht der Effekt vornehmlich auf einer guten Plastik. Postoperative Hernien wurden bei drei Kranken, d. i. 1,9% gefunden. Als lagekorrigierende Operation hat sich das Verfahren sehr gut bewährt.) (Heimann.)
21. Holden, F. C., Ursachen des Misserfolges der Retropositionsoperation des Uterus. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 63. Nr. 7. p. 541.
22. Jaschke, R. Th., Zur Wertung und Behandlung der Retroflexio uteri und ihrer häufigsten Komplikationen. Wiener klin. Rundschau. 1913. Nr. 38. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 531. (Die meisten Beschwerden sind psychoneurotisch. Sind Komplikationen

da, so muss eine Korrektur stattfinden, bei Fixation muss operiert werden; der beste Weg ist abdominal; vaginal nur bei Vorhandensein von grossen Cystocelen.) (Heimann.)

23. Jennissen, J. A. M. J., Baringsstoornissen na ventrofixatio. (Geburtsstörungen nach Ventrofixation.) Geneesk. Tijdschr. v. Nederl.-Indië. 1913. Bd. 53. Heft 4. p. 607 bis 614. (Holländisch.) (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)
24. Jung, Ph., Behandlung der Inkarzeration des schwangeren Uterus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 681—683. (Wird im Kapitel „Pathologie der Gravidität" referiert.)
25. Kosmak, G. W., The effect on subsequent labors of operations for uterine displacements. Sect. of Gyn. and Obst. of the Med. Soc. New York. April 28. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 20. p. 89. Med. Record. Bd. 85. Nr. 19. (Im gebärfähigen Alter soll man sich auf Ligamentfaltungen beschränken.) (Heimann.)
26. Küster, H., Über Geburt nach operativer Antefixation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Nr. 2. p. 168—180. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)
27. Landeker, A., Fortschritte und Erfolge der manuellen gynäkologischen Massage nach Thure Brandt-Ziegenspeck. Zeitschr. f. physik. u. diät. Therap. Bd. 18. Heft 2. p. 91—101. (Retroflexionen des Uterus, die durch Operation nicht einmal gebessert werden, werden durch diese Behandlung geheilt.)
28. Lazerges, P., Contribution à l'étude de l'hystéropexie ligamentaire dans ses rapports avec la puerpéralité et le post-partum. Thèse de Toulouse. 1913. Nr. 57. (80 Seiten.)
29. Leuret, E., A propos d'une fixation de l'utérus. Soc. de chir. de Paris. Séance du 10 Juillet. Ref. La Presse méd. Nr. 59. p. 570. (Bei einer Patientin bestand nach einer Uterusfixationsoperation eine Fistel, aus der sich zur Zeit der Regel Blut entleerte. Bei der Reoperation stellte es sich heraus, dass der Uterus mit einer Tube fixiert worden war; ausserdem war eine Kompresse im Bauch zurückgelassen worden. (Heimann.)
30. Liebl, Beckenhochlagerung bei Reposition des retroflektierten Uterus. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 40. p. 1471—1472. (Warme Empfehlung.)
31. Maresch, R., Rezidiv nach Ventrofixation. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 20. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1952. (Ein 6 cm langer bleistiftdicker Muskelstrang lief vom Fixationspunkt über der Symphyse zu dem wieder zurückgesunkenen Uterus durch das kleine Becken hindurch.) (Heimann.)
32. Neill, Th. E., Behandlung der Rückwärtslagerung der Gebärmutter bei schwangeren und nichtschwangeren Frauen. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 1. p. 118—124. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 752. (Bei Schwangerschaft operative Behandlung nur bei inkarzerierter oder fixierter Retroflexio, sonst Pessarbehandlung. Bei nichtschwangeren Frauen Operation nach Baldy-Webster [Verkürzung des Lig. rot. durch Durchziehen durch eine Lücke im Lig. lat. und Fixieren der Schlinge an der hinteren Korpuswand].) (Heimann.)
33. Polk, W. M., Behandlung der Rückwärtsverlagerungen des Uterus. Med. Record. Bd. 85. Nr. 6. p. 231—232. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 752. (Pessartherapie, bei fixierter Retroflexion kombiniert mit hinterer Kolpotomie, eventuell eine von ihm angegebene Operation.) (Heimann.)
34. Rapin, O. J., Retroflexio uteri gravidi. Revue méd. de la Suisse Romande. Année 34. p. 462.
35. Reynolds, E., Forward fixation of the cervix as a predisposing cause of some retrodeviations of the uterus and a operation for its release. Amer. Gyn. Soc. May. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 20. p. 42. (Heimann.)
36. Rindfleisch, W., Eine abdominelle Operationsmethode bei Retroflexio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1019—1021. (Das Peritoneum der Lig. rotunda wird an einer Stelle gespalten, die Ligg. stark herausgezogen und möglichst weit nach dem Uterus hin abgeschnitten. Dieselben werden dann an der Rückseite des Uterus eingepflanzt. Rindfleisch hat die Operation bis jetzt in sechs Fällen mit Erfolg ausgeführt. — Vier schematische Abbildungen.)
37. Rouhier, G., Les hystéropexies actuelles et le lieu d'élection pour le passage intrapariétal des ligaments ronds dans l'opération de Doléris. Revue de gyn. et de chir. abd. Nr. 2. p. 81—102. (Siehe beim Kapitel: „Gynäkologische Operationslehre".)

38. Schlichting, R. F., Schwangerschaft bei fixierter Retroflexio uteri kompliziert durch Wurmfortsatzentzündung. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Heft 7. p. 259—261. (Wird im Kapitel „Pathologie der Gravidität" referiert.)

39. Schmitz, H., A modification of Websters endoperitoneal shortening of the round ligaments. Surg., Gyn. and Obst. 1913. Vol. 17. Nr. 5. p. 628—629. (Siehe beim Kap. „Gynäkologische Operationslehre.")

40. Schmitz-Pfeiffer, H., Rückblick über eine 25jährige Erfahrung mit der Alexander-Adamsschen Operation 1887—1912. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4.

41. Schokaert, R., Psicopatie di origine genitale. Ginec. moderna. 1913. p. 24—37. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Nr. 6. p. 373—388. (In drei Fällen bestand Retroflexio-versio uteri und nach Alexander-Adamsscher Operation war die Psychose bald geheilt. Im vierten Falle trat Heilung ein nach Behandlung der Metritis, Endometritis und der Erosionen. — Psychosen können reflektorisch durch Reizung des Sympathikus oder innerer Sekretion bzw. Intoxikation aus den Sexualdrüsen verursacht werden. Jede psychische Patientin soll gynäkologisch untersucht werden.)

42. Semon, M., Myom und Gravidität bei Retroflexio uteri. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. p. 255. (Reposition nicht möglich, daher Laparotomie, Tumor breit mit dem Uterus verbunden, supravaginale Amputation.) (Heimann.)

43. Teleky, D., Intermittierende Reizblase bei Retroflexio uteri. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. Heft 11. (Die Beschwerden traten als prämenstruelle auf. Zugleich wurde kystoskopisch eine akute Cystitis des Trigonums festgestellt, die nach einigen Tagen mit den Reizsymptomen abgeklungen war. Die angeborene Retroflexion [der Nulliparen] prädisponiert in höherem Grade zur Störung als die erworbene, puerperale. Mitteilung von sechs einschlägigen Fällen.)

44. van Teutem, E. A., Geeft de retroflexio uteri verschijnselen? (Macht die Retroflexio uteri Symptome?) Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. 1913. Nr. 10. p. 611—634. (Holländisch.) (Besonders für die Unfallversicherung von Wichtigkeit. Auszug aus der im vorigen Jahrgang in diesem Kapitel — Nr. 33 — referierten Dissertation.)

45. — Therapie van de retroflexio uteri. Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Nr. 1. p. 1—18. (Holländisch.) Auszug aus der im vorigen Jahrgange dieses Jahresberichts in diesem Kapitel — Nr. 33 — referierten Dissertation.)

46. — Retroflexio uteri gravidi. Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Nr. 10. p. 630—636. (Holländisch.) (An der Leidener Frauenklinik — v. d. Hoeven — kamen Juli 1903 bis Juli 1912 1364 Frauen mit Rückwärtsverlagerungen der Gebärmutter zur Beobachtung. Davon waren 87 schwanger, also 1 : 15. Die Beschwerden werden nach Eintritt einer Schwangerschaft geringer, weil die Torsion der breiten Bänder abnimmt. Gefahr für Abortus bleibt bestehen bis Anfang des vierten Monats, ist aber am grössten im zweiten und am Anfang des dritten Monats. Einklemmung wurde nur einmal beobachtet. Es soll immer sofort nach Feststellung der Diagnose die Reposition des Uterus vorgenommen und bis zum fünften Monat ein Pessar eingelegt werden. Es kamen dabei niemals Schwierigkeiten vor. Von 45 Fällen ist der Ausgang der Schwangerschaft bekannt: sechs Frauen abortierten, die übrigen wurden zur richtigen Zeit entbunden. Im Vergleich zu nichtbehandelten Fällen ist also ein Erfolg der Reposition zu konstatieren.)

47. Thomson, H., Bedeckung der Stümpfe nach Entfernung von Adnextumoren mittelst der runden Mutterbänder mit gleichzeitiger Fixation der Gebärmutter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1513—1514. (Ergibt sich aus der Überschrift.)

48. Verdonck, A., Over pessarenbehandeling. Geneesk. Tijdschr. v. België. Nr. 7. p. 117. (Holländisch.)

49. Wade, H. A., End-results after operation in one hundred and nine cases of displacement of uterus bladder and rectum. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 5. Ref. The Journ. of Amer. med. Assoc. Vol. 63. Nr. 23. p. 2070. (Heimann.)

50. Worrall, R., Die Behandlung der Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 5. p. 277—281. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1238. (Pessarbehandlung wird verworfen. Operativ: Alexan-

der-Adams oder Ventrofixation. Bei letzterer Operation darf die Naht nie an der vorderen Uteruswand angelegt werden. Unter 334 Ventrifixuren ein sekundärer Todesfall und fünf Rezidive.) (Heimann.)

In der **Ätiologie** der Retroflexio uteri spielt die Erschlaffung des gesamten peritonealen, muskulären und ligamentären Stutzapparates der Genitalorgane eine wichtige Rolle. Diesbezügliche Arbeiten von Bainbridge (1), Bonney (2), Bracco (3), Leblanc (6) und Macrez (8) sind unter a) „Allgemeines" erwähnt. Buteau (5) betont, dass die sogenannten Uterus„ligamente" auch der Funktion nach muskuläre Elemente sind und deshalb dieselbe Beurteilung wie andere überanstrengte und erschlaffte Muskeln des Körpers verdienen. Bei jeder erworbenen falschen Uteruslage ist auch nicht nur ein Ligament, sondern sind alle beteiligt; deshalb müssen bei der Korrektur alle in Betracht gezogen werden. Reynolds (35) hebt die Bedeutung einer Fixation der Cervix nach vorne als prädisponierende Ursache für die Entstehung einiger Reflexionen hervor und gibt eine Operation zur Lageverbesserung in solchen Fällen an. Der **Einfluss des Wochenbettes,** insbesondere der dauernden Rückenlage während dieser Zeit auf die Verlagerung der Gebärmutter, kommt in den Arbeiten von Flint (11), Gayler (13) und Goldsborough (16) zur Sprache, welche Autoren zugleich die Mittel angeben, die Entstehung dieser Abnormalität im Puerperium möglichst zu verhindern.

Zur **Symptomatologie** der Retroflexio uteri sei auf die Publikationen von Jaschke (22), Schokaert (41; Psychosen durch Retroflexio-Operationen geheilt), Teleky (43) und van Teutem (44 bis 46) hingewiesen.

Arndt (1) und Jaschke (22) teilen Beobachtungen mit, die zur Erleichterung der Differentialdiagnose zwischen **fixierter und beweglicher Retroflexio** dienen können.

Störungen in der Schwangerschaft durch Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter sind auch in diesem Jahre wiederholt beschrieben. **Inkarzeration** des schwangern Uterus wurde von Gérard (14), Jung (24), Neill (32), Rapin (34) und van Teutem (46) beobachtet. Schlichting (38) sah die Retroflexio uteri gravidi noch kompliziert mit Wurmfortsatzentzündung, Semon (42) mit einem Myom, weswegen er die supravaginale Amputation machen musste. Beneke (2) demonstrierte einen Fall von Totalnekrose der Blasenschleimhaut durch Stase im Plexus vesicovaginalis im Anschluss an eine Retroflexio uteri gravidi. Herrgott (19) heilte in einem Falle **unstillbares Erbrechen** durch Pessarbehandlung des retrovertierten schwangeren Uterus. v. Teutem (46) bringt durch statistische Angaben den Beweis für die guten **Erfolge der frühzeitigen Reposition** der retroflektierten graviden Gebärmutter. Weiteres zu diesem Thema siehe man nach im Kapitel „Pathologie der Schwangerschaft".

Über die **orthopädische,** insbesondere die **Pessarbehandlung** der Retroflexionen, sowie über die Indikationsstellung zu dieser Therapie, haben Giles (15), Jaschke (22), Landeker (27; Empfehlung der Massage nach Thuré Brandt-Ziegenspeck), Liebl (30), Neill (32), Polk (33), van Teutem (45), Verdonck (48) und Worrall (50) Erfahrungen mitgeteilt. Letzterer verwirft die Pessarbehandlung.

Von den bekannten **Retroflexionsoperationen** werden vielerseits Resultate und Erfahrungen veröffentlicht.

Die **Indikationen** zur Operation und die **Wahl der Methode** kommen in den Arbeiten von Giles (15), Hecke (18), Jaschke (22), Kosmak (25), Neill (32), Polk (33), v. Teutem (45) und Wade (49) zur Besprechung. **Technisches** siehe im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre".

Zur Feststellung der Dauerresultate der **Operation nach Alexander-Adams** hat Bergmann (3) 78 und Herz (20) 138 Operierte nachuntersucht. Das Ergebnis dieser Nachforschungen wurde in Dissertationen (Jena, resp. Heidelberg) niedergelegt. Schmitz-Pfeiffer (40) gibt einen Rückblick über eine 25 jährige Erfahrung mit der Alexander-Adamsschen Operation. Byford (6) beschreibt eine „interne" Modifikation dieser Operation im Anschluss an eine Laparotomie, Coughlin (9) bespricht die Erschlaffung der Ligg. rotunda nach Lagekorrektur des Uterus.

Das operative **Antefixationsverfahren nach Baldy-Webster** wird von Neill (32) und Schmitz (39) empfohlen resp. modifiziert; die **Operation nach Gilliam** von Cuthbertson (10), nach **Doléris** von Rouhier (37) besprochen.

Worrall (50) teilt seine Erfahrungen mit an 334 **Ventrifixuren.** Es trat nur in 5 Fällen Rezidiv ein. Auch Maresch (31) beschreibt einen Rezidivfall nach derselben Operation. Von grösster Wichtigkeit ist der **Einfluss der Ventrofixation auf eine nachfolgende**

Schwangerschaft und Geburt. Dieser Einfluss kommt in den Arbeiten von Harris (17), Kosmak [25), Küster (26) und Lazerges (28) zur eingehenden Besprechung. Geburtsstörungen nach Ventrofixation werden u. a. von Harris (17), Hecke (18); Dissertation), Jennissen (23) und Lazerges (28); Dissertation) beschrieben. Siehe weiter zu diesem Thema auch das Kapitel „Pathologie der Geburt".

Bonnet (4; Dissertation) beschreibt 4 Fälle von Geburtsstörung nach **vaginaler Fixation des Uterus.** Nach Jaschke (22) kommt diese Operation nur beim Vorhandensein von grossen Cystocelen in Betracht.

Buteau (5), Polk (33) und Rindfleisch (36) geben **eigene Operationsverfahren** an.

c) Prolapsus uteri.

1. Abadie, J., Du traitement des prolapsus génitaux par la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus. Arch. prov. de chir. 1913. Nr. 5. p. 277—283.
2. Abramowitsch, F. W., Vernähung der vorderen und hinteren Vaginalwand als Operationsmethode bei Prolaps. Fünfter Kongr. russ. Geb. u. Gyn. in Charkow, 28. bis 30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 588. (Bei 100 älteren Frauen gute Resultate, wenn nur die Heilung per primam erfolgt.)
3. Beuttner, O., Anatomie, étiologie et traitement du prolapsus utérin. Soc. d'obst. et de gyn. de la Suisse romande. Séance du 16 Janv. 1913. Ref. Gyn. Helvet. 1913. Herbstausgabe. p. 222—224. (Allgemeines.)
4. — Observations de malades se rapportant au prolapsus utérin. Soc. d'obst. et de gyn. de la Suisse romande. Séance du 1 Mai 1913. Ref. Gyn. Helvet. 1913. Herbstausgabe. p. 230—236. (Kasuistische Mitteilung von einigen Fällen, in denen der Prolaps mit Blasenscheidenfistel, Scheidenkarzinom und Fehlen des Uterus — früher operativ entfernt — kompliziert war.)
5. Boldt, H. J., Vaginal fixation; interposition for prolapsus uteri. New York Acad. of Med. Meeting on Febr. 24. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 5. p. 860—863. (Operationstechnik.)
6. Bonney, V., The sustentacular apparatus of the female genital canal. The displacements that result from the yielding of its several components and their appropriate treatment. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 5. p. 328—344. (Bonney will den Begriff Vorfall und Senkung des Uterus gestrichen sehen. Er verlangt bei der Behandlung strenges Individualisieren. Die Uterusexstirpation ist zu verwerfen. Auch die Ventrofixation hält er für falsch bei „vaginaler Eversion". Die Wiederherstellung des Beckenbodens ist die Hauptsache; Fehler im Haftapparat muss man an diesem heilen. — Mit sieben Diagrammen.) (J. Veit.)
7. de Bovis, R., Incontinences d'urine, prolapsus génitaux et opération de Wertheim. La Sem. méd. Année 34. Nr. 23. p. 265—267. (Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden.)
8. Brandt, Kr., Genitalprolaps. Tidskr. f. d. norske laegeforening. Heft 13. p. 879. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 859. (Verf. macht bei schweren Fällen die Interpositio vesico-vaginalis nach Schauta, bei leichten die Kolpoperineorrhaphie. Die querverlaufende Levatornaht findet Verf. unnötig. Operiert wurden 57 Fälle nach Schauta. 75,4% ausgezeichneten Erfolg, 17,5% Besserung, 3,4% Rezidiv. Sieben Frauen starben, vielleicht an Embolie.) (Heimann.)
9. Brettauer, J., Vaginal hysterectomy after interposition. New York Obst. Soc. Meeting on Nov. 18. 1913. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 352—354. (Schwierige Operation, völlig extraperitoneal. Die Blase wurde an die Cervix genäht und die ganze Oberfläche mit fortlaufenden Nähten in zwei Schichten verschlossen.) (Heimann.)
10. Carnelli, R., Sullo cura del prolasso dell' utero coll' operazione di Schauta-Wertheim. La Ginec. Nr. 24. p. 737—752. (Erfahrung an 14 Fällen. Gute Resultate. Nur ein Rezidiv. Bei diesem Falle war die Kolpoperineorrhaphie nicht ausgeführt worden. Beschreibung der Technik. Literatur.)
11. Clauss, E., Über Dauererfolge der Schauta-Wertheimschen Prolapsoperation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (Bericht über 62 Fälle aus der Prochownikschen Klinik in Hamburg. Referat im Kapitel „Vagina und Vulva".)

12. Doldi, M., Ein neuer einfacher Retentionsapparat bei Senkung und Vorfall des Uterus und der Scheidenwände. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 990—991. (Es handelt sich um Gummikugeln, die Verf. in verschiedener Grösse, je nach dem Fall, einlegt. Grössenverhältnis zwischen 50 und 70 mm. Die Kugeln, die in 2%iger Borsäurelösung liegen, werden mit der Hand oder einer Zange eingeführt. Genaue Kontrolle wie bei der Pessarbehandlung. — Bemerkung zu diesem Artikel cf. Schindler, Nr. 44.) (Heimann.)

12a. Ernst, N. P., Th. Landaus Prolapsoperation. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 3. Dez. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1880—1883. Disk. p. 1884. (Zwei eigene Fälle. Ernst zieht Landaus Operation der Schauta-Wertheimschen vor, speziell mit Rücksicht auf Karzinom. Kaarsberg meint, dass es leicht sein muss, einen Uterus, der nach Schauta fixiert ist, vaginal zu exstirpieren. Leopold Meyer bemerkt, dass nach Schauta-Westermarks Operation es schwierig sein muss, die Diagnose Cancer corporis zu stellen. Hartmann hat ohne Schwierigkeit einen Uterus mit Korpuskarzinom per laparotomiam exstirpiert, wo einige Jahre vorher Schauta-Westermarks Operation ausgeführt war.) (O. Horn.)

13. Fain, M., Über Ätiologie und Therapie des Prolapsus uteri. Inaug.-Diss. München 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 752. (Verf. berichtet über 255 Fälle. Ätiologisch legt er Wert auf Insuffizienz des muskulären Stützapparates. Therapeutisch empfiehlt er die Levatornaht.) (Heimann.)

14. Fikentscher, A., Über die Erfolge der Ventrifixur und Vaginifixur beim Genitalprolaps. Inaug.-Diss. Strassburg. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 857. (In 34 Fällen von Ventrifixur nach 2—11 Jahren 59,1% Dauererfolge, in 33 Fällen von Vaginifixur 69,6% Dauererfolge.) (Heimann.)

15. Frattin, G., Nuovo contributo alla cura operativa del prolasso dell' utero. Gazz. d. osp. e d. clin. Vol. 35. Nr. 56. p. 585. (Wird im Kapitel: „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)

16. Gosty, R., The etiological factors entering into the creation of extreme procidentia with rectocele and cystocele and the operation of repair. Sect. of Gyn. and Obst. of the med. Soc. New York. April 28. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women Childr. Vol. 70. p. 70. (Heimann.)

17. Gray, F. D., Das Problem der grossen Beckenhernie beim Weibe. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Heft 2. p. 309—316. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 857. (Obiger Ausdruck für Genitalprolaps. Verfs. Verfahren: Laparotomie, Eröffnung der Plica vesico-uterina, Abschieben der Blase bis zum Scheidenansatz. Blase wird auf den Fundus uteri genäht, Lig. rot. werden nach Gilliam verkürzt, darauf Scheiden-Dammplastik, eine vordere Kolporrhaphie ist überflüssig.) (Heimann.)

18. Green-Armytage, V. B., The use and abuse of pessaries; a clinical lecture. Indian med. Gaz. Nr. 2. p. 53—55. (Allgemeines über die Anwendung und Art der anzuwendenden Pessare.)

19. Hadden, D., Anatomy of the female pelvis and its bearing on procidentia. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 316—322. (Anatomen und Gynäkologen stehen nicht auf demselben Standpunkt betreffs der Anatomie des Beckens [Faszien und Muskeln], letztere sehen nicht mehr die normalen Verhältnisse bei ihren Operationen. Gute anatomische Schilderungen.) (Heimann.)

20. Hartmann, J. P., Behandling af Genitalprolaps med Pessar. (Behandlung des Genitalprolaps durch Pessar.) Vortr. in der Med. Ges. Kopenhagen, 14. Okt. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 191—216. (Hartmann will für Operationen ungeeignete Fälle mit Rosenfelds oder Menges Pessar behandeln.) (O. Horn.)

21. Jacobs, Ch., Le prolapsus génital. Soc. Belge de gyn. et d'obst. Séance du 3 Janv. Ref. Bull. de la Soc. Belge de gyn. et d'obst. Tome 24. Nr. 8. p. 400—415. Revue mens. de gyn. d'obst. et de péd. Nr. 6. p. 399. (Wiedergabe der Martinschen Ideen, mit denen Vortr. sich vollkommen vereinigen kann. Siehe auch das nächste Referat.)

22. — Le prolapsus génital. Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 2. p. 116—129. (Zwei Arten werden unterschieden: 1. die auf einem Defekt der Halteapparate beruhen, 2. diejenigen, die auf einen Defekt in den Stützapparaten zurückzuführen sind. Die Rektocele muss gesondert betrachtet werden, sie beruht auf einer Schwäche der Rektovaginalwand. Eine Schwäche des Suspensionsapparates dokumentiert sich 1. in einem Prolaps der Blase, Cystocele, 2. einer Hernie der Excavatio vesicouterina, 3. Senkung und Prolaps des Uterus, schliesslich in einer Hernie in der Excavatio rectouterina.

Ein Defekt im Stützapparat hat zur Folge, 1. Prolaps der hinteren Vaginalwand, 2. Verlängerung des Halsteiles [Elongatio colli], 3. Sekundärprolaps der Blase und des Uterus. Die pathologisch-anatomischen Zustände, ebenso wie die Operationen werden an 35 guten Bildern auf 6 Tafeln demonstriert. Bei den Operationen muss der Hauptwert auf eine Wiederherstellung der faszialen Gebilde, sowohl der Stütz- wie der Halteapparate gelegt werden.) (Heimann.)

23. Jellett, H., Relation of theory and practice in operative treatment of genital prolapse. Dublin Journ. of med. Science. Vol. 3. Nr. 513. p. 161.

24. Lenormant, Ch. et D. Petit-Dutaillis, Indications et résultats de l'opération de Bouilly. Amputation haute du col et colpectomie dans les prolapsus génitaux. La Gyn. 18. Jg. Nr. 4. Avril. p. 241—255. (Jede Prolapsoperation muss den Zweck haben, den Damm wieder herzustellen und die Vagina zu verengern; daneben den Uterus in guter Lage zu fixieren. Drei Operationsmethoden: 1. Colporrhaphia anterior, Dolérissche Ventrifixur, 2. vaginale Hysterektomie mit Scheiden- und Dammplastik, 3. Portioamputation mit Scheiden- und Dammplastik. Indikationen für diese Operation: Hypertrophie der Cervix und Metritis, ferner Hypertrophie der Portio, eventuell Erosion. Die hohe Amputation beseitigt die hypertrophischen oder infizierten Teile des Uterus und vermindert die Länge und das Gewicht desselben, ferner beinflusst sie die Involution. Die Kolpektomie der vorderen Wand beseitigt die Cystocele. schliesslich hat die Kolpoperineorrhaphie zur Aufgabe, die Rektocele zu beseitigen, die Vagina zu verengern, die Vulva zu schliessen, den Genitaltrakt zu stützen. Man tut gut, vor der Operation den Uterus zu curettieren. Komplikationen der Operation: Blasenverletzungen, Eröffnung des hinteren Douglas, Blutungen. 4 Frauen von 15 konnten nachuntersucht werden [10 Monate, ein Jahr und 8½ Jahr post op.]. Das Resultat war gut.) (Heimann.)

25. Lewis, H. F., The influence of spina bifida on prolapse of the genitalia. Illinois med. Journ. 1913. Vol. 23. Nr. 1. p. 56—58.

26. Lockyer, C., Genital prolapse. Practitioner. 1913. Vol. 91. Nr. 6. p. 755—772. Med. Times. Vol. 42. Nr. 5. p. 139—143. (Indikationen der Pessarbehandlung und der operativen Therapie. Für letztere wird ein eigenes Verfahren angegeben.)

27. Mamourian, M., The radical cure of procidentia uteri in elderly women. The Brit. med. Journ. Nr. 2772. p. 367. (Abrasio, Amputatio cervicis, vordere resp. hintere Kolporrhaphie.)

28. v. Maresch, R., Demonstration von Präparaten. Wiener geb.-gyn. Ges. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. p. 1952. (Senile Atrophie, Rezidiv nach Ventrofixation und Interposition.) (J. Veit.)

29. Martin, E., Demonstration eines Prolapsbeckens. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 11. Juli 1913. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. p. 749—758. (Das Präparat — Prolapsbecken einer älteren Frau, welche geboren hatte, in dem der Beckenboden präpariert worden ist — ist der Typus eines primären Uterusprolaps und wird — auch im Referat — ganz genau beschrieben.)

30. — Der Genitalprolaps. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1. p. 96—109. (Kritische Besprechung der auf diesem Gebiete seit September 1912 erschienenen Arbeiten.)

31. Martin, R., La prophylaxie du prolapsus utérin. Soc. d'obst. et de gyn. de la Suisse romande. Séance du 1 Mai 1913. Ref. Gyn. Helvet. 1913. Herbstausgabe. p. 226—230. (Allgemeines. Nichts wesentlich Neues.)

32. Mayerhofer, E., Demonstration eines Säuglings mit angeborenem Uterusprolaps. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. zu Wien. Sitzg. vom 5. März. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. p. 858. (Das Kind hat ausserdem eine Spina bifida, einen Lückenschädel mit Pseudofontanellenbildung, Lähmung der unteren Extremitäten, Missbildungen der Beine und allgemeine Schwäche der Beckenmuskulatur. Sechs Fälle sind bisher in der Literatur beschrieben.) (Heimann.)

33. Nádory, B., Fascia lata-Implantation zur Heilung des weiblichen Genitalprolapses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 440—443. (Der Faszienstreifen ist 25 cm lang und 1,5 cm breit, er wird in sterile Gaze eingehüllt und in warmem sterilen Wasser aufgehoben. Nach der Colporrhaphia ant. wird der Streifen implantiert, indem dieser von der Raphe des Dammes subkutan unter den kleinen Labien bis zum Bulbus urethrae geführt wird, hier Vereinigung, Resultat gut. Verf. schlägt vor, eventuell die Faszienenden an der hinteren Fläche der Symphyse hinaufzuschieben und oben zusammenzunähen, der Streifen bildet dann eine geschlossene 8.) (Heimann.)

34. Nicol, D., Über die Dauererfolge der Prolapsoperationen. Diss. in Erlangen 1913.
35. Novak, E., The surgical treatment of complete prolapse of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 3. p. 412.
36. Nyulasy, A. J., Looping the cardinal ligaments in uterine prolapse. Ann. of Surg. Nr. 4. p. 621—627. (Operationstechnik. Erfahrung an fünf Fällen, aber erst seit ½ Jahr.)
37. Oberndorfer, S., Alte Druckusur und Perforation des Blasenhalses durch ein Vaginalpessar nach Thomas. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 18. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1792. (Ein Fragment des Pessars lag frei im Blasenhals. Kein Harnabgang durch die Vesiko-Vaginalfistel. Chronisch-eitrige Cystitis.)
38. Oliva, L. A., Technische Modifikationen der Vaginalhysterektomie bei Prolaps. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)
39. Parsamoff, O., Über die operative Behandlung von Vaginal- und Uterusprolapsen nach Bumm. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. in Charkow. 28.—30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 588.
40. Pauchet, V., Traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus et des parois vaginales. La Clin. 1913. Nr. 28. p. 439—441.
41. Polak, J. O., A study of the end-results in interposition of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 4. p. 500.
42. Potherat, G., Prolapsus de l'utérus. Revue internat. de méd. et de chir. 1913. Nr. 12. p. 183—187. (Zusammenfassende Besprechung.)
42a. Ribbius, Das Keulenpessar von Menge. Ned. Gyn. Ver. 30. Okt. 1913. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jahrg. (In vier Fällen mit gutem Erfolg versucht, wo andere Pessare im Stich gelassen. Diskussion: Kouwer hat Beschwerden gegen gestielte Pessare wegen der Gefahr von Dekubitus.) (Mendes de Leon.)
43. Rosenthal, M., Dauerresultate und Technik der Vesikofixation des Uterus. Diss. Berlin.
44. Schindler, H., Zur operationslosen Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalles. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1628—1629. (Die von Doldi — cf. Nr. 12 — empfohlenen Gummibälle sind schon 1898 von Freudenberg angegeben worden. In der Landauschen Poliklinik wird das Mittel seit 20 Jahren mit gutem Erfolg angewandt, jedoch nur als Surrogat der Operation und demgemäss nur in den Fällen, in denen die Operation verweigert wird oder mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand — Marasmus, Herz- und Lungenerkrankungen etc. — untunlich erscheint. Ferner in der Regel nur bei Frauen in der Klimax. Der Ball hält jedoch nur 6—8 Wochen aus und muss dann durch einen neuen ersetzt werden.)
45. Schubert, G., Die Verwertung der freien Faszientransplantation zur Heilung des Totalprolapses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 21—24. Ref. Revue de gyn. et de chir. abd. Nr. 4. p. 354—356. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)
45a. Stratz, Fall von totalem Prolapsus uteri, nach Wertheim-Schauta mit gutem Erfolg operiert. Ned. Gyn. Ver. 1. März. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jahrg. 1. (Mendes de Leon.)
46. Voigt, J., Zwei Fälle von Abreissung der vaginifixierten Gebärmutter von der Anheftungsstelle. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. p. 306—308. (Entstanden durch Unglücksfall — beim Arbeiten und bei Fall auf den Boden.) (Heimann.)
47. de Vreese, C., Cure des prolapsus génitaux. Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. Année 14. Nr. 3. p. 63—70. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert. In demselben Heft derselben Zeitschrift, p. 51—54 eine Arbeit von de Beule: Rapport sur une mémoire de M. le Dr. de Vreese „La cure des prolapsus génitaux".)
48. Wade, H. A., Description of a new method of repair for vaginal hernia, with a report of one hundred and forty cases in which it was used. Med. Record. 1913. Vol. 84. Nr. 21. p. 937—939. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)
49. — A report of the end-results after operation in 109 cases of displacement of the uterus, bladder and rectum. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Meeting at Buffalo. Sept. 15—17. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 443. p. 706 bis 716. (Eigene Methode, siehe voriges Referat. Gute Erfolge, die aber nicht genauer angegeben werden. — Diskussion: Goldspohn, McPherson, Dickinson, Barrett u. a.)
50. Warren, S. P., Cesarean section for complete prolapse of the cervix. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 3. p. 432—434. (Wird im Kapitel „Pathologie der Geburt" referiert.)

51. Watkins, Th. J., Notes on vesico-uterine transposition. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 3. p. 392.
52. Weibel, W., Die operative Behandlung der Rezidive nach der sog. Interpositio uteri vesico-vaginalis. Zentralbl. f. Gyn. 1913. Nr. 50. p. 1808—1813. (Siehe beim Kapitel „Gynäkologische Operationslehre".)
53. Wertheim, E., Zur Technik der Interpositio uteri beim Prolaps. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2. p. 201—206. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)
54. — Die Suspension der Portio vaginalis an den Sakrouterinligamenten. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. p. 217—221. (Die guten Erfolge der Einnähung des Uterus bei Prolaps [50 Fälle ohne Rezidiv] liessen nur den einen Übelstand erkennen, dass sich in einzelnen Fällen das Kollum stark abknickte und in die Richtung der Scheidenachse legte, bis Elongation zwischen den Labien hervortrat. Das Verfahren der Fixierung der Portio an den Sakrouterinligamenten, was sich gelegentlich der Einnähung leicht durchführen lässt, wird genau beschrieben. — Durch die Suspension des Kollums statt seiner Amputation wird nicht nur die hintere Scheidenwand stärker gestreckt, sondern auch das Kollum durch seine Einnähung an der hinteren Umrandung der Levatoröffnung so fixiert, dass sein Durchrutschen durch diese Öffnung selbst beim starken Pressen beim Stuhl unmöglich ist. Eine Kombination der Suspension mit der Verkürzung der Ligamente ist ausführbar. — Mit 2 Textfiguren.)
55. Windisch, E., Vergleich der Schautaschen und Dührssenschen Vaginaefixation. Gyn. Ges. in Budapest. Sitzg. vom 24. Febr. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 38. p. 2098. (35 nach Schauta operierte Fälle rezidivierten nicht; von 48 nach Dührssen operierte rezidivierten einer, drei kamen spontan nieder. Die Schautasche Operation schliesst spätere Gravidität aus, sie soll nur bei Frauen kurz vor der Klimax oder noch älteren ausgeführt werden, bei jüngeren Frauen kommt gleichzeitige Tubensterilisation in Betracht; sonst ist bei jüngeren Individuen die Dührssensche Operation, die Schwangerschaft und Geburt nicht stört, vorzunehmen. In der Diskussion spricht Scipiades Bedenken gegen die Schautasche Operation aus; Tauffer hält die Scheidenverengerung nicht für so wichtig. Mannsfeld verwirft die Uterusexstirpation und erklärt anatomisch Schautas Operation für die beste. Barsonyi erklärt Dührssens Operation für leicht, Schautas' Vorgehen für technisch schwierig. Frigyesi tritt für Schautas Operation ein.) (Heimann.)

Allgemeine, zusammenfassende Arbeiten über den Prolaps des Uterus stammen aus der Feder von Beuttner (3), Bonney (6), Gray (17), Jacobs (22), E. Martin (30) und Potherat (42).

Mehr insbesondere mit der **Ätiologie** dieser Lageabweichung haben sich Beuttner (3), Bonney (6), Fain (13; Bericht über 255 Fälle), Gosty (16), Hadden (19), Jacobs (22), Lewis (25) und Mayerhofer (32) befasst. Letztere beide Autoren besprechen den **Zusammenhang zwischen Spina bifida und angeborenem Genitalprolaps.**

Über die **Anatomie** des Prolapses und des **Prolapsbeckens** handeln die Veröffentlichungen von Beuttner (3), Bonney (6), Hadden (19), Jacobs (22) und E. Martin (29). Man siehe zu diesem Thema auch die unter a) „Allgemeines" referierten Arbeiten.

R. Martin (31) schrieb über die **Prophylaxe** des Uterusprolapses.

Komplikationen des Uterusvorfalles mit Rektocelen und Cystocelen, Incontinentia urinae, Scheidenkarzinom usw. kommen in den Publikationen von Beuttner (4), de Bovis (7), Gosty (16) und Jacobs (22) zur Sprache. Warren (50) sah sich durch einen Totalprolaps der Cervix gezwungen, eine Geburt durch **Kaiserschnitt** zu beenden.

Zur **Pessarbehandlung** haben Green-Armytage (18), Hartmann (20), Lockyer (26) und Schindler (44) ihre Ansichten geäussert. Dold (12) gibt einen neuen Retentionsapparat an. Oberndorffer (37) hat Druckusur und Perforation des Blasenhalses durch ein Vaginalpessar nach Thomas gesehen. Ribbius (42a) empfiehlt das Keulenpessar nach Menge.

Allgemeines zur operativen Therapie und die **Indikationen** dazu ist zu finden in den Arbeiten von Beuttner (3), Bonney (6), Fain (13), Frattin (15), Jacobs (22), Lockyer (26), Lenormant und Petit-Dutaillis (24), Nicol (34), Novak (35), Parsamoff (39), Pauchet (40) und de Vreeze (47). — Nicol (34) hat in seiner Erlanger Dissertation die **Dauererfolge** der Prolapsoperationen zusammengestellt. **Technisches** zu den verschiedenen Operationsmethoden siehe im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre".

Das **Operationsverfahren nach Schauta-Wertheim** findet allerseits Beachtung, auch in der Literatur. Mit ihm haben sich u. a. befasst: Boldt (5), de Bovis (7), Brandt

(8; 57 Fälle, 3,4% Rezidiv), Carnelli (10; 14 Fälle, 1 Rezidiv), Clauss (11; 62 Fälle), Maresch (28; Rezidiv), Polak (41), Watkins (51), Wertheim selbst (53) und Windisch (55). Wertheim hat sein Verfahren noch dahin zu verbessern gesucht, dass er durch Suspension der Portio an den Sakrouterinenligamenten die Entstehung einer Elongation des Kollum zu verhindern sucht. Scipiades (cf. Windisch (55) hat Bedenken gegen die Operation nach Schauta-Wertheim. Brandt (8), Carnelli (10), Clauss (11), Polak (41), Windisch (55) haben besonders in bezug auf die **Rezidivgefahr** ihre Dauererfolge zusammengestellt. Weibel (52) bespricht die **operative Behandlung der Rezidive** nach der Interpositio uteri vesico-vaginalis. Windisch (55) macht den Vergleich zwischen der Schautaschen und der Dührssenschen Vaginofixation und stellt die für diese beiden Verfahren geeigneten Fälle einander gegenüber. Brettauer (9) musste nach Interposition des Uterus einige Jahre später den Uterus exstirpieren und beschreibt die dabei von ihm empfundenen Schwierigkeiten.

Fikentscher (14) hat in seiner Strassburger Dissertation die Dauererfolge nach 2—11 Jahren an 33 Fällen von **Vaginifixur** auf 69,6%, an 34 Fällen von **Ventrifixur** auf 59,1% feststellen können. Voigt (46) publiziert zwei Fälle von Abreissung der vaginifixierten Gebärmutter durch Unglücksfälle. Dauerresultate und Technik der **Vesikofixation** hat Rosenthal (43) in einer Berliner Dissertation zusammengestellt. Bonney (6) hält das Prinzip dieser Operation bei „vaginaler Eversion" für falsch.

Lenormant und Petit-Dutaillis (24) sowie Mamourian (27) beschreiben und empfehlen die **Operation nach Bouilly**: Portioamputation und Scheidendammplastik. Die Dauerresultate sollen gut sein.

Bonney (6) hält die **Wiederherstellung des Beckenbodens** für die Hauptsache, Fehler im Heftapparat muss man an diesem heilen. Brandt (8) empfiehlt für leichte Fälle die Kolpoperineorrhaphie; die querverlaufende **Levatornaht** hält er für unnötig. Letzterer therapeutischer Eingriff wird jedoch gerade in der Münchener Dissertation von Fain (13) besonders empfohlen.

Die **Hysterektomie** als Therapie des Prolapsus findet eingehende Beachtung. Bonney (6) und Mansfeld (cf. Windisch, 55) verwerfen sie; Oliva (38) gibt eine besondere Methode an; Beuttner (4) beschreibt ein Rezidiv des Prolapsus nach Exstirpation des Uterus.

Die **Operation nach Alexander-Adams** wurde von Herz (cf. b) „Retroflexio uteri", (20) allein oder mit einer Plastik kombiniert, als Vorfalloperation angewandt. Sie soll in 92% der Fälle erfolgreich gewesen sein.

Schliesslich sind zahlreiche **neue Operationsverfahren** und **Modifikationen** bekannter Methoden angegeben worden. So u. a. von Abadie (1), Abramowitsch (2), Frattin (15), Gray (17), Lockyer (26), Wade (48). — Nadory (33) und Schubert (45) beschreiben eine Fascia lata, Implantation zur Heilung des weiblichen Genitalprolapses. Man siehe auch das Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" sowie „Vulva und Vagina".

d) Inversio uteri chronica.

1. Beckmann, W., Einige Bemerkungen über die puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 649—656. (Verf. hat zwei Fälle nach Küstner-Piccoli operiert, beide Male handelte es sich um alte Inversionen; der erste Fall ging zugrunde, der zweite fieberte heftig. Beckmann macht auf die Möglichkeit lebensgefährlicher Infektion bei der vaginalen Reinversionsoperation aufmerksam.) (Heimann.)
2. Crossen, H. S., Operative Behandlung lang bestehender Uterusinversion. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 14. p. 1061—1063. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1339. (Verf. hat einen Fall nach Spinelli [vollständige Trennung der vorderen Uterus- und Cervixwand] operiert. Die Inversion bestand seit einem Jahr.) (Heimann.)
3. Gruget, Inversion utérine ancienne, réduction sous anesthésie générale. Arch. méd. d'Angers. 1913. Déc. p. 375—383. (Geburt lag sieben Wochen zurück und die Inversion war unbemerkt entstanden. Wahrscheinlich ist sie erst im Laufe der Zeit total geworden. Die einzigen Erscheinungen waren Blutungen, durch die die Frau äusserst anämisch geworden war. Die Reposition gelang, obschon sehr schwierig und unter starker Blutung. Verf. rät zu längerer Vorbereitung und Hebung der Widerstandskraft der Patientin vor dem Eingriff; währenddessen kann die Vulvovaginalgegend desinfiziert werden.)

4. Malcolm, J. D., Case of complete inversion of a prolapsed uterus in a patient aged 57. Sect. of Obst. and Gyn. of the Royal Soc. of Med. Meeting on Dec. 4. 1913. Ref. Proc. of the Royal Soc. of Med. Vol. 7. Nr. 3. p. 114—117. (Prolaps bestand seit 4½ Jahren. Akute Inversion des Uterus infolge eines gangränösen Fibroms. Amputation des Uterus.)
5. Pentz, A., Rezidivierende Inversio uteri puerperalis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6. p. 233 bis 234. (Bei einer 30jährigen V para war mit Ausstossung der Nachgeburt ganz spontan eine Inversio uteri entstanden. die vom herbeigerufenen Arzt sofort reinvertiert wurde. 4½ Wochen post partum empfindet Patientin beim Pressen zum Stuhlgang plötzlich einen intensiven Schmerz im Unterleib, blutet seitdem stark und 10 Tage später stellt der Arzt von neuem eine völlige Inversion fest, die sich nicht reinvertieren läßt. Dies gelingt erst nach Spaltung der hinteren Uteruswand nach Westermark und Borelius bis ins hintere Scheidengewölbe. Wegen Infektionsgefahr wird nun aber doch der Uterus vaginalexstirpiert.)
6. Pini, Un caso di inversione cronica dell' utero felicemente operato con processo Küstner-Piccoli. Lucina. 1913. Vol. 18. Heft 6. p. 88. (Kasuistisch. Inversion vor sechs Monaten bei der Entbindung durch Zug an die Nabelschnur entstanden. Alle Versuche der Reduktion erfolglos. Obengenannte Operation hatte vollen Erfolg: nach einem Jahr Uterus in richtiger Anteflexionsstellung; nach 30 Monaten normale Entbindung.)
7. Ricci, A. P., Sulle alterazioni della mucosa uterina nella inversione cronica. (Contributo isto-patologico.) Arch. ital. di gin. 1913. Nr. 12. p. 276—282. (Die Inversionen bestanden seit fünf Monaten resp. acht Jahren. Fehlen des Zylinderepithels, Hyperplasie und kleinzellige Infiltration des Bindegewebes, Verschwinden der Drüsen. Stellenweise hämorrhagische Herde und hyaline Degeneration.)
8. — Sul trattamento dell' inversione cronica dell' utero. Arch. ital. di gin. Nr. 2. p. 29 bis 49. (Zwei Fälle mit Erfolg nach Küstner-Piccoli operiert.)
9. de Rossignoli, Zwei Fälle von Prolapsus uteri inversi. Med. Klinik. Nr. 35. p. 1431.
10. Tédenat, E., Inversion de l'utérus. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Séance du 3 Déc. 1913. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. Nr. 9. p. 804 bis 810. (Zwei Fälle von Inversion infolge Ausstossung von Myomen am Fundus; der eine im Wochenbett, der andere bei einer 41jährigen Virgo während der Menstruation. Im letzten Falle war die Reposition unmöglich und musste der Uterus abdominal exstirpiert werden. — In der Diskussion teilt Forgue einen ganz ähnlichen Fall mit wie der letztere, jedoch mit chronischem Verlauf während 10 Jahre.)
11. Unterberger, jun. F., Drei Fälle von Inversio uteri chronica. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. p. 256. (1. Infolge eines kindskopfgrossen, in die Scheide geborenen Myoms. Therapie: Zunächst Abtragen des Myoms, fünf Wochen später vaginale Exstirpation des Uterus. 2. Seit 13 Jahren bestehende puerperale Inversion. Therapie: Vaginale Uterusamputation. 3. Patientin hat vor drei Monaten spontan entbunden. Therapie: Reposition mit Spaltung der hinteren Wand. Reposition berechtigt: 1. bei jugendlichen Patientinnen und bei nicht lange bestehender Inversion. Reposition zu verwerfen: 1. Bei Frauen in der Nähe der Klimax. 2. Bei Myomen wegen der Rezidivgefahr. Vorsicht bei lang bestehender Inversion.) (Heimann.)
12. Vautrin, Quelques considérations sur l'inversion utérine et sur la cure conservatrice, qui lui est applicable. La Gyn. 1913. Nr. 12. p. 707—727. (Drei Formen bez. Ätiologie: Die puerperale, die durch Neoplasmen hervorgerufene und die idiopathische; letztere bei alten Frauen, häufig ohne Symptome. Bei den Tumoren sind es am häufigsten Myome. Die puerperale Form ist die verbreitetste. Die spontane Form bildet sich allmählich, man unterscheidet eine frische und eine chronische Form. Symptome der ersteren: Schmerz, Kompressionserscheinungen, Blasenstörungen etc. Symptome der chronischen Infektion: Fluor, eventuell Blutungen, Störungen der Periode etc. Therapie: 1. konservativ, manuelle Reposition, Reposition durch Kolpeurynter, Scheidentamponade; die beiden letzteren Methoden nicht gut, Gefahr der Infektion. 2. Operation: abdominal oder vaginal. Bei letzterem Vorgehen kommt die Methode Küstner besonders in Betracht. Verf. macht die hintere Kolpotomie und spaltet die ganze hintere Uteruswand.) (Heimann.)
13. — Inversion utérine par tumeur d'origine mullérienne chez un enfant. Réunion obst. et gyn. de Nancy. Séance du 15 Mai 1913.
14. — La cure de l'inversion utérine doit être conservatrice. Revue prat. d'obst. et de gyn. Nr. 3. p. 78—81. Journ. de méd. de Paris. Nr. 15. p. 295—296. (Die seltenste Form

der Inversio ist die idiopathische bei alten Frauen; sie muss ausnahmslos chirurgisch behandelt werden. Die neoplastische, partielle oder vollständige kann, wenn maligne Veränderungen sicher ausgeschlossen sind, konservativ behandelt werden: Abtragung des Tumors, Reposition des Uterus. Bei den chronischen puerperalen Inversionen müssen konservative Mittel versucht werden und wenn diese nicht zum Ziel führen, die Kolpohysterotomia ant. oder post. angeschlossen werden. Verf. zieht die grossen Inzisionen bis zum Fundus [Piccoli, Spinelli] den kleineren Inzisionen [Küstner, Kehrer] vor und die posterior der anterior. Er verwirft den abdominalen Weg.)

Vautrins Publikation (12) behandelt die **Ätiologie** der Inversio uteri. Die meisten chronischen Umstülpungen sind vor kurzer oder längerer Zeit (bis 13 Jahre, cf. Unterberger, 11), manchmal unbemerkt (Gruget, 3) **im Wochenbett** entstanden. Man schlage zu diesem Thema auch die Kapitel „Pathologie der Geburt" und „Pathologie des Wochenbettes" nach.

Inversionen des Uterus **infolge Tumoren** sind von Malcolm (4), Tédenat (10), Unterberger jr. (11) und Vautrin (12) beschrieben worden. Es handelt sich dabei meist um Myome. Im letzgenannten Falle war es jedoch ein Tumor des Müllerschen Ganges bei einem Kinde.

Auch **idiopathisch** entstandene Umstülpungen werden beschrieben (Gruget, 3). Pentz (5) sah eine im Wochenbett sofort mit Erfolg reponierte Inversio nach $4^1/_2$ Wochen spontan rezidivieren.

Ricci (7) hat die **Schleimhautveränderungen** am chronisch invertierten Uterus studiert.

Die **Therapie** kann sowohl konservativ wie operativ sein. Die Indikationen zur Behandlung werden von Unterberger jr. (11) und Vautrin (12) aufgestellt. **Manuelle Reposition** ist bei den längere Zeit bestehenden pathologischen Verhältnissen meist mit grossen Schwierigkeiten verknüpft, wie aus den Fällen von Gruget (3), Pini (6), Tédenat (10) hervorgeht. Meist ist **Spaltung der hinteren, ev. auch der vorderen Uteruswand** nötig, wie in den Fällen von Pentz (5) und Unterberger jr. (11)

Die **Operation nach Küstner-Piccoli** wurde von Beckmann (1), Pini (6), Ricci (8), Vautrin (12), u. a. in mehreren Fällen mit gutem Erfolg ausgeführt. Der Fall von Pini machte 30 Monate später wieder eine normale Geburt durch. Crossen (2) lobt die **Methode von Spinelli** (2).

Beckmann (1) macht auf die **Infektionsgefahr bei diesen Operationen** aufmerksam. Deswegen, oder auch in Fällen, in denen die Reposition unmöglich ist, ist unter Umständen die **vaginale oder abdominale Uterusexstirpation** indiziert, wie aus den Fällen von Malcolm (4), Pentz (5), Tédenat (10) und Unterberger jr. (11) ersichtlich.

---

5. Sonstiges.

1. Baldwin, A., Case of recto-uterine fistula. Surg. Sect. of the Royal Soc. of Med. Meeting on Nov. 12. 1913. Ref. Proc. of the Royal Soc. of Med. 1913. Vol. 7. Nr. 2. p. 71—72. (Ohne nachweisbare Ursache bei 71jähriger Frau entstanden. Fistel mündet gleich oberhalb des inneren Muttermundes.)
2. Ballard, I. W., Lacerated cervix uteri and reflex irritation. Med. Record. Vol. 85. Nr. 18. p. 800—801. (Risse in der Cervix, die auf Berührung äusserst empfindlich sind, oder empfindliche harte Narben, sind oft nach einer Entbindung Ursache nervöser Reizerscheinungen, die keiner Allgemeinbehandlung weichen. Portioamputation — die der Exzision der Narben vorzuziehen ist — und Curettage bilden eine meist erfolgreiche Therapie.)
3. Broughton-Alcock, W., Treatment of a uterine abscess by sensibilized bacilli protei. The Brit. med. Journ. Nr. 2788. p. 1224. (Nach supravaginaler Amputation entstand ein Abszess, der sich nach der Cervix öffnete. Bakteriologisch wurden im Eiter Proteusbazillen gefunden. Behandlung: In Pausen von 3—4 Tagen sieben Injektionen abgetöteter Kulturen, Dosis 100—2000 Mill. steigend. Eine Reaktion folgte. Acht Tage nach der letzten Injektion Sensibilisierung der Proteusbazillen mit dem

Serum der Patientin. Die Vakzine wurde vier Wochen hindurch einmal wöchentlich verabreicht von 400 Millionen auf 1000 Millionen steigend. Der Erfolg war sehr gut.) (Heimann.)

4. Dambrin, C., Les kystes du col de l'utérus. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 1. p. 41—71. Ref. Revue de gyn. Nr. 4. p. 362. (Dambrin unterscheidet Schleimzysten entzündlichen Ursprungs und Zysten embryonalen Ursprungs. Erstere entstehen aus Schleimdrüsen, letztere aus embryonalen Überresten. Die Schleimzysten, eine oder mehrere, besitzen ein Zylinderepithel, das später kubisch wird. Die embryonalen Zysten können aus den Überresten des Müllerschen oder Gärtnerschen Ganges entstanden sein und weisen auch mikroskopisch dann deren Struktur auf. Die Symptome sind wenig hervortretend. Die Diagnose ist leicht, „man muss daran denken". Die Behandlung besteht in Exstirpation. (Heimann.)
5. Gentili, A., La decidua considerata come glandola endocrina. Ann. di ost. e gin. 1913. Nr. 8. p. 257—305. (Extrakte des Endometriums von Frauen und verschiedenen Tieren haben, in den Kreislauf beim Kaninchen injiziert, eine stark toxische Wirkung; dieselbe ist derjenigen bei der Injektion von Extrakten internsekretorischer Organe ähnlich. Auch das Verhalten der Tiere, der pathologisch-anatomische Befund (Thrombose der Lungengefässe) sind fast identisch. Ausser der toxischen haben die Extrakte auch noch eine blutdruckherabsetzende und den Herz- und Respirationsrhythmus regulierende Wirkung. Nur der Corpus luteum-Extrakt hat dieselbe Wirkung, aber in viel geringerem Grade. — Eigene experimentelle Versuche.)
6. Keiffer, H., Existe-'t-il une glande myométriale chez la femme? Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance de Mars. Ref. La Presse méd. Nr. 22. p. 215. (Vortragender hat die 1911 von Ancel und Bouin beim Kaninchen gefundene myometrale endokrine Drüse [cf. diesen Jahresbericht, Bd. 25, Kap. XIII, Nr. 2) auch beim Meerschweinchen, bei der Ratte usw. nachweisen können. Siehe Näheres Kap.: „Anatomie u. Entwicklungsgeschichte d. weibl Geschlechtsorgane".)
7. Kraus, E., Zur Anatomie der Portio vaginalis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 656—658. (Verf. hat sich bemüht, gute Gipsabgüsse der Portio zu erhalten, dies ist ihm nach einem bestimmten Verfahren gelungen. Dabei fand er, dass die Portiorisse immer seitlich lokalisiert waren und mit dem Orificium uteri ext. eine nach vorn konkave Linie bildeten. Der linke Einriss ist meist tiefer als rechts. Diese Tatsache glaubt Verf. mit der Entwicklungsgeschichte in Zusammenhang bringen zu können.) (Heimann.)
8. Lassalle, Contribution à l'étude des fistules utéro-cervicales et à leur traitement. Thèse de Paris. 1913.
9. Lejars, F., Pyométrie et abcès de l'utérus. La Sem. méd. Nr. 20. p. 229—230. (Allgemeines über Ätiologie, Therapie usw.)
10. v. Mandach, Ein Fall von spontaner, durch hyaline Muskeldegeneration bedingter Uterusruptur. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. p. 50—62. (Mit 1 Tafel.)
11. Maresch, R., Hochgradige senile Involutionen des weiblichen Genitales mit vollständiger Obliteration des Uterus und der Vagina. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1953. (Heimann.)
12. Matthews, J. D., Stenosis of cervix uteri; treatment by a new method. Journ. of the Michigan State med. Soc. 1913. Vol. 12. Nr. 12. p. 656—658. (Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)
13. Nagel, W., Über einen Fall von geheilter Uterovesikalfistel mit abdominaler Exstirpation des Uterus. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1703.
14. Oastler, F., Spontaneous gangrene of the cervix. New York Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Oct. 14. 1913. Ref. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 1. p. 126—127. (Kasuistisch; 21 jährige Frau. Ähnliche Gangrän war früher schon am Pulse und am Rücken aufgetreten. Die Frau war übrigens gesund. Wassermann negativ. Langsame Heilung durch Trockenbehandlung.)
15. Weymeersch, A., Glande myométriale et néphrophagocytes. Soc. belge de gyn. et d'obst. Séance de Janv. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. p. 400. (Cf. Kapitel „Anatomie u. Entwicklungsgeschichte der weiblichen Geschlechtsorgane".)

XI.

Neubildungen des Uterus.

Referent: A. J. M. Lamers[1]).

Myome.

1. Aubert, L. et Guérin-Valmale, Anémie extrême par énorme fibrome utérin; hystérectomie, transfusion, guérison. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 4. Febr. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 3. S. 229—232. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. S. 333. (Frau in der Menopause, die das 6 kg schwere Myom schon mindestens fünf Jahre getragen hatte. Wegen der äusserst starken Anämie totale Hysterektomie. Ungestörter Verlauf während einer Woche. Dann Kollaps infolge Herzschwäche. Bluttransfusion vom Ehemann. Puls geht von 120 auf 84 herunter. Erholung, Heilung.)
2. Barrows, C. Clifford, Remarks on uterine fibroids with special reference to their relation to tumors of the thyroid gland. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 433. Jan. S. 33—43. (60% der Myome wachsen auch nach der Menopause weiter. Die beste Behandlung ist immer noch die Operation mit weniger als 0,5% Mortalität. Die Entfernung, auch kleinerer Tumoren, ist vor allem wegen des deletären Einflusses der Myome auf das Herz gewünscht, ohne dass indessen Beweise für die Existenz eines „Myomherzens" zu erbringen sind. Von Schilddrüsentumoren ist weiter nicht die Rede, nur werden zwei Fälle mit Basedow angeführt, wie denn überhaupt der Verf. das Myomherz sich als toxisch bedingt, vielleicht auf dem Umwege über die Schilddrüse erzeugt, vorzustellen scheint.)
3. Beckmann, W., Über zystische Fibromyome des Uterus. St. Petersburger med. Zeitschr. 1913. Nr. 22. S. 323—327. (Russisch.) (Im Anschluss an drei eigene Fälle unter einem Operationsmaterial von 150 Myomen teilt Verf. die Zystofibrome ein in: 1. Zystenbildungen infolge nekrotischen Zerfalles, 2. lymphangiektatische Zysten und 3. zystische Adenomyome. Alle drei Frauen genasen.)
4. Benthin, W., Zur Ätiologie der Uterusmyome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 501—506. (Im Anschluss auf den Hinweis von H. Freund über das häufige Zusammentreffen von mangelhafter Entwicklung und Fibromyomen und auf die Angabe von Bartel über gleichzeitige Bildungsfehler und Geschwülste, berichtet Benthin über zwei Fälle von Uterus duplex und Myom, ist aber nicht der Ansicht, dass die Missbildung für die Genese der Myome ernstlich in Betracht kommt. Aus dem Königsberger Material sind dies die einzigen Uterusanomalien von 912 exstirpierten myomatösen Uteri und ebenso die einzigen Myomentwicklungen unter den 24 beobachteten Doppelbildungen am Genitale.)
5. — Myom und Uterus bicornis. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. S. 1498. (Zwei Fälle. In dem einen Falle war eine vollkommene Verdoppelung des Uterus und eine Vagina septa vorhanden. An beiden Uterushörnern fanden sich grosse Myomknollen, auf beiden Seiten bestanden doppelte Fimbrientrichter. Bei der anderen Patientin betraf die Verdoppelung nur das Corpus uteri. Im linken Tubenwinkel sass ein junges, durchblutetes Ei von Bohnengrösse. Ein doppelter Fimbrientrichter war in diesem Falle nur auf der linken Seite vorhanden. Benthin glaubt nicht an den Zusammenhang von Missbildung des Uterus und Myombildung. In dem Material der Königsberger Frauenklinik aus den letzten 10 Jahren fanden sich nur 24 Fälle von Doppelbildung des Uterus; Myome hatten davon nur die beiden oben erwähnten Frauen.)

---

[1]) Einsendung von Separatabzügen, Dissertationen usw. erbeten: Amsterdam, Roemer, Visscherstr. 2.

6. Binet, E., Fibrome calcifié, inclus dans le bassin. Hystérectomie chez une femme âgée. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2. Jahrg. Nr. 9. Dez. 1913. S. 849—851. (Kasuistisch. 65jährige Frau. Beispiel eines Falles, bei dem nach der Menopause ein früher abdominelles Myom, das keine Beschwerden machte, zu einem das Becken ausfüllenden wird und Einklemmungserscheinungen hervorruft.)
7. Bogoras, N. A., Über die intraabdominelle Blasenruptur bei Myoma uteri. Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. S. 225—230. (Russisch.) (War durch Schlag auf den Bauch erfolgt.)
8. Bortkiewitsch, A., Beitrag zur Kenntnis der sogenannten Adenomyome des weiblichen Genitaltraktus. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. S. 620—642. (Aus der Untersuchung von 10 eigenen Fällen und den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen zieht Bortkiewitsch den Schluss, dass die meisten sogenannten Tuben-, Uterus- und Vaginaladenomyome keine eigentlichen Tumoren, sondern nur Ergebnisse der auf dem Boden chronischer Entzündung entwickelten Muskelhyperplasie sind. Die schleimhautähnlichen Inseln in solchen Geschwülsten stammen entweder von dem Serosaepithel oder, und zwar öfter, von der Mukosa ab. Verhältnismässig seltén stammen die Epitheleinschlüsse von den embryonal versprengten Teilen der Müllerschen oder Wolffschen (Gärtnerschen) Gänge ab. Noch seltener können die drüsigen Gebilde der Adenomyome ihren Ursprung in den Resten des Wolffschen Körpers haben, und zwar nur in den Geschwülsten, welche an der hinteren Beckenwand, im Ligamentum latum kaudalwärts bis zum Uterushorn, und vielleicht noch im Ligamentum rotundum sich entwickeln. Ausnahmsweise kann endlich als Ursprung der drüsigen Einschlüsse in einigen Adenomyomen (Ligamentum rotundum) auch das Zwischen- und Nachnierenblastem in Betracht kommen.)
9. Bovee, J. W., A specimen of multiple fibromata uteri complicated with carcinoma corporis uteri. Washington obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 14. Febr. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 433. Jan. S. 159 bis 160. (Kasuistisch; ausführliche Krankengeschichte und Operationsbefund.)
10. Bretschneider, R., Mit Röntgenstrahlen behandelter myomatöser Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. Sitzg. vom 20. Okt. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. S. 135. (Operation wegen vergeblicher Bestrahlung. Von 104 Myomoperationen verlor Verf. nur eine Patientin. Dagegen sah er unter 180 Fällen achtmal maligne Degeneration der Myome. Auch hält Verf. ein Myom nicht für geheilt, wenn der Tumor zurückbleibt. Er will infolgedessen die operative Therapie noch nicht verlassen.)
11. Brettauer, J., Fibrocyst of the uterus. New York obst. Soc. Sitzg. vom 18. Nov. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 434. S. 352. (Tumor wiegt 26 englische Pfund und ist seit acht Jahren gewachsen.)
12. Briggs, H., Two difficult diagnosis of myomata. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 16. Okt. Ref. The Lancet. Nr. 4759. 14. Nov. S. 1148. The Brit. med. Journ. Nr. 2812. 21. Nov. S. 881. (1. Erweichtes interstitielles Myom bei einer 30jährigen Frau, dessen Differentialdiagnose mit Schwangerschaft Schwierigkeiten machte. 2. Ein steinhartes Myom, das mit einem Ovarialfibrom leicht zu verwechseln war.)
13. Broun, L., Myosarcoma of uterus. New-York obst. Soc. Sitzg. vom 14. Okt. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 433. Jan. S. 142—143. (Kasuistisch. Genaue Beschreibung des pathologisch-anatomischen Präparates. Es handelt sich um sekundäre sarkomatöse Degeneration eines vorhandenen Myoms.)
14. Bruno, G., Ein Fall eines sehr grossen Uterusmyoms. Geb.-gyn. Ges. in Kiew. Sitzg. vom 22. Nov. 1913. Ref. La Gyn. Mai. S. 379.
15. Bucura, K. J., Einige aktuelle Fragen aus Geburtshilfe und Gynäkologie. 4. Behandlung der Myome. Wiener med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1595—1596. (Indikationsstellung zur Operation.)
16. Burnett, E. Napier, Fibroid conditions of the uterus. Newcastle-on-Tyne Div. of the Brit. med. Assoc. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2773. 21. Febr. S. 425. (Übersicht.)
17. Byers, J., Demonstration of 1. uterus removed for a fibroid, partly interstitial and submucous, with thickened uterine walls; 2. section of a multinodular myoma of the uterus; 3. a uterus which contained foetus removed by hysterectomy for an interstitial cervical fibroid. Ulster med. Soc. Sitzg. vom 19. März. Ref. The Lancet. Nr. 4727. 4. April. S. 970.

18. Chalier, A., Kyste volumineux de l'utérus surmontant un gros fibrome. Soc. d. scienc. méd. de Lyon. Sitzg. vom 7. Jan. Ref. La Gyn. Heft 2. S. 135—136. Als Original erschienen im Lyon méd. Nr. 8. (Kasuistisch; ausführliche Krankengeschichte und Operationsbericht.)

19. Chestakoff, M., Fibromyoma lymphangiectodes. Ges. f. Geb. u. Gyn. in St. Petersburg. Sitzg. vom 3. Okt. 1913. Ref. La Gyn. Heft 1. S. 53. (Kasuistisch. 40jährige Frau; Tumor von der vorderen Wand ausgehend, 34 Pfund schwer, 38 und 31 cm Durchmesser. Wegen der Grösse der Geschwulst musste zuerst die supravaginale Amputation und dann die Exstirpation der Cervix vorgenommen werden.)

20. Cullen, Th. S., Adenomyoma of the rectovaginal septum. Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 62. Nr. 11. S. 835—839. (Mitteilung von zwei Fällen von Uterusadenomyomen, die sich im Septum rectovaginale ausgebreitet hatten und mit dem Rektum fest verwachsen waren.)

21. Dartigues, L., Fibromes multiples à pédicule tordu en voie de sphacèle sur le même utérus; torsion bipolaire de l'un d'eux doublement pédiculé. Soc. des chir. de Paris. Sitzg. vom 15. Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 47. S. 453. (Das grösste Myom war kindskopfgross, sah aus wie ein Ovarialtumor und sass einerseits mit zweimal torquiertem Stiele an der rechten Tubenecke dem Uterus auf, andererseits an der Bauchwand fixiert mittelst eines Stieles. Ein zweites Myom war mandarinengross. Beide waren nekrotisch. Vortragender wendet sich auf Grund vorliegenden Falles gegen die Strahlenbehandlung der Myome.)

22. Decio, C., Ovarialblutungen bei Uterusmyomen. La Ginec. Nr. 21. S. 633—648. (Italienisch.) (Ovarialblutungen kommen bei etwa 10% der Uterusmyome vor. Sie werden teilweise durch Zirkulationsstörungen (aktive Hyperämie und venöse Stauung), teilweise durch Gefässveränderungen (Sklerose und hyaline Degeneration der Gefässwände) und Stromaveränderungen (myomatöse Umwandlung) verursacht. Zusammenhang zwischen der Stärke dieser Ovarialveränderungen und der Uterusblutungen besteht nicht. Erstere haben meistens nur pathologisch-anatomisches Interesse. — Der Arbeit liegen 11 eigene Beobachtungen mit genauem histologischem Studium zugrunde.)

23. Democh-Maurmeier, I., Hauskuren mit Krankenheiler Lauge. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50. S. 2370—2371. (Es wird auch über gute Resultate an drei Myomträgerinnen berichtet.)

24. Donald, A., The treatment of fibromyomata. The Brit. med. Assoc. Sect. of gyn. and obst. Sitzg. in Aberdeen. 29. Juli. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2796, 1. Aug. S. 248. The Lancet. Nr. 4747. 15. Aug. S. 500—502. Als Original erschienen im Brit. med. Journ. Nr. 2804. 26. Sept. (Abwartende Behandlung ist abzulehnen bei allen Myomen, die Symptome machen. Palliativ Massnahmen, wie Curettage, sind zwecklos. Vaginale Hysterektomie ist zur Myombehandlung nicht geeignet; abdominale Myomektomie ist in Fällen, wo möglich, die Methode der Wahl. Die Gefahr der malignen Degeneration des Uterusstumpfes nach subtotaler Hysterektomie ist illusorisch. Mortalität auf 309 operierten Myomfällen 2,9%. Die Ovarien wurden immer mit weggenommen, weil sie meistens degeneriert sind. Röntgenbehandlung wird abgelehnt wegen der Schwierigkeit der Diagnose und der Komplikationen und infolgedessen der Feststellung der Resultate der Behandlung und wegen der Möglichkeit, dass durch Hinausschiebung des operativen Eingriffes die spätere Operation schwieriger wird. — Diskussion: Im allgemeinen sprachen sich die meisten Redner im Sinne Donalds gegen die Röntgenbehandlung aus.)

25. Elsner, H. L., The association of uterine growths with goitre; typical and atypical exophthalmic goitre. Amer. Journ. of the med. scienc. Bd. 147. Nr. 5. S. 634. (Unter 186 Fällen von Basedowscher Krankheit bei Frauen waren 15% mit Uterusmyom kombiniert. Ein günstiger Einfluss der Totalexstirpation von Uterus und Adnexen auf die Struma konnte vom Verf. und vielen anderen nicht festgestellt werden. Im Gegenteil, öfters war das Wachstum der Struma nach der Operation eher beschleunigt. Umgekehrt hatte die Thyreoidektomie ebenfalls keinen Einfluss auf das Verhalten der Myome zu verzeichnen.)

26. Falgowski, W., Über die konservative Tendenz bei der Operation des Uterusmyoms. Gyn. Rundschau. Heft 10. S. 351—354. Französisch in: Revue de gyn. et de chir. abd. Nr. 4. S. 273—278. (Bericht über 41 abdominal, 37 vaginal operierte Myome. Möglichst konservatives Verfahren. Empfehlung der totalen keilförmigen Myom-

ektomie und einer „infrakorporealen Amputation", welche letztere Verf. in neun Fällen, zum Teil mit Erhaltung der menstruellen Funktion, ausführte. Die Sorge, dass in dem zurückgebliebenen Uterusstumpfe sich später ein Karzinom ausbilde, ist wegen der Seltenheit des Vorkommnisses unbegründet. Verf. vermag nicht einzusehen, warum die Operationsfähigkeit der Myome zugunsten der stets so überaus radikal wirkenden Röntgenbehandlung eine Einschränkung erfahren sollte.)

27. Favell, R., Demonstration of a large fibromyoma of the uterus undergoing sarcomatous transformation in parts. North of Engl. obst. and gyn. Soc. Sitzg. in Sheffield am 20. März. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2780. 11. April. S. 819. The Lancet. Nr. 4728. 11. April. S. 1044. (47jährige Patientin. Schnelles Wachstum des Tumors seit einem Jahr bemerkt.)

28. Fehling, H., Operative und Strahlenbehandlung bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten der Gebärmutter. Verein der Ärzte zu Metz. Sitzg. vom 5. Juli. Als Original erschienen in der Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. S. 2333—2336. (Übersichtliche Zusammenfassung.)

29. Fenini, G., La terapia fisica in ginecologia. Arte ostetr. Nr. 1. S. 3—7 u. Nr. 2. S. 25 bis 30. (Italienisch.) (Empfehlung der Elektrotherapie, Franklinisation, Verfahren nach d'Arsonval, Apostoli und Röntgen bei Myomen und vaginalen Erkrankungen.)

30. Fiedler, H. W., Über verjauchte Myome. Dissertation in. Leipzig.

31. Le Filliatre, G., Enorme fibrome utérin télangiectasique, métrorragies, troubles vésicaux. Hystérectomie abdominale totale. Soc. anat. de Paris. Juli-Sitzg. 1913. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. März. S. 174. (Kasuistisch; ergibt sich aus der Überschrift. 42jährige Nullipara.)

31a. Find, A., Untersuchungen über die Bakterienflora pathologisch veränderter Genitalorgane. Veterinär-medizinische Dissertation in Giessen.

32. Fitz Gibbon, G., Uterus with malignant adenoma. Sect. of obst. of the royal acad. of med. in Ireland. Sitzg. vom 30. Okt. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2812. 21. Nov. S. 879. (Näheres im Kapitel „Karzinome", Nr. 83. Stellenweise war noch eine Demarkationslinie als Überbleibsel der früheren Myomkapsel zu erkennen. — Ferner zeigte Vortragender das ähnliche Präparat eines nichtmalignen Adenoms einer 28jährigen Frau [cf. Kapitel „Sonstiges" Nr. 3]).

33. Fraistat, W., Embolie im Wochenbett und nach gynäkologischen Operationen. Diss. in. München. Febr.

34. Frankl, O., Über tumorartige Hyperplasie des Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Wien. Sitzg. vom 10. Febr. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 35. S. 1984. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. S. 1034. (Zwei Fälle. Anatomisch Adenomyosis.)

35. Freudenthal, H., Zur Morphologie des Uterusmyoms. Diss. in. Breslau. (Mit zwei Tafeln.)

36. Garnier, De l'exentération de l'utérus appliquée à la cure des fibromes de cet organe. Thèse de Paris. 1913. Juni.

37. Geist, S. H., A contribution to the histogenesis of sarcomatous change in uterine fibromyomata. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. 1913. Bd. 68. Nr. 6. S. 1053—1063. (Siehe im Kapitel „Sarkome", Nr. 9.)

38. — The clinical significance of sarcomatous change in uterine fibromyoma. Sect. of obst. and gyn. of the New York acad. of med. Sitzg. vom 24. Febr. Ref. Med. record. Bd. 85. Nr. 14. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 5. S. 766—778. (Bei 316 Myomfällen fand Geist 16mal sarkomatöse Metaplasie, die sich klinisch nicht diagnostizieren liess. Er empfiehlt daher bei Myomen in der Menopause die Panhysterektomie. — Diskussion: H. J. Boldt hat in 10—12 Fällen, bei denen die supravaginale Amputation ausgeführt war, den Exitus der Patientin an malignen Tumoren gesehen.)

39. Giles, A. E., Meditations on 100 consecutive abdominal operations at the Prince of Wales's general hospital, Tottenham. The Lancet. Nr. 4740. 4. Juli. S. 8—16. (Wird an anderer Stelle referiert.)

40. — A plea for early operation in cases of uterine fibroids. Med. press and circ. Bd. 97. S. 167. (Verf. will nicht die Menopause abwarten, da auch dann meistens die Symptome nicht aufhören.)

41. Girol, S. R., L'homoorganothérapie dans le traitement de quelques gynécopathies. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1913. Nr. 10. S. 170—178. Semaine gyn. 1913. Nr. 34. S. 269—272. Journ. de méd. int. Nr. 3. S. 21—23. (Nach Girol besitzt der Extrakt von Ovarien myomkranker Frauen („Ovaromyom") eine sehr intensive Wirkung, die

sich auf eine vermehrte Aktivität der Ovarialhormone gründet. Girol ist der Ansicht, dass Veränderungen der Ovarien die fundamentale Ursache der Neubildungen des Uterus sind. Gute Erfolge an einigen [wenigen] eigenen Fällen.)

42. Göbel, F., Über Carcinoma corporis uteri mit spezieller Berücksichtigung seiner Kombination mit Myomatosis uteri. Dissert. in. Würzburg. Juli.

43. Goldstein, E., Über Myomoperationen. Dissert. in. Berlin. Febr. (Zusammenstellung der vom 1. Oktober 1910 bis 1. Oktober 1912 operierten 85 Fälle. Gesamtmortalität 2,3 %. Einmal infolge Thrombose und Embolie; dreimal Exitus infolge Anämie. 36 Fälle wurden abdominal, 35 vaginal totalexstirpiert, 5 supravaginal amputiert, 9 enukleiert.)

44. Gough, W. and C. Stewart, A case of adenomyoma uteri. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 15. Mai. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2790. 20. Juni. S. 1355. The Lancet. Nr. 4738. 20. Juni. S. 1752. (39jährige verheiratete Frau. Im Uterus ein Cervixfibrom und zwei adenomyomatöse Knoten in der hinteren Wand nahe dem Fundus. Die linke Tube enthielt ebenfalls ein Adenomyom, dadurch ein zweiter Uteruskörper simulierend. Das nicht-adhärente Colon sigmoideum war gleichfalls Sitz eines Adenomyoms. — Supravaginale Hysterektomie und Sigmoidektomie mit End zu End Anastomose. Ungestörte Heilung.)

45. Goullioud, P. E., Fibromes distants et fibromes aberrants d'origine utérine. Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 22. Nr. 2. S. 102—114. (An Hand zweier eigener Beobachtungen wird auf die Genese und das Wachstum dieser beiden Myomarten eingegangen. Drei Abbildungen.)

46. — Cinq cas de grossesse après myomectomie. Annals de gyn. et d'obst. Bd. 11. Juni. S. 350—356. (Spricht für die Zweckmässigkeit der Myomektomie bei jungen Mädchen oder jungverheirateten, noch kinderlosen Frauen. Die einzige. nicht sehr grosse Gefahr ist die des Rezidivs und der Wiederholung der Operation nach einer Reihe [etwa 10] von Jahren.)

47. — Myomectomie et grossesse. Soc. de méd. de Lyon. Ref. Revue de chir. Jahrg. 34. Nr. 5. S. 706. Als Original erschienen in Lyon méd. Nr. 11. (Unter 74 Frauen, bei denen eine konservative Myomektomie ausgeführt wurde, waren 26 verheiratet und noch nicht 40 Jahre alt. Davon sind 5 später schwanger geworden, also etwa 20 %. Wo möglich soll also die Myomoperation immer eine konservative sein. Rezidive sind selten. — Literatur.)

48. Grad, H., Fibroid in a double uterus. New York obst. Soc. Sitzg. vom 14. Okt. 1913. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 433. Jan. S. 132—134. (Kasuistisch; genaue Beschreibung des pathologisch-anatomischen Präparates.)

49. v. Graff, E., Schilddrüse und Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. S. 109—140. (In einem besonderen Kapitel wird das Zusammentreffen von Myom und Vergrösserung der Schilddrüse behandelt. Dass dieses Zusammentreffen häufig vorkommen soll, wird auf Grund des beigebrachten Materials entschieden abgelehnt.)

50. Halban, J., Atypische Myome. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 34. S. 1952. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. S. 1027. (Kasuistische Mitteilung. 1. Kopfgrosses Myom im rechten Lig. latum. 2. Desgleichen, haselnussgross, vollkommen vom Uterus getrennt. 3. 530 g schweres Myom des rechten Lig. rotundum, bei einer viermonatigen Schwangerschaft wegen heftiger Schmerzen mit Erfolg exstirpiert. Die Schwangerschaft verlief ungestört.)

51. v. d. Hoeven, P. C. T., Mammine tegen baarmoederbloedingen. (Mammin gegen Uterusblutungen.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. 1. Hälfte. Nr. 12. S. 606—609. (Holländisch.) (Geringe Erfolge bei Myomen. Verf. rät von der Anwendung ab, damit der günstige Augenblick zur Operation nicht verpasst wird. Erwiderung an Wijn, cf. Nr. 136.)

52. Horwitz, R. E. und N. A. Obolenskaja, Zur Kasuistik der Riesengeschwülste der weiblichen Genitalsphäre. Journ. akusch. i shensk. bol. 1913. Heft 11. S. 1528—1540. (Russisch.) (U. a. ein retrozervikales, extraperitoneal entwickeltes, lymphangiektatisches Fibromyom von 17 kg Gewicht und ein Cystomyoma subserosum von ca. 2½ kg Schwere. — Ausführliches Referat im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichtes, S. 57, Nr. 56.)

53. Jacobs, Fr., Über einige adenomyomatöse Tumoren an den weiblichen inneren Genitalorganen. Dissert. in. Strassburg i. E. März. Als Original erschienen i. d. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 1. S. 143—164. (Mit 15 Textabbildungen.) (Vier Fälle. Eingehende Besprechung der Ausgangsmöglichkeiten dieser Tumoren.)

54. Jansen, H., Uterusmyom und Karzinom. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 9. S. 111 bis 114. (Russisch.) (Siehe Kapitel „Karzinom", Nr. 135.)

55. Jessup, D. S., Adenomyoma of the recto-vaginal septum. Journ. of the Amer. med. Assoc. Okt. S. 385.

56. de Jong, L'ovaire chez les fibromateuses. (Glande interstitielle.) Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 276—287. Juni. S. 357—368. (Mit 5 Abbildungen. Näheres im Kapitel „Tuben und Ovarien.")

57. Kitagawa, M., Gangränöse submuköse Myome. Dissert. in München. Mai.

57a. Kaarsberg, Et Tilfaelde af Fibroma uteri, Roentgenbehandling, Amputatio uteri supravaginalis. (Ein Fall von Fibroma uteri, Röntgenbehandlung, Amputatio uter. supravaginalis.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Ref. Ugeskr. f. Laegeri p. 1921—1922. (Trotz einjähriger Röntgenbehandlung und wenn auch die Blutung weniger stark wurde, nahm der Hämoglobingehalt ab und wuchs die Geschwulst.) (O. Horn.)

57b. — Et Tilfaelde af akut Intoxikation ved Fibromnekrose uden Suppuration. (Ein Fall akuter Intoxikation bei Fibromnekrose ohne Suppuration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. S. 1919—1920. (Einen ähnlichen Fall hat Verf. beschrieben in Hospitalstidende. 1911.) (O. Horn.)

57c. — Et Tilfaelde af Fibromata uteri, Röntgenbehandling, Hysterectomie vag. (Ein Fall von Fibromata uteri, Röntgenbehandlung, Hysterectomia vag.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. S. 1922. (Röntgenbehandlung, vier Sitzungen, zweimal.) (O. Horn.)

57d. — Et Tilfaelde af Fibroma uteri submucos. polypos. (Ein Fall von Fibroma uteri submucos. polypos.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. S. 1922 bis 1923. (Exstirpation von Uterus, weil wahrscheinlich ungeeignet für Röntgenbehandlung.) (O. Horn.)

58. Kouwer, B. J., Infektion, ausgehend vom Myombett eines abdominal enukleierten Uterusmyoms (Catgut-Infektion?). Nederl. Gyn. Vereenig. Sitzg. vom 30. Nov. 1913. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. Heft 3/4. S. 282. (Patientin ging an Sepsis zugrunde nach Enukleation eines Myoms an einer Infektion, ausgehend vom Wundbett an jenen Stellen, wo mit Catgut und nicht da, wo mit Seidenfäden genäht war. Empfehlung des Catgut Kuhn als am sichersten sterilisiert.) (Mendes de Leon.)

59. — Demonstration zweier Myome. Nederl. Gyn. Vereenig. Sitzg. vom 29. Nov. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1915. 24. Jahrg. Heft 2/3. S. 208. (Holländisch.) (Im ersten Fall ein abgekapseltes, intramurales Myom, dem entlang ein Stiel verläuft, der die Mukosa durchbohrt und im Cavum uteri sich in einem polypösen, apfelsinengrossen Myom, das in der Austreibung begriffen ist, verliert. — Zweitens ein grosses Cervixmyom, das per laparotomiam aus der hinteren Lippe ausgeschält wurde.)

60. Lahm, W., Zur Frage des malignen Uterusmyoms (Leiomyoma malignum). Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 19. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 667. (Vortragender berichtet über einen Fall, in welchem ein vom Collum uteri ausgegangenes Myom plexiform in den Lymphgefässen der Uterusmuskulatur und der Cervix weitergewachsen und auch in die Venenstämme des Lig. latum vorgedrungen war. Aus der Vena spermatica liess sich bei der Operation ein mehrere Zentimeter langer, gegabelter, von Endothel überkleideter Myomthrombus herausziehen. Der vorliegende Fall ist als ein Tumor von sarkomatösem Charakter aufzufassen. — Diskussion Kehrer.)

61. — Demonstration 1. Uterus bicornis mit Adenomyomen des Tubenwinkels; 2. Adenomyom der Tubenoberfläche. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 23. April. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1142.

62. Lambinon, Traitement des métrorragies dues aux myomes. Journ. d'accouch. 1913. Nr. 49. S. 438. (Nach Domaschewicz intrauterine Injektionen 90° Alkohol. Die Behandlung dauert recht lange.)

63. Leitch, A., Migratory adenomyomata. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 2. Juli. Ref. The Lancet. Nr. 4742. 18. Juli. S. 160. (Genese und Herkunft dieser Tumoren.)

64. Ley, G., Lipomatosis of a fibromyoma of the corpus uteri. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 8. Jan. Ref. The Lancet. Nr. 4717. 24. Jan. S. 245. Als Original erschienen in The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 1. S. 42—43. (Wahrscheinlich handelt es sich um fettige Degeneration des fibrösen

Stroma eines Fibromyoms. Das Fett fand sich ausschliesslich in den Bindegewebszellen; die Muskelzellen waren unverändert. — Zwei mikroskopische Abbildungen.)

65. Lilley, C. H., A parasitic uterine fibroid. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 6. S. 304—305. (Kasuistisch.)

66. v. Lingen, L. K., Zur Kasuistik der Riesencystomyome. Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. S. 413—415. (Russisch.) (Kasuistisch. Cystomyoma lymphangiect. von 45,5 russ. Pfund. Nach supravaginaler Amputation Heilung. — Deutsch im Zentralbl. f. Gyn. publiziert; cf. diesen Jahresbericht 1913, Bd. 27, „Myome", Nr. 105.)

67. Lohmeyer, G., Das Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität, puerperalen Erkrankungen und Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. (Verstärkte Wirkung des proteolytischen Leukozytenfermentes u. a. bei Karzinom, Tuberkulose usw. Nicht aber bei Myom, wenn die Geschwulst nicht verjaucht ist.)

68. Löhnberg, E., Unsere Erfahrungen mit der vaginalen Korpusamputation. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 6. Heft 1. S. 130—148. (Diese von Rieck und Füth propagierte Methode dient hauptsächlich der Bekämpfung bestehender und sonst nicht zu verringernder Metrorrhagien. Massgebend für ihre Ausführung gegenüber der vaginalen Totalexstirpation ist, dass die Architektonik der Scheide erhalten bleibt. Mehr als 50 so operierte und nachuntersuchte Frauen wurden auf diese Weise rasch geheilt und wieder arbeitsfähig.)

69. Lombardo, A., La „mammina" Poehl. Arch. ital. di Gin. Nr. 2. S. 50—55. (Italienisch.) (An Hand von vier Krankengeschichten kommt Lombardo zu dem Schluss, dass das Mammin, besonders wenn es subkutan gegeben wird, eine kräftige, aber langsame hämostatische Wirkung bei Metrorrhagie infolge von Myofibromen entfaltet. Ferner übt es einen günstigen Effekt auf die Fibrome selbst aus.)

70. Losinsky, Über maligne Degeneration von Myomen. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow. 28.—30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 589.

71. Macnaughton-Jones, H., Demonstration of an myomatous uterus containing large numbers of intramural and submucous growths. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 3. Dez. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1100. (Präparat stammt von 47 jähriger Frau, die seit einem Jahr geblutet hatte, aber aus anderen Gründen in die Klinik gekommen war. Drei grössere und 30—40 kleinere Myomknollen.)

72. Mahler, J., „Myomherz" und Tiefentherapie. Med. Klinik. Nr. 14. S. 588—591. (Begriff des „Myomherzens". Pathologisch-anatomische Veränderungen. Ursache und Symptome derselben. Cf. „Strahlentherapie der Myome", Nr. 54.)

73. Malcolm, J. D., Specimen of fibromyoma complicating and masking carcinomatous disease of the cervix uteri. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 2. Juli. Ref. The Lancet. Nr. 4742. 18. Juli. S. 159. (Ergibt sich aus der Überschrift. 53 jährige Frau. Ein Jahr nach der schwierigen abdominalen Totalexstirpation — das Karzinom hatte auf die Blase und die Ureteren übergegriffen — Rezidiv. Das Karzinom scheint nicht vom Fibromyom selbst ausgegangen zu sein.)

74. — Fibromyoma uteri complicated by an adenocarcinoma of the interior of the uterus. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 8. Okt. Ref. The Lancet. Nr. 4756. 24. Okt. S. 994. (Demonstration.)

75. Marek, R., Weitere Erfahrungen in der Behandlung der Uterusmyome. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 22. S. 745—750. (125 Fälle. Primärmortalität 0,8%; in 12,6% leicht gestörte Rekonvaleszenz. Hauptsächlich supravaginale Amputationen. Maligne Degeneration soll öfters vorkommen, wie bisher angenommen wurde; besonders vom 40.—50. Lebensjahr. Nichtoperierte Patientinnen müssen also, besonders in dieser Zeit, regelmässig kontrolliert werden. Von 16 mit Röntgenstrahlen behandelten Patientinnen sind 9 geheilt.' Besonders mit der Intensivbestrahlung werden die Erfolge immer besser. Um die Operation einzuschränken, müssen aber noch mehr günstige Erfahrungen gesammelt werden.)

76. Mayer, A. und E. Schneider, Über Störung der Eierstocksfunktion bei Uterusmyom und über einige strittige Myomfragen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. S. 1041—1043. (Die bekannte Tatsache, dass die Ovarien bei Uterusmyomen oft anatomisch verändert sind, wurde von den Verff. nach der Abderhaldenschen Reaktion geprüft und auch serologisch erklärt. Die Mehrzahl der Patientinnen bauten ihr eigenes Ovarium ab, das Ovarium anderer Myompatientinnen in etwa 50% der Fälle. Die Dysfunktion der Ovarien beim Myom ist nicht zufällig, sondern als die Ursache der

Myombildung anzusprechen. Auch die bei Myomen so häufig vorhandene Sterilität ist eine Folge der gestörten Eierstockstätigkeit.)

77. Mazet, Myom rouge de l'uterus. Lyon méd. Nr. 1. (Kasuistisch. Die Frage nach der Art dieser Gewebsveränderung — maligne Degeneration oder einfache Entzündungserscheinungen — scheint Verf. noch immer nicht gelöst.)

78. Mc Glinn, J. A., The heart and uterine fibroids. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. Bd. 38. 1913. S. 482—515. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2796. 1. Aug. Ep. of curr. med. litt. S. 19. Als Original erschienen in Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 2. S. 180 bis 195. (Ein „Myomherz" gibt es nach den Untersuchungen des Verf. bei den Sektionen von 244 myomtragenden Frauen nicht. Die Myome des Uterus, welche in den mittleren und späteren Lebensjahren auftreten, sind so gut wie immer mit sklerotischen Herzaffektionen verbunden. Diese Affektionen sind eine Teilerscheinung eines allgemeinen Prozesses und stehen in keinem Zusammenhang mit dem Fibrom. Dadurch, dass grosse Tumoren durch Druck auf den Blutzirkulationsapparat des Beckens die Herzarbeit vergrössern, kann das Herz sekundär betroffen werden und infolgedessen fettige Degeneration, braune Atrophie, trübe Schwellung usw. auftreten.)

79. — Can surgery be eliminated in the treatment of fibroid tumors of the uterus? Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 4. S. 515.

80. Mc Murtry, L. S., Hysteromyomectomy, its evolution and perfection. Surg., gyn. and obst. Bd. 18. Nr. 5. S. 556—559. (Entwicklung und Technik dieser Operation: supravaginale Amputation.)

81. Mendes de Leon, M. A., Sarkomatös entartetes Cervixmyom. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 18. Jan. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. Heft 3/4. S. 294. (Holländisch.) (52jährige Nullipara, seit vier Jahren im Klimakterium; jetzt Blutungen. Der Tumor reichte bis am Nabel. Bei der schwierigen Totalexstirpation wurde der weit verlagerte Ureter durchschnitten und nachher in die Blase implantiert. Heilung mit leichten zystitischen Erscheinungen.)

81a. — Grosses Fbromyoma cervicis, das Schwierigkeiten bei der Diagnose gegeben, sowie auch bei der Operation (abdominale Totalexstirpation), wobei der rechte Ureter durchschnitten wurde; Implantation in die Blase. Ned. Gyn. Ver. 18. Jan. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jahrg. (Mendes de Leon.)

81b. Moll, E., Über die Bedeutung der sarkomatösen Degeneration von Uterusmyomen für die Strahlenbehandlung der Myome. Dissertatio in. Tübingen. Dez.

82. Moraller, F. K., Eigenartiger Fall von gestieltem Cervixmyom bei einer 49jährigen Frau, durch Totalexstirpation gewonnen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 8. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1137. (Demonstration. Näheres wird nicht mitgeteilt.)

83. Newscham, W. H. C., Fibroid uterus. Bristol. med.-chir. Journ. Bd. 32. Nr. 123. S. 37—40. (Verf. ist auch bei kleinen Myomen für die Operation. Gute Erfolge der Totalexstirpation.)

84. Nijhoff, G. C., Demonstration von Myomen. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 24. Mai. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Jahrg. 24. Heft 1. S. 74. [a) Myom uteri, kompliziert mit doppelseitiger tuberkulöser Pyosalpinx. b) Verkalktes Myom mit grossen, mit seröser Flüssigkeit gefüllten Blasen an der Aussenseite.] (Mendes de Leon.)

84a. Nordentoft, Jacob, An Röntgenbehandling af Fibromyomer i Uterus og Metrorrhagier. (Über Röntgenbehandlung von Fibromyomen im Uterus und von Metrorrhagien.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 22. März. Ugeskr. f. Laeger. S. 1275 1288. (10 Fälle, wovon 9 mit gutem Resultat.) (O. Horn.)

85. Novogrodsky, B., Beitrag zur Frage der Cervixmyome. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. (Vier Fälle aus der Berner Klinik. Epikritische Bemerkungen über Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie. Die Differentialdiagnose gegenüber Cervixsarkomen ist nur durch die mikroskopische Untersuchung möglich.)

86. Oberndorfer, S., Demonstration eines faustgrossen, ganz frei im Cavum uteri liegenden Myoms. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 18. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1791. (Keine Verwachsungen. Die Ablösung von der Wand muss erst vor kurzer Zeit erfolgt sein, da das Myomgewebe noch gut erhalten ist.)

86a. Panner og Kjoergaard, An Röntgenbehandling af Metrorrhagier og Fibromer. (Über Röntgenbehandlung von Metrorrhagien und Fibromen.) Vortrag i. d. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 18. März. Ref. Ugeskr. f. Laeger. S. 1231—1251, 1275

bis 1288 u. 1916—1917. (Hypertrophia irregularis glandularis (Kjoergaard), die meistens nach Abrasio rezidiviert, scheint ein gutes Objekt für Röntgenbehandlung zu sein. In der Diskussion L. Meyer.) (O. Horn.)

87. Péraire, M., Trois cas de très gros fibromyomes utérins en dégénérescence nécrobiotique. Soc. de méd. de Paris. Sitzg. vom 28. März. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. S. 406. (Vortragender hat in 15 Jahren 11 Myome operiert, die infolge Degeneration schwere Erscheinungen machten, von denen drei durch Thrombophlebitis an den unteren Extremitäten. Trotz schwerer Symptome sind alle drei letzten Fälle geheilt. Die Operation machte jedoch immer grosse Bedenken und Vortragender drängt die Ärzte dazu, nicht zu lange zu warten, bis sie ihre Myome zur Operation schicken.)

88. Pergament, Sch., Über die Sarkome des Uterus. Dissert. in Basel 1913. (Siehe im Kapitel „Sarkome", Nr. 24.)

89. Pestalozza, G. D., La determinazione delle viscosità del sangue in alcuni tumori dell' utero e dell' ovaio. Ann. di ost. e gin. Nr. 4. S. 360—373. (Versuche an 22 Myompatientinnen mittelst des Viskosimeters von Hess und des Sphygmomanometers von Riva Rocci. Bei Myom ist der viskosimetrische Wert herabgesetzt, der sphygmometrische vergrössert. Die Bestimmung des sphygmoviskosimetrischen Koeffizienten kann der Differentialdiagnose zwischen Myom und Gravidität behilflich sein. Beim Karzinom — 16 Versuche — ist er nur mit den anderen klinischen diagnostischen Methoden wertvoll.)

90. Phillips, M. H., Specimen of a hydrometra. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 20. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. Lancet. Nr. 4765. 26. Dez. S. 1465. (56jährige Frau. Der Uterus hatte die Grösse einer Schwangerschaft im siebenten Monat angenommen. In der Cervix zahlreiche Myome.)

91. Pilsky, R., Demonstration von Myomen. Altonaer Ärztl. Ver. Sitzg. vom 29. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. S. 1310. (a) Uterus mit einem apfelgrossen, subserösen Myom, das vorn über dem inneren Muttermund gelegen war und starke Urinbeschwerden verursacht hatte. b) Grosses, verjauchtes, submuköses Myom, das in mehreren Sitzungen entfernt wurde.)

92. Pluyette, G. Pieri et L. Bernard, Fibrome du corps de l'utérus et cancer du col. Soc. de chir. de Marseille. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. La Presse méd. Nr. 27. S. 263. (Demonstration eines Falles. Die histologische Untersuchung macht es wahrscheinlich, dass es sich um zwei von einander unabhängige Erkrankungen handelt. Diskussion: M. Jourdan, Roux de Brignoles und Juge teilen alle Fälle aus ihrer Praxis mit, in denen mehrere Jahre nach subtotaler Hysterektomie maligne Degeneration des Stumpfes entstanden war. Die Hysterektomie soll immer eine totale sein.)

93. Potherat, G., L'intervention chirurgicale dans les fibromes utérins. Clinique (Paris). 8. Jahrg. Nr. 37. S. 578—581. (Zwei abdominal, ein vaginal operierter Fall. Alle genasen. Indikation: Blutung und Schmerzen.)

94. Puppel, E., Abgebrochene Nadel im Myombett. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. S. 568. (1904 abdominale Enukleation eines Myoms. Bei der Naht des Wundbettes bricht eine Nadel ab und wird nicht gefunden. 1907 spontaner Partus. 1912 abdominale supravaginale Amputation des kindskopfgrossen myomatösen Uterus. Die Nadel sitzt in der Wand des alten Myombettes. Rezidivieren des Myoms durch Fremdkörperreiz?)

95. Purslow, C. E., Uterine fibroid showing advanced calcareous degeneration. Birmingham Branch of the Brit. med. Assoc. Sitzg. vom 6. März. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2778. 28. März. S. 709. (Kasuistisch; 48jährige Frau.)

96. Py, L., Contribution à l'étude des myomes rouges de l'utérus. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 113. (35 Seiten.)

97. Rehr, C., Beiträge zum Schicksal des Cervixstumpfes nach supravaginaler Amputation wegen Myom. Dissert. in. Bonn. Mai.

98. Routier, Enorme fibrome sous-péritoneal dégénéré simulant un kyste de l'ovaire. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 1. Juli. (Demonstration des Präparates.)

99. de Rouville, G., Valeur actuelle de la castration ovarienne dans les hémorragies des fibromyomes. (Opération d'Hégar.) Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 4. Febr. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 3. S. 232—237. Als Original erschienen i. d. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Bd. 9. Nr. 3. S. 161 bis 166. (Empfehlung der Hegarschen Kastrationsbehandlung der Myome für Frauen, die zu sehr heruntergekommen sind für die Hysterektomie. Sieben eigene Fälle. Die

Operation ist in Übereinstimmung mit den Resultaten neuerer Arbeiten über die Funktion der Ovarien als Organe innerer Sekretion.)

100. de Rouville, G., Totale on subtotale? De l'évidement systématique du moignon cervical dans l'hystérectomie subtotale. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 7. S. 28.

101. Roy, J., Fibrome oedémateux du ligament large avec poche liquide simulant un pyosalpinx. Soc. anat. de Paris. März-Sitzg. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 298—299. (Kasuistisch; ergibt sich aus der Überschrift.)

102. Rubin, I. C., Die Röntgendiagnostik der Uterustumoren mit Hilfe von intrauterinen Kollargolinjektionen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. S. 658—660. (Das Verfahren lieferte bei Tierversuchen und an der Leiche gute Resultate. Bei der lebenden Frau hat es die Gefahren aller intrauterinen Injektionen, besonders wenn der Uterusinhalt infektiös ist. Hier könnte daher nur mit grosser Vorsicht, nach vorheriger Desinfektion, unter geringem Druck und mit unschädlichen Flüssigkeiten injiziert werden. — Siehe Bemerkung zu dieser Arbeit von Stiassny, Nr. 117.)

103. Ruppert, L., Demonstration eines Falles von Selbstamputation eines myomatösen, um seine Achse gedrehten Uterus. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 9. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. S. 218. Wiener med. Wochenschr. Nr. 4. S. 152. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11. S. 271—272. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2796. 1. Aug. Ep. of curr. med. litt. S. 19. (Wegen Ileus wurde laparotomiert und man fand den Uterus an der Torsionsstelle von der Cervix abgerissen infolge Umschnürung derselben durch die Ligamente.)

104. Sakaki, C., Über die Spermareaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4. S. 179. (Es wurden menschliche Samenzellen der Einwirkung verschiedener Blutseren ausgesetzt. Je nach den Individuen ist die Agglutination, die in jedem Serum vor sich geht, verschieden. Im Serum von Myomkranken ist sie am stärksten.)

105. Schickele, G., Klinische und topographisch-anatomische Studien über Cervixmyome. Nebst Bemerkungen über ihre operative Entfernung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. S. 684—731. (Einfluss der Cervixmyome auf die Umgebung: Verlagerungen der Artt. uterinae, der Blase, des Peritoneums, der vorderen Excavatio, der Ureteren, der Ligg. rotunda und infundibulo-pelvica, der Flexura sigmoidea usw. Die endgültige Orientierung ist erst nach der Eröffnung der Bauchhöhle möglich und gelingt am besten, indem man eventuell nach querer Spaltung des Peritoneums, der vorderen Excavatio den Tumorkomplex von vorn nach hinten absucht. Die Freilegung der vorderen Cervixwand und frühe Abtrennung der Scheide ermöglicht ein typisches und sicheres Operieren und ist eine nicht zu unterschätzende Erleichterung der Technik. Das Wachstum eines Myoms geschieht im allgemeinen gleichmässig nach allen Seiten und in geradlinig fortschreitender Richtung. Ungleichmässiges Wachstum kommt vor, scheint aber nicht von vornherein mit dem Widerstand von seiten der Umgebung zusammenzuhängen.)

106. Schklovsky, E., Demonstration eines degenerierten Fibromyoms. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu St. Petersburg. Sitzg. vom 31. Okt. 1913. Ref. La Gyn. Heft 1. S. 55. (46jähr. Frau; Tumor bis 4 cm oberhalb des Nabels. Blasenbeschwerden. Hysterektomie. Schwierigkeiten wegen zahlreicher Adhärenzen mit Darm und Blase.)

107. Schleicher, A., Über die Lymphbahnen der Myome. Dissert. in. Würzburg.

108. Schoenberg, A. J., The present status of fibroids of the uterus. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 435. März. S. 469—480. (Referat; nichts Eigenes, nichts Neues.)

109. Shoemaker, G. E., The treatment of necrosis of uterine fibroma. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 437. Mai. S. 778—783. (Prophylaktische Entfernung aller grossen Tumoren und solcher, die Erscheinungen machen, ist das Wichtigste. Besonders im Puerperium ist Nekrose eine häufige Komplikation. Die Röntgenbehandlung birgt die Gefahr in sich, Nekrose und Malignität zu übersehen. — Zur operativen Entfernung nekrotischer Tumoren empfiehlt sich vor allem die Enukleation und das vaginale Vorgehen überhaupt.)

110. Sieber, F., Zur Kasuistik der Portiomyome. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 569—571. Als Original erschienen im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. S. 800—801. (42jährige Frau mit einem gänseeigrossen Tumor der vorderen Muttermundslippe. Derselbe wurde durch keilförmige Exzision entfernt und erwies sich als Myom. In der Literatur finden sich bis 1910 nur 29 Fälle von Portiomyomen.)

111. Siegelberg, Z., Über das gleichzeitige Vorkommen von Myom und Karzinom am Uterus. Diss. in. Erlangen 1913.
112. Smith, A., Fibromyoma presenting unusual features. Sect. of obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 6. März. Ref. The Journ of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 5. S. 297. (Symptom Schmerz, erklärlich infolge von Darmadhäsionen.) (J. Veit.)
113. Smyly, W. J., Fibromyoma from a girl aged 21. Sect. of obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 6. Febr. Ref. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 2. S. 109—110. The Brit. med. Journ. Nr. 2774. 28. Febr. S. 482. (Intraligamentär entwickelter zystischer Tumor bei einem 21jährigen Mädchen. Die Diagnose war auf einen Ovarialtumor gestellt worden. — Fitz Gibbon zeigt ein ähnliches Myom bei einer 29jährigen Frau entfernt, bei der zuerst an Gravidität gedacht worden war. Obschon Zweifel bestand, ob nicht auch Sarkom vorlag, hat Vortragender nur Myomektomie gemacht, um eventuell nach der mikroskopischen Untersuchung noch den Uterus zu entfernen.)
114. Solomons, B. A. H., Specimen of fibroid uterus. Sect. of obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 30. Okt. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2812. 21. Nov. S. 879. Lancet. Nr. 4761. 28. Nov. S. 1252. (Der mit Myomen durchsetzte Uterus stammt von einem unverheirateten 27jährigen Mädchen. Curettage und styptische Behandlung waren vergebens gewesen; Myomektomie unmöglich.)
115. Spencer, H., Demonstration of a degenerated myomatous uterus resembling the pregnant organ. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 5. Febr. Ref. Proceed. of the royal Soc. of Med. Bd. 7. Nr. 5. S. 179—182. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 3. S. 170. (Bei 43jähriger Virgina entfernt. Differentialdiagnostik. Am wichtigsten sind dabei die Ausbuchtung des unteren Uterinsegments und das Fehlen von Ballotement, die für Myome sprechen.)
116. Stemmelen, H., Ein Adenomyom im Septum rectovaginale. Dissert. in. Strassburg. Jan. (Kasuistische Mitteilung. Soll aus der untersten Partie der Bauchfellserosa entstanden sein.)
117. Stiassny, S., Über Röntgendiagnostik der Uterustumoren. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. S. 800. (Zu dem Vorschlag von Rubin — cf. Nr. 102 — Kollargollösung in das Uteruskavum zu instillieren, zwecks Röntgenuntersuchung, bemerkt Stiassny, dass dies Verfahren gefährlich sei, zweckmässiger sei eine 5%ige Protargolsalbe, die mit einer erwärmten Thermophorspritze in den Uterus gebracht wird.)
118. Tarnowsky, G., Calcified fibroma uteri compressing the sigmoid colon. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 2. S. 169. (Kasuistisch. Auf Grund des Literaturstudiums und eines eigenen Falles wird auf die Ursachen und Gefahren der Verkalkung eingegangen. Da sie meist erst in der Menopause eintritt und noch im hohen Alter Komplikationen hervorrufen kann, besteht die Meinung der natürlichen Heilung der Myome in hohem Alter zu Unrecht und soll der Tumor immer möglichst frühzeitig operativ entfernt werden.)
119. Tavernier et A. Chalier, Fibroma de l'isthme utérin et rétention d'urine. Soc. d. scienc. méd. de Lyon. Ref. Revue de chir. Jahrg. 34. Nr. 5. S. 707. (Bericht eines Falles, bei dem wegen Urinretention die Hysterektomie vorgenommen werden musste.)
120. Tédenat, E., Sur les fibro-myomes du col de l'utérus. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 4. S. 316—324. (Auf einem Material von 400 Uterusmyomen kamen 10 Zervikalmyome vor, wovon 6 solitär waren. Krankengeschichten; Operationsberichte.)
121. — Inversion de l'utérus. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. Nr. 9. S. 804—810. Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 22. Nr. 3. S. 248—250. (Kasuistisch. 41jährige Nullipara. Plötzlich starke Blutung und Unterleibsschmerzen am zweiten Tage der Regel. Mandarinengrosser Tumor mitten auf den Fundus des total invertierten Uterus. Der Tumor konnte leicht enukleiert werden, aber die Reinversion gelang nicht. Laparotomie und subtotale Hysterektomie. — Diskussion: Forgue teilt einen ganz ähnlichen Fall mit bei einer 61jährigen Frau, jedoch mit chronischem Verlauf während 10 Jahren. Vaginale Hysterektomie. Heilung. Vortragender bespricht den Mechanismus der Inversion. — Puech, Vallois.)
122. Tweedy, E. Hastings, Specimen of myoma, which had undergone mucoid degeneration. Sect. of Obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 3. April. Ref. The Lancet. Nr. 4731. 2. Mai. S. 1255.

123. Ulesko-Stroganowa, K. P., Zur Histogenese der Uterusmyome. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow. 28.—30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 587. Als Original erschienen im Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. Nr. 4. S. 501—510. (Russisch.) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. S. 387. (Die Myome sollen aus grossen, kugeligen Bindegewebszellen entstehen, die sich in den Septen zwischen den einzelnen Muskelbündeln befinden („tissu cystogène" nach Claisse) oder in entzündliches Keimgewebe (Opitz). Jedoch gilt dies nur für einige lappige Formen von Myomen und kann nicht auf alle ausgedehnt werden. — Mit 5 Abbildungen.)

124. Unterberger jr. F., Myomata uteri mit Tuberkulose der Adnexe und des Peritoneums. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. S. 255. (43jährige Nullipara, die seit 10 Jahren Geschwulst im Unterleibe gespürt hat. Die Komplikation, welche sehr selten ist, wurde erst bei der Laparotomie entdeckt. Vielleicht schafft die Hyperämie, die durch die Myome erzeugt ist, einen günstigen Boden für die Tuberkelbazillen. In der Mucosa uteri fehlten Tuberkelknoten vollständig. Diskussion: E. Schroeder teilt einen ähnlichen Fall mit. Im oberen Abschnitt des Uterus war jedoch die Schleimhaut völlig durch tuberkulöses Granulationsgewebe ersetzt.)

125. — Inversio uteri chronica infolge eines kindskopfgrossen, in die Scheide geborenen Myoms. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft ?. S. 256. (46jährige VIIIpara; letzter Partus vor 11 Jahren, mit der Diagnose Karzinom dem Krankenhause überwiesen. Abtragen des Myoms ohne Narkose. Dann zeigte sich der völlig invertierte Uterus als ein eitrig belegtes Gebilde in die Vagina hineinragend. Wegen des desolaten Allgemeinzustandes der Patientin erst fünf Wochen später vaginale Exstirpation des Uterus. Heilung. — Diskussion: Sachs erklärt die Entstehung der Inversion im Sinne, wie Thorn ihn geschildert hat.)

126. — 1. Uterus duplex subseptus myomatosus. — 2. Uterus mit kindskopfgrossem, intraligamentär entwickeltem Cervixmyom. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. S. 317. (Kasuistik.)

127. Vanelli, V., Metriti e neoplasmi dell' utero. Napoli 1913. (257 Seiten; Preis 10 Lire.)

128. Vartazaroff, Valeur actuelle de l'opération de Battey dans les hémorragies des fibromes utérins. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 23. (75 Seiten.)

129. Vautrin, Quelques considérations sur l'inversion utérine et sur la cure conservatrice qui lui est applicable. La Gyn. 1913. Nr. 12. S. 705—727. (Siehe im Kapitel „Pathologie des Uterus", 4d) Inversio uteri chronica, Nr. 12. — Die durch Myome verursachte Inversion ist meist partiell. Der Tumor sitzt fast immer im Fundus und seine Entfernung hat fast immer den spontanen Rückgang der Inversion zur Folge. Totale Inversion durch Myome ist selten und Verf. teilt zwei Fälle davon mit. Es konnte dabei vaginale Enukleation gemacht werden, im einen Falle leicht, im anderen schwierig; die Reduktion gelang und war dauernd. Auch hat Verf. eine komplette Inversion gesehen infolge eines zystisch und sarkomatös degenerierten Myoms. Der Allgemeinzustand liess keine Operation zu und Patientin kam bald infolge unstillbarer Blutungen zum Exitus.)

130. Vialle, G., Contribution à l'étude des fibromes utérines. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 89. (50 Seiten.)

131. Vineberg, H., Rapid recurrence following total hysterectomy of a fibromyoma with sarcomatous elements. New York obst. Soc. Sitzg. vom 13. Jan. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 436. April. S. 673. (48jährige Frau. Makroskopisch war an dem Myom nichts zu sehen gewesen. Nach einigen Monaten schon bemerkte die Frau tumorartige Massen im Bauch; nach 11 Monaten, als sie sich dem Arzte vorstellte, war der Fall schon inoperabel.)

132. v. Waasbergen, G. H., De sterfte aan niet geopereerde baarmoedermyomen. (Die Sterblichkeit an nicht operierten Uterusmyomen.) Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz en kinderzeneesk. Bd. 3. Nr. 4. S. 216—234. (Holländisch.) (Statistische Zusammenstellung aus der Literatur, aus der Verf. zum Schluss kommt, dass, wenn man Myome sich selbst überlässt, das Leben der Patientinnen in sehr grosser Gefahr und es unverantwortlich sei, solche Kranke mit der Menopause zu trösten. Nichts Eigenes.)

133. Wald, H., Ein Fall von Adenomyom der Cervix uteri. Beitrag zur Lehre von den Adenomyomen. Dissert. in. München. Juli.

134. Weisswange, F., Demonstration eines Cervixmyoms mit maligner Degeneration. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 29. Mai 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. S. 89. (Mannsfaustgrosses Myom, das mit zweifingerbreitem Stiel an der Cervix sitzt. Dasselbe ist fest im Becken eingekeilt und macht starke Druckerscheinungen. Beim Aufschneiden des Tumors, der vollständig glatte Oberfläche hat, finden sich in der Mitte desselben zwei walnussgrosse, weiche Stellen, die sich mikroskopisch als Fibrosarkome erweisen.)

135. Werder, X. O., Myomectomy with extensive resection of the uterus in fibroid tumors. Amer. Assoc. of obst. and gyn. Sitzg. in Buffalo, 15.—17. Sept. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 70. Nr. 443. S. 747—756. (Empfehlung dieses Vorgehens auf Grund eigener Erfahrungen. Die Mortalität betrug bei 536 Hysterektomien 3,45% und bei 171 Myektomien nur 2,33%. Auch das Morbiditätsverhältnis fällt zu gunsten der letzteren Operation aus. Einige Krankengeschichten werden in Tabellenform mitgeteilt. — Diskussion: Dickinson frägt nach der Emboliegefahr. Carstens, Morris, Pantzer, Miller u. a.)

136. Wijn, C. L., Over orgaantherapie bij menstruatiestoornissen en fibromyomata uteri. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. I. Hälfte. Nr. 12. S. 604—606. (Holländisch.) (Empfehlung des Mammae siccatae Merck bei Myomblutung, auf Grund von eigenen Erfahrungen an zwei Fällen. — Erwiderung cf. v. d. Hoeven, Nr. 51.)

137. v. Winiwarter, A. F. Ritter, Die Verteilung der Extraktivstoffe in der glatten Muskulatur des Uterus. Arch. f. Gyn. 1913. Bd. 100. Heft 3. S. 530—539. (Auch Myomgewebe wurde untersucht. Es ist ein Schritthalten der Extraktivstoffe im Uterus mit der Volums- und Gewichtszunahme infolge der Tumorbildung zu konstatieren.)

138. Wolff, A., Auf Nachbarorgane übergreifende Adenomyome. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 14. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 580—582. (Zwei Fälle. Beide zeigten: Retroflexio uteri, im hinteren Scheidengewölbe kleinapfelgrosser, mit Cervix und Rektum zusammenhängender Tumor. Bei den Totalexstirpationen musste die Rektalwand bis auf die Mukosa freigelegt resp. eröffnet werden. Die Bösartigkeit derartiger heterotoper Proliferationen — mikroskopisch Drüsenzüge von der Korpusschleimhaut in die breiten Bänder zum Rektum ziehend — wird nachdrücklich negiert. Als Ausgangspunkt kommen Serosa und Uterusmukosa in Frage, ferner heterotope Adenomyome. Der eine der beiden selbstbeobachteten Fälle rezidivierte [sehr selten! Ref.] und wurde ohne wesentlichen Erfolg bestrahlt.)

139. Young, H. H., Fibropolyp of the uterus undergoing sarcomatous degeneration. New York Acad. of Med. Sitzg. vom 24. März. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children, Bd. 69. Nr. 438. Juni. S. 1050—1051. (Kasuistik. 32jährige Frau. Vor acht Monaten erste Entbindung. Ein später entfernter zweiter Polyp war gutartig. Keine Uterusexstirpation.)

140. Zweifel, P., Demonstration eines Uterus myomatosus mit beginnender Gangrän des sub partu befindlichen, strangartig ausgezogenen Myoms. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 19. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. S. 936.

Über die **Ätiologie** der Myome ist wenig bekannt. Nach einigen Autoren soll die **Ovarialfunktion** mit der Myombildung im Zusammenhang stehen. Benthin (cf. Kapitel „Physiologie und Pathologie der Menstruation", Nr. 7), de Jong (56), de Rouville (99) und Mayer und Schneider (76) haben sich nach dieser Richtung hin ausgesprochen. Letztere Autoren fanden mit Hilfe der **Reaktion nach Abderhalden,** dass die Mehrzahl der Myompatientinnen ihr eigenes Ovarium abbauen, das Ovarium anderer Myomkranken in etwa 50% der Fälle. Die Dysfunktion der Ovarien beim Uterusmyom soll keine zufällige sein.

Auch an einen Zusammenhang zwischen **Entwicklungsstörung des Uterus** und Myombildung ist gedacht worden. Fälle solchen Zusammentreffens sind schon im Kapitel „Pathologie des Uterus", 2. „Entwicklungsfehler" erwähnt worden. Weitere Fälle wurden von Benthin (5), Grad (48) und Unterberger jun. (126) publiziert. Benthin (5) glaubt jedoch nicht an den Zusammenhang zwischen diesen beiden Anomalien. Im Material der Königsberger Frauenklinik aus den letzten 10 Jahren fand er unter 912 exstirpierten myomatösen Uteri nur zwei, die nicht normale Entwicklung zeigten, und dies waren die beiden einzigen unter 24 Doppelbildungen des Uterus, die Myome aufwiesen.

Das Zusammentreffen von Myom und **Vergrösserung der Schilddrüse** wurde von Barrows (2) näher studiert und dieser Autor erwähnt zwei Fälle von **Basedowscher Erkrankung** bei Myompatientinnen. Nach v. Graff (49) soll die Kombination dieser beiden Erkran-

kungen nicht häufig sein. Ebenso wie er hat auch Elsner (25) an der Hand eines grossen Materials versucht, in die gegenseitigen Verhältnisse von Basedowscher Krankheit und Uterusmyom einen Einblick zu gewinnen. Unter 186 Basedow-Fällen bei Frauen waren 15% mit Myomen des Uterus kombiniert; weder hatte die Myomexstirpation Einfluss auf die Struma, noch umgekehrt die Thyreoidektomie auf den Uterustumor.

Ulesko-Stroganowa (123) hat einen Beitrag zur **Histogenese** der Uterusmyome geliefert. Für einzelne Formen von Myomen fand er, dass diese aus grossen, kugeligen Bindegewebszellen entstehen, die sich in den Septen zwischen den einzelnen Muskelbündeln oder in entzündlichem Keimgewebe befinden.

Nach v. Hansemann (cf. Kapitel „Karzinome“, Nr. 112) steht die Myombildung unter einem ganz ausgesprochenen Einfluss der Rasseneigentümlichkeiten.

Pestalozza (89) bestimmte an 22 Myompatientinnen die **Viskosität des Blutes** und den **Blutdruck**. Er fand im allgemeinen erstere herabgesetzt und letzteren erhöht.

Lohmeier (67) stellte fest, dass bei Myomen, wenn sie nicht verjaucht sind, eine verstärkte Wirkung des proteolytischen Leukozytenfermentes, wie beim Karzinom, Tuberkulose usw. nicht eintritt.

Sakaki (104) fand seine Spermareaktion bei Myomkranken am stärksten.

Die **Morphologie** der Uterusmyome wurde von Freudenthal in seiner Dissertation (35) näher studiert. Die Doktorarbeit von Schleicher (107) befasst sich mit der Beschreibung der **Lymphbahnen** der Myome.

v. Winiwarter (137) fand bei seinen Untersuchungen nach der Verteilung der Extraktivstoffe in der glatten Muskulatur des Uterus, dass bei Myomen ein Schritthalten dieser Stoffe im Uterus mit der Volums- und Gewichtszunahme infolge der Tumorbildung zu konstatieren ist.

Das Zusammentreffen von **Myom und Karzinom** im selben Uterus ist nicht sehr selten. Es sind wieder mehrere solche Fälle beschrieben worden, u. a. von Bovee (9), Fitz Gibbon (32), Jansen (54), Malcolm (73 u. 74), Pluyette (92) und Siegelberg (111; Dissertation). Göbel (42) hat dieses Zusammentreffen als Thema seiner Dissertation gewählt. Weitere Fälle sind im Kapitel „Karzinome“ erwähnt worden. — Malcolm (73) und Pluyette (92) glauben, dass es sich in ihren Fällen um zwei voneinander unabhängige Erkrankungen handelt. Nach Jansen (54) wird die Entstehung des Korpuskarzinoms zweifellos vom Myom begünstigt. In seinem eigenen Material kamen auf insgesamt 458 Fälle von Myom, von denen 306 operiert wurden, 13 Fälle von Korpuskarzinom, d. h. 2,8% aller, 4,25% der operierten Fälle. Die Hyperämie der Mucosa uteri myomatosi ist jedoch das einzige bekannte Moment, das als ein die Entstehung des Korpuskarzinoms begünstigender Vorgang herangezogen werden könnte. Denselben prädisponierenden Faktor zieht Unterberger jun. (124) heran für das Zusammentreffen von **Myom und Tuberkulose** im selben Uterus.

Decio (22) kommt auf Grund von 11 selbst beobachteten und genau histologisch untersuchten Fällen zum Schluss, dass etwa 10% der Uterusmyome von **Ovarialblutungen** begleitet sind. Diese können teilweise durch Zirkulationsstörungen, teilweise durch Gefäss- und Stromaveränderungen erklärt werden. Dieselben haben jedoch meist nur pathologisch-anatomisches Interesse. Weitere Untersuchungen über Ovarialveränderungen bei Myomen stammen von de Jong (56; interstitielle Drüse) und Mayer und Schneider (76).

Für das Vorkommen eines **Myomherzens** sind nach Barrows (2) die Beweise schwierig zu erbringen. Dennoch ist ein deletärer Einfluss der Myome auf das Herz nicht zu verkennen und vielleicht toxisch, auf dem Umwege über die Schilddrüse zu erklären. Mc Glinn (78) hat die Herzen von 244 verstorbenen Frauen mit Uterusmyomen untersucht und kommt zum Schluss, dass es ein Myomherz nicht gibt. Jedoch sind die Myome des Uterus, welche in den mittleren und späteren Lebensjahren auftreten, so gut wie immer mit sklerotischen Herzaffektionen verbunden. Diese Affektionen sind eine Teilerscheinung eines allgemeinen Prozesses und stehen in keinem direkten Zusammenhange mit der Uterusgeschwulst. — Auch Mahler (72) hat die pathologisch-anatomischen Veränderungen, Ursachen und Symptome des „Myomherzens“ und den Einfluss der Strahlenbehandlung auf dasselbe studiert. Seiner Ansicht nach spielt ein qualitativ verändertes Ovarialsekret bei der Entstehung des Myomherzens eine Rolle. Der Einfluss der Bestrahlung auf das Herz war in 11 Fällen objektiv und subjektiv ein sehr günstiger.

Zur **Symptomatologie** der Myome seien hier nur einzelne Publikationen hervorgehoben, in denen über seltenere oder besonders stark in den Vordergrund tretende **Komplikationen** berichtet wird. So beschreibt Aubert (1) einen Fall von extremer Anämie, der zufolge die Patientin noch eine Woche nach der Hysterektomie in grösste Lebensgefahr kam. Die Fälle von Le Filliatre (31), Pilsky (91), Schklovsky (106) und Tavernier und Chalier

(119) zeigten besonders starke Blasenbeschwerden. Ruppert (103) demonstrierte einen myomatösen Uterus, der durch Achsendrehung und infolgedessen Umschnürung der Cervix durch die Ligamente zur Selbstamputation kam. Die Patientin wurde wegen Ileuserscheinungen laparotomiert. Binet (6) sah in einem von ihm beobachteten Falle nach der Menopause Einklemmungserscheinungen entstehen durch ein verkalktes Myom, das früher keine Beschwerden gemacht hatte. Durch Schlag auf den Bauch erfolgte im Falle Bogoras' (7) bei einem Myoma uteri intraabdominelle Blasenruptur. Chalier (18) und Phillips (90) beschreiben Fälle von ausserordentlich grosser Hydrometra infolge eines Uterusmyoms. A. Smith (112) sah besonders starke Schmerzen auftreten, die durch Darmadhäsionen erklärt wurden. Tarnowsky (118) beobachtete Kompression des Kolon durch ein verkalktes Myom. Fälle von chronisch verlaufender Inversion des Uterus infolge eines Myoms sind im Kapitel „Pathologie des Uterus" erwähnt worden. Tédenat (121), Unterberger jun. (125) und Vautrin (129) bringen weitere Fälle.

Rubin (102) will die **Diagnostik** der Myome erleichtern durch Röntgenaufnahme des mit Kollargol ausgefüllten Uterus. Stiassny (117) hält die intrauterine Kollargoleinspritzung für gefährlich und empfiehlt statt dessen eine 5 % ige Protargolsalbe. Übrigens macht die **Differentialdiagnose** gegenüber anderweitigen Erkrankungen der Genitalorgane und deren Umgebung oft Schwierigkeiten. So hatten u. a. Briggs (12), Fitz Gibbon (cf. Smyly, 113) und Spencer (115) Mühe, ihre Myome von Schwangerschaften zu unterscheiden. Nach Pestalozza (89) kann dazu die Bestimmung der Viskosität des Blutes und des Blutdruckes behilflich sein.

Besonders gestielte und intraligamentär entwickelte und erweichte Myome können zu Verwechslungen mit Tubenerkrankungen und Ovarialtumoren Anlass geben, wie aus den Fällen von Briggs (12), Chalier (18), Routier (98), Roy (101) und Smyly (113) hervorgeht.

Von Halban (50), Roy (101), Smyly (113), Unterberger jun. (126) u. a. wurden Fälle solcher vorwiegend **intraligamentärer Entwicklung** von Myomen beschrieben. Halban (50) demonstrierte auch ein 530 g schweres **Myom des Ligamentum rotundum,** Gough (44) ein **Myom des Colon sigmoideum.**

Cervixmyome wurden von Kouwer (59), Novogrodsky (85; vier Fälle), Schickele (105), Tédenat (120; 10 Fälle), Unterberger jun. (126), Wald (133) und Weisswange (134) gesehen. Schickele (105) beschäftigte sich besonders mit der Klinik und topographischen Anatomie dieser Tumoren und deren operativen Entfernung. Sieber (110) beschrieb ein **Portiomyom** und konnte 29 Fälle dieser Art aus der Literatur bis 1910 zusammenstellen. Im Falle Fischers (cf. Kapitel „Myom und Schwangerschaft", Nr. 13) gab ein Portiomyom ein Geburtshindernis ab.

Besonders **frühes Auftreten** sah Smyly (113) bei einem 21 jährigen Mädchen. Um aussergewöhnlich **grosse Myome** handelte es sich in den von Brettauer (11), Bruno (14), Chestakoff (19), Horwitz (52) und v. Lingen (66) beobachteten Fällen; um besonders **zahlreiche Myome** bei den Patientinnen von Macnaughton-Jones (71) und Solomons (114). **Gestielte und stieltorquierte** subseröse Myome werden von v. Assen und Bender (cf. Kapitel „Myom und Schwangerschaft", Nr. 1 resp. 5), Dartigues (21), Goullioud (45), Moraller (82) und Oberndorfer (86) beschrieben, Fälle von **spontaner Ausstossung** submuköser Myome von Kouwer (59), Young (139) und Zweifel (140) publiziert.

Von den **besonderen Formen** von Myomen sei das Vorkommen folgender hervorgehoben.

Adenomyome und **Adenomyosis uteri:** Bortkiewitsch (8; 10 Fälle), Cullen (20), Frankl (34), Gough und Stewart (44), Griffith (cf. Kapitel „Myom und Schwangerschaft", Nr. 16; guter Erfolg der Röntgenbestrahlung), Jacobs (53; Dissertation; vier Fälle), Jessup (55), Lahm (61), Leitch (63), Stemmelen (116), Wald (133; Dissertation) und Wolff (138). Ersterer hält die meisten sogenannten Uterusadenomyome nicht für eigentliche Geschwülste, sondern nur Ergebnisse der auf dem Boden chronischer Entzündung entwickelten Muskelhyperplasie. Des öfteren greifen sie auf andere Organe, bis aufs Rektum, über. Trotzdem scheinen sie keinen malignen Charakter zu haben und **Rezidive** sind auch nach unvollständiger Exstirpation selten (cf. Wolff, 138). Mit der Histogenese dieser Tumoren haben sich besonders Bortkiewitsch (8) und Wolff (138) befasst.

Zystische Myome: Beckmann (3), Brettauer (11), Horwitz (52).

Lymphangiektatische und **teleangiektatische Myome:** Chestakoff (19), Le Filliatre (31), Horwitz (52), v. Lingen (66).

Fettige Degeneration: Ley (64); **schleimige Degeneration:** Tweedy (122).

„Rote" Degeneration: Mazet (77), Py (96), Purslow (cf. Kapitel „Myom und Schwangerschaft", Nr. 35.)

Verkalkte Myome: Nijhoff (84), Purslow (95), Tarnowsky (118).

Nekrose und Gangrän: Dartigues (21), Fiedler (30; Dissertation), Kitagawa (57; Dissertation), Péraire (87; drei Fälle), Pilsky (91), Routier (98), Schklowsky (106), Shoemaker (109), Spencer (115) und Zweifel (140). Siehe ferner auch im Kapitel „Myom und Schwangerschaft".

Leiomyoma malignum: Lahm (60).

Maligne Degeneration: Bretschneider (10; unter 180 Fällen achtmal), Broun (13), Favell (27), Geist (37 u. 38; unter 316 Fällen 16mal. In der Diskussion teilt Boldt mit, dass er in 10—12 Fällen, bei denen die supravaginale Amputation ausgeführt wurde, den Exitus der Patientin an malignen Tumoren gesehen hat), Lilley (65), Losinsky (70), Marek (75), Mendes de Leon (81), Pergament (88; fünf Fälle), Vautrin (129), Vineberg (131), Weisswange (134) und Young (139). Siehe zu diesem Thema auch im Kapitel „Strahlentherapie der Myome" u. a. die Arbeiten von Döderlein, Krönig, Lacaille, Moll und im Kapitel „Myom und Schwangerschaft" die von Matvéieff (31). — Geist (cf. Kapitel „Sarkome", Nr. 9) hat sich eingehend mit der **Histogenese** der sarkomatösen Veränderungen in Myomen beschäftigt. Es soll sich dabei weder um Degeneration, noch um regressive, sondern im Gegenteil um progressive Veränderungen handeln. Die sarkomatöse Umwandlung nimmt vom Muskelgewebe, nicht vom Bindegewebe ihren Ausgangspunkt.

Die **Therapie** der Myome hat in den letzten Jahren grosse Wandlungen erfahren. Die Strahlenbehandlung ist ganz in den Vordergrund getreten.

Democh-Mauermeier (23) empfiehlt noch die Bäderbehandlung, Fenini (29) die Verfahren nach d'Arsonval und Apostoli.

Die **Organotherapie** findet ebenfalls einige Fürsprecher. So hatte angeblich Girol (41) mit Ovarienextrakten, Jayle (cf. Kapitel „Pathologie des Uterus", 3b „Metropathien, Endometritis", Nr. 33) mit Hypophysenpräparaten einigen Erfolg. Lombardo (69) und Wijn (136) sahen günstige Wirkung, besonders auf die Blutungen, von Mammapräparaten. Diese letzteren verwirft dagegen v. d. Hoeven (51) vollständig. Gegen die Blutungen werden von Lambinon (62) intrauterine Injektionen von 90°igem Alkohol empfohlen. Die Behandlung soll jedoch recht lange dauern.

Von grösster Bedeutung sind die Erfolge der **Strahlentherapie** bei Myomen. Siehe dazu das diesbezügliche besondere Kapitel.

Für viele Fälle bleibt jedoch immer noch die Operation indiziert. Diese **Indikationen zum chirurgischen Eingreifen** kommen in den Arbeiten von Bucura (15), Donald (24), Fehling (28), Frankenstein (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Myome", Nr. 25), Marek (75), Mc Glinn (79), Potherat (93), Tarnowsky (118), v. Waasbergen (132) u. a. zur Sprache, meist auch in ihrer Abgrenzung gegen die Anweisungen zur Strahlenbehandlung. **Operationsstatistiken** wurden in diesem Jahre von Bretschneider (10; von 104 Operierten starb nur eine), Donald (24; Mortalität auf 309 Operationen 2,9%), Falgowski (26; 78 Operationen), Giles (39), Goldstein (43; Dissertation; 2,3% Mortalität auf 85 Fälle), Löhnberg (68; 50 Fälle von vaginaler Korpusamputation nach Rieck), Marek (75; 125 Operationen; Primärmortalität 0,8%), v. Waasbergen (132) und Werder (135; bei 536 Hysterektomien 3,45% Mortalität; bei 171 Myektomien nur 2,33%) veröffentlicht.

Die **Wahl des Operationsverfahrens** für die einzelnen Fälle von Myomen kommt in den Arbeiten von Donald (24), Falgowski (26), Goldstein (43), Newscham (83) und Potherat (93) zur Sprache. Vielfach werden für besondere Fälle **besondere Methoden** empfohlen. So u. a. die keilförmige Myomektomie resp. infrakorporeale Amputation zum Zwecke der Erhaltung der menstruellen Funktion von Falgowski (26). Garnier (36; Dissertation), de Rouville (99) und Werder (135). — Löhnberg (68) sah in 50 Fällen sehr gute Resultate von der vaginalen Korpusamputation nach Rieck, die er besonders zur Bekämpfung sonst nicht zu verringernder Blutungen empfiehlt. Marek (75) und Mc Murtry (80 haben besondere Erfahrung mit der supravaginalen Amputation. De Rouville (99) lobt die operative Kastration nach Hegar, Vartazaroff (128) die Operation nach Battey.

Die Furcht vor **maligner Degeneration des zurückgelassenen Cervixstumpfes** ist nach Ansicht der meisten Autoren unbegründet: Donald (24), Falgowski (26) u. a. Trotzdem werden in der Diskussion zu den Vorträgen von Geist (38) und Pluyette (92) mehrere Fälle mitgeteilt, in denen die Patientinnen mehrere Jahre nach der subtotalen Hysterektomie an malignen Tumoren zugrunde gingen. Rehrs Dissertation (97) bringt Beiträge zum Schicksal des Cervixstumpfs nach supravaginaler Amputation wegen Myom.

Puppel (94) hat **Rezidiv nach Enukleation** eines Myoms gesehen (infolge Fremdkörperreiz?), was nach Goullioud (47) ein seltenes Vorkommnis ist. Kouwer (58) erlebte eine **Sepsis** im Anschluss an denselben operativen Eingriff. Mendes de Leon (81) durch-

schnitt bei einer Totalexstirpation eines ausserordentlich grossen Tumors den Ureter. Die Dissertation von Fraistat (33) handelt über die **Emboliegefahr** nach gynäkologischen Operationen und berücksichtigt auch besonders die Myomoperationen.

Strahlentherapie der Myome [1]).

(S. a. „Strahlentherapie der Karzinome“ und für die Technik: Kap. II „Elektrizität usw.)

1. Albers-Schönberg, H. E., Das Problem der Heilwirkung der Röntgenstrahlen. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Heft 1. S. 12—19. (Übersicht der Entstehung und der bisherigen Leistungen der Röntgentherapie. Nicht speziell gynäkologisch.)
2. Alexandrow, Th., Über Röntgentherapie in der Gynäkologie. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow. 28.—30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 588. (Empfehlung von mittleren Dosen, die zwischen der Gaussschen und der Albers-Schönbergschen liegen. In einem Falle bildete sich infolge der Bestrahlung in einem grossen Myom eine grosse Zerfallshöhle.)
3. — Ergebnisse der Behandlung von Fibromyomen des Uterus mit Röntgenstrahlen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Moskau. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. S. 1249. Als Original erschienen i. d. Medizinskoje Obosrenije. Nr. 6. Nowoje w Med. Nr. 1. S. 4—11. (Russisch.) Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. S. 1525. (13 abgeschlossene Fälle. Bei fünf Patientinnen wurde Amenorrhoe, bei sieben Oligomenorrhoe erzielt. Eine vollständige Atrophie der Geschwulst trat bei drei Kranken, eine hochgradige Verkleinerung bei fünf und eine geringe Grössenabnahme bei fünf ein. Besonders solche Tumoren, in denen die Entwicklung von Muskelgewebe prävaliert, mit starkem Ödem der Gewebe und der Kapsel, können sogar vollkommen schwinden. Anzuwenden sind mittlere Dosen; grosse Strahlendosen sind nur bei Blutungen zu gebrauchen, da sie blutstillend wirken. Die direkte Beeinflussung des Tumors durch die Strahlen unterliegt wohl keinem Zweifel.)
4. Altschul, W., Der derzeitige Stand der Strahlentherapie. Prager med. Wochenschr. Nr. 9. S. 83—86. (Ergebnisse einer Studienreise.)
5. Béclère, H., Die Röntgentherapie der Myome. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. S. 134—145. (Vortrag im XVII. intern. Kongr. f. Med. in London, Sept. 1913. Referat im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichts, dieses Kapitel Nr. 16.)
6. Birdsall, E., The X-ray treatment of myoma. Med. Record. Bd. 85. Nr. 20. S. 892 bis 893. (Indikationen und Kontraindikationen. Besonders schwere Anämien, Nephritis, Diabetes, organischer Herzfehler indizieren die Röntgentherapie. Gefahr der malignen Degeneration ist nur in 1—2% vorhanden. — Statistische Zusammenstellung der Resultate aus der amerikanischen Literatur.)
7. v. d. Borne, E. W. K., Gynäkologische Röntgentherapie. (I. Fibromyoombehandeling.) Geneesk. Tijdschr. v. Nederl.-Indië. Bd. 54. Heft 5. S. 319—333. (Holländisch.) (Allgemeine Übersicht, Technik. Sechs eigene Fälle. Resultate: Amenorrhoe, Kleinerwerden der Geschwülste, Besserung des Allgemeinzustandes, Schwinden der Adhäsionen. Doses etwa 490 X. Alle Frauen waren über 40 Jahre alt.)
8. Bretschneider, R., Mit Röntgenstrahlen behandelter myomatöser Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. Sitzg. vom 20. Okt. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. S. 135. (Operation wegen vergeblicher Bestrahlung. Nach Ansicht des Verf. ist eine Myompatientin nicht geheilt, wenn der Tumor zurückbleibt.)
9. Bucura, K. J., Einige aktuelle Fragen aus Geburtshilfe und Gynäkologie. 3. Die gynäkologische Röntgentherapie. Wiener med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1591—1592. (Kurzer Überblick.)
10. Bunnenberg, H., Ergebnis der Röntgentherapie an der Göttinger Frauenklinik. Diss. in. Göttingen. August. (Es wurden u. a. 27 Myome und 24 Metrorrhagien behandelt. Amenorrhoe trat durchschnittlich nach 3¼—4 Monaten ein; die grösste Gesamtdosis betrug 500 X. Leichtere Verbrennungen kamen im ganzen bei vier Fällen vor. Heilung wurde erreicht bei den Myomen in 78,2%, bei den Metrorrhagien in 83,3%.)
11. Calatayud, C., Die Röntgentherapie der Uterusmyome. Revita espanola de electr. radiol. Med. Jan. u. Febr. 1913. Nr. 13 u. 14. Journ. de rad. de Bruxelles. 1913. Bd. 7.

[1]) Die Trennung in Röntgentherapie und Radium- resp. Mesothoriumbestrahlung ist aus praktischen Gründen aufgegeben worden.

Nr. 1. S. 39—51. Nr. 2. S. 113—148. Nr. 3. S. 201—226. Ref. La Gyn. 1913. Nr. 11. S. 702. (Allgemeine Übersicht; nichts Neues.)

12. de Courmelles, Foveau, La radiothérapie des fibromes. Gaz. de Gyn. Nr. 661. 1. Jan. S. 1—8. (Die Indikation zur Strahlenbehandlung muss für jeden Fall einzeln gestellt werden. Zur Ausübung der Radiotherapie muss man Radiologe sein; ein Ferienkurs genügt dazu nicht.)

13. Czyzewicz, A., E. Groebel, W. Jakowicki, Fr. Kosminski, A. Mars und J. Meisels, Bemerkungen zum jetzigen Stande der Radiotherapie bei Frauenkrankheiten. Lwowski Tygodnik lekarski. 1913. Nr. 51. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. S. 358. (Kritisches Referat, gestützt auf eigene und fremde Erfahrung. Indikationsstellung zur Radiotherapie in der Gynäkologie.)

14. Deheegher, A., Radiotherapie in de gynaecologie. Geneesk. Tijdschr. v. België. Bd. 5. Nr. 2. (Holländisch.)

15. Dessauer, F., Radium, Mesothorium und harte X-Strahlen und die Grundlage ihrer medizinischen Anwendung. Leipzig, O. Nemnich. (156 Seiten mit 40 Textabbild. Preis Mk. 3.—.)

16. Döderlein, A., Vergeblich bestrahlter myomatöser Uterus. Gyn. Ges. zu München. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. S. 391. (Die Blutungen hörten trotz Röntgenbestrahlungen und Einlage von Mesothorium nicht auf. Die mikroskopische Untersuchung des Operationspräparates ergab ein grosszelliges Sarkom.)

17. Ebeler, F., Demonstration und Besprechung von 3 Fälle von submukösem Myom, die erst nach längerer Röntgenbestrahlung zur Operation kamen. Allg. ärztl. Verein zu Köln. Sitzg. v. 27. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. S. 1477. (In einem Fall Enukleation, in den beiden anderen Totalexstirpation mit günstigem Ablauf.)

18. Ebeler, F., Die Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Strahlentherapie, Orig. Bd. 4. Nr. 2. S. 579—616. (Technik. Von 21 Myomen wurden 76,19% amenorrhoisch, 9% oligomenorrhoisch und 14,2% waren Versager. — 5 Karzinome wurden allein mit Röntgenstrahlen, eine mit Röntgen und Radium kombiniert behandelt. Rückgang der Jauchung und der Schmerzen, Reinigung der Ulzerationen.)

19. Edelberg, H., Ein Ovarialbefund nach Röntgenbehandlung. Gyn. Rundschau. Nr. 4. S. 128—130. (Die 43jähr. Pat. war wegen Menorrhagien seit 1½ Jahren mit Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt worden. Danach trat wieder Blutung ein und wurde doppelseitige Ovariektomie gemacht. Das linke Ovarium war völlig atrophiert, beim rechten waren nur ein Teil der Follikel zerstört. Genaue Beschreibung des mikroskopischen Befundes.)

20. — Röntgenstrahlen und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. S. 1262. (Trotz dreimonatlicher Röntgenbestrahlung wegen Myom fand Konzeption statt und wurde rechtzeitig ein normales Kind geboren. Das Myom war während der Schwangerschaft kleiner geworden. Die weibliche Keimdrüse scheint also bei dem Menschen nicht so empfindlich gegen Röntgenstrahlen zu sein, wie die tierische. Trotzdem lässt die Schädigung reifer Follikel durch Röntgenstrahlen eine Schädigung später erzeugter Früchte befürchten.)

20a. Edling, L., Erfahrungen bei Radiumbehandlung von Uterusmyomen an den Krankenhäusern in Malmö und Lund. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Es geht hervor, dass die Radiumeinwirkung in sämtlichen Fällen eine Verbesserung betreffs der Blutungen bewirkt hat; betreffs der Grösse der Myome hat eine unzweifelhafte Verminderung in mehr als 82% stattgefunden. Die allgemeinen Symptome, welche die Myome hervorrufen, wie Anämie, Dysmenorrhoe etc., haben auch in Verbindung mit den lokalen einen entgegensprechenden Einfluss erlitten.)
(Silas Lindqvist.)

21. Eymer, H., Der derzeitige Stand der Strahlentherapie an der Heidelberger Frauenklinik. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 14. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 571—580. (Technik nach dem modifizierten Albers-Schönbergschen Verfahren. Erfahrungen an rund 400 Patientinnen, darunter 112 leidend an Metropathien und 190 an Myomen. Diskussion: Krönig widerlegt einige Äusserungen Bumms betreffend der elektiven Wirkung und Dosierung des Radiums. Menge operiert junge Frauen mit Myomen, weil ihm die nach der Bestrahlung bei ihnen auftretenden Ausfallserscheinungen häufig recht bedeutungsvoll erscheinen. Menge scheut sich nicht, von einer Röntgenkastration zu sprechen. Kupferberg; Jung glaubt, dass nach der Bestrahlung die klimakterischen Beschwerden ebenso gross sein können, wie z. B. nach doppelseitiger Ovariotomie; Heidenhain und Sippel.)

22. Fabius, G., Röntgenbehandeling in de Gynaecologie. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 5. April. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 24. Heft 1. S. 71 bis 74. (Holländisch.) (Es wurden im ganzen nur 10 Myome behandelt, aber alle bis auf einen der ersten, der wegen starker Blutung operiert wurde, mit gutem Erfolg. Fünf wurden amenorrhoisch, vier oligomenorrhoisch. Bei allen Patientinnen war ein deutliches Kleinerwerden der Tumoren zu beobachten. Maligne Neubildungen kamen nicht zur Behandlung. Technik wie von Kirstein beschrieben. Schädigungen wurden nicht beobachtet. — Diskussion: Driessen glaubt, dass das Myom und die Uterusmukosa von den Röntgenstrahlen direkt beeinflusst werden.)
23. Fehling, H., Operative und Strahlenbehandlung bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten der Gebärmutter. Verein d. Ärzte zu Metz. Sitzg. vom 5. Juli. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. S. 2333—2336. (Übersichtliche Zusammenfassung.)
24. Fränkel, M., Überblick über Röntgen- und Radium-Arbeiten aus dem Gebiete der Gynäkologie. Zentralbl. f. Röntgenstr., Radium u. verw. Geb. Nr. 4. S. 168—172.
25. Frankenstein, K., Demonstration eines supravaginal amputierten myomatösen Uterus. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. April 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. S. 402. (42jährige Virgo. Die multiplen intramuralen Myome hatten keine Erscheinungen hervorgerufen. Die Menorrhagie wurde durch einen nichtmalignen reinen Schleimhautpolypen von Bohnengrösse verursacht. Hier hätte sicher die Röntgentherapie versagt.)
26. Freund, L., Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Med. Klinik. Nr. 12. S. 509—512. (Sammelreferat.)
27. Gambaroff, G. G., Die Röntgentherapie bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten. 1. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. 31. März bis 3. April. (Cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 64.)
28. Gauss, C. J., und B. Krinski, Die Mesothoriumbehandlung der Myome und Metropathien. Strahlentherapie. Bd. 4. Nr. 1. S. 440—451. (Vortrag in der XV. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Halle a. S., Mai 1913. Referat siehe in diesem Kapitel im vorigen Jahrgange dieses Jahresberichts, Nr. 8.)
29. Gocht, H., Die Röntgen-Literatur. III. Teil. 1912 u. 1913. Autoren- und Sachregister. Stuttgart, Ferd. Enke. (Mk. 10.—.)
30. Görl, L., Über Röntgensterilisierung. Nürnb. med. Ges. u. Polikl. Sitzg. vom 11. Juni. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. S. 1839—1841. (Allgemein gehaltener Vortrag über Indikationen, Technik, Resultate und Aussichten der Röntgenbestrahlung von Metropathien und Myomen, ohne Mitteilung eigener praktischer Erfahrungen.)
31. v. Graff, E., Die Basedowsche Krankheit als Kontraindikation gegen gynäkologische Röntgentherapie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 93—95. (Grosse Dosen, die wirklich zur Einschränkung oder zeitweiligen Ausschaltung der Ovarialtätigkeit führen, können bei disponierten Kranken den Ausbruch der Krankheit heraufbeschwören und dürften demzufolge auf einen schon bestehenden Basedow nur in ungünstigem Sinne wirken. — Siehe auch hierzu: Wagner, K., Bemerkungen zu den Beziehungen der Röntgenbehandlung der Ovarien und der Basedow. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. S. 430—431.)
32. — Über Versuche, die Heilungsdauer bei der Myombehandlung durch Steigerung der verabreichten Röntgenmengen noch weiter abzukürzen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. S. 393—398. (Es ist Verf. nur in zwei von zehn Fällen gelungen. Seine durchschnittliche Heilungsdauer von 1,26 Monaten blieb dieselbe. Auch ist noch abzuwarten, ob nach so grossen Dosen sich nicht noch später Schädigungen einstellen.)
33. Grullé, E. H., X-rays and radioactive chemicals in the treatment of gynecological conditions. New York med. Record. Bd. 86. Nr. 3. S. 98.
34. Halban, J., Demonstration eines Karzinoms der untersten Dünndarmschlinge, durch Adhäsionen an einen myomatösen Uterus fixiert. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. S. 1028. (Patientin sollte röntgenisiert werden. Der Fall ist ein neuerlicher Hinweis auf die Unzuverlässigkeit der Röntgenbehandlung bei nicht vollständiger Diagnose eines unkomplizierten Myoms.)
35. Harris, J. Delpratt, Treatment of uterine myomata by X-rays. Devon and Exeter med.-chir. Soc. Sitzg. vom 20. Febr. Ref. The Lancet. Nr. 4726. 28. März. S. 895. Als Original erschienen im Arch. of the Roentgen-ray. Bd. 18. Nr. 8. S. 300—302. (Übersicht der französischen und deutschen Bestrahlungsmethoden. Hauptsächlich

Technisches. Bericht über vier eigene Fälle, bei denen ohne Ausnahme Amenorrhoe, unter klimakterischen Beschwerden, erreicht wurde. — Diskussion: Roper teilt einen mit sehr günstigem Erfolg bestrahlten Fall mit; deutliche Schrumpfung des Tumors. Gordon; Candler will Frauen mit Myomen über 40 Jahre, die stark ausgeblutet sind, zuerst bestrahlen, bis sie sich erholt haben und nachher operieren.)

36. Henkel, M., Zur Strahlentherapie in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. S. 113—115. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 383—384. (Kurzer Überblick über den heutigen Stand der Röntgenbestrahlung der Myome und Metropathien. Nichts Neues.)

37. — Die Anwendung der Strahlentherapie in der Gynäkologie. Reichs-med. Anz. Jahrg. 39. Nr. 11. S. 321—324. (Indikationen und Kontraindikationen der Myombestrahlung.)

38. Hirsch, M., Röntgenstrahlen und Eugenetik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. S. 1132 bis 1133. (Bei der Strahlenbehandlung drohen den Keimdrüsen und damit der Nachkommenschaft Gefahren. Sie darf nach Hirsch nur in den Fällen angewendet werden, in welchen man auf Fortpflanzung endgültig verzichten darf und dauernde Sterilität herbeiführen will.)

39. v. d. Hoeven, P. C. T., Röntgenbehandeling in de Gynaecologie. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 1. März. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Jahrg. 24. Heft 1. S. 12—13. (Holländisch.) (Bei acht kleinen Myomen waren die Resultate gut bis auf einen Fall, der wegen verstärkter Blutung operiert werden musste. Bei Karzinomen geringer Effekt der Bestrahlung. Ein Fall von Pruritus heilte dauernd, ein anderer rezidivierte. Resultat bei klimakterischen Blutungen gut. Näheres über Dosierung und Technik wird nicht mitgeteilt (cf. Fabius, Nr. 22). — Diskussion: Treub hätte bei den klimakterischen Blutungen zuerst das Resultat der (Probe-) curettage abwarten wollen, bevor er der Bestrahlung den Erfolg zuschreibt.)

40. Hölder, H., Über Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Württemb. Korr.-Bl. Bd. 84. Nr. 7. S. 105—108. (Erfahrungen an 53 Myomen, von denen eines wegen erfolgloser Bestrahlung operiert werden musste, einigen Fällen von Genitaltuberkulose und 26 Fällen von Uteruskarzinom. Bei letzteren konnten keine genügenden Erfolge erzielt werden. Gausssche Technik, aber ohne die ausserordentlich hohen Dosen. Diskussion siehe Sellheim, Nr. 76.)

41. John, W., Technik und Erfolge der einzelnen Autoren bei der Behandlung der Myome und hämorrhagischen Metropathien mit Röntgenstrahlen. Dissert. in Freiburg i. Br.

42. Kaufmann, E., Zur Frage der Röntgenbestrahlung bei Uterusblutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. S. 399—400. (Eine 30jährige Frau mit starken Blutungen zeigte am Fundus einen pflaumengrossen Tumor, der als Myom angesprochen wurde. Die Laparotomie ergab eine interstitielle Schwangerschaft. Kaufmann hatte eine Röntgenbehandlung empfohlen, die aber von der Patientin abgelehnt worden war.)

43. de Keating-Hart, Sur la thermoradiothérapie. Soc. de méd. de Paris. Sitzg. vom 24. Jan. Ref. La Presse méd. Nr. 11. S. 112. (Siehe im Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 100.)

44. Kelly, Howard A., and Curtis F. Burnam, Radium in the treatment of uterine hemorrhage and fibroid tumors. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 63. Nr. 8. S. 622. (Ausgezeichnete Erfolge an 18 Metrorrhagien und 21 Myomen. Die Wirkung findet durch die Gebärmutter, nicht über die Ovarien statt. In Lachgasnarkose wurde das Radium in den Uterus gebracht. Anwendung grosser Dosen. Auch die Dauer der Bestrahlung muss für jeden Fall einzeln festgestellt werden. — Technik und ausführliche Krankengeschichten.)

45. Koblanck, A., Myomatöser gravider Uterus nach Röntgenbehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 11. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 1. S. 21. (Exstirpation, weil der Leibesumfang nicht abnahm. Die Gravidität muss während der Bestrahlungszeit eingetreten sein. Der frische Fötus und die Eierstöcke zeigten keine Veränderungen. — Diskussion: Bumm-Franz: Gravidität ist Kontraindikation zur Bestrahlung.)

46. Krause, P., Die biologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen auf normales tierisches und menschliches Gewebe. 10. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. in Berlin. 19.—21. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. S. 955. (Siehe auch Nr. 70.)

47. Krönig, B., The Röntgen-rays, radium and mesothorium in the treatment of uterine fibroids and malignant tumors. Sect. of obst. and gyn. of the New York Acad. of Med. Sitzg. vom 28. Nov. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women

and children. Bd. 69. Nr. 434. S. 357—362. (Gauss bespricht die Technik. Diskussion: G. P. Pfahler hatte gute Resultate bei chirurgisch-malignen Tumoren. R. Abbe, L. G. Cole, S. Tousey und A. F. Holding.) Als Original in The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 434. Febr. S. 205—214. (Zusammenfassung des jetzigen Standes einschlägiger Fragen auf diesem Gebiete nach den Erfahrungen der Freiburger Klinik. Ausführliches Referat im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. S. 669—670.)

48. Krönig, B., The difference between the older and the newer treatments by X-ray and radium in gynecological diseases. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 5. S. 529 bis 532. (Indikationen zur Röntgenbehandlung der Myome. Die Gefahr der sarkomatösen Degeneration — nach Aschoff 1% auf 400 Fälle — hält Krönig nicht für so schwerwiegend wie Bumm.)

49. Lacaille, E., Contribution à l'étude de la valeur thérapeutique des rayons X sur les fibromes utérins. Journ. de méd. de Paris. Nr. 12. S. 231—232. Journ. de méd. des enfants. Nr. 12. (Bei 14 Frauen war die Behandlung zum Abschluss gelangt nach 4 Monate bis 2 Jahre langer Behandlung. Alle sind geheilt.)

50. — Radiothérapie d'un fibrome: cas très instructif. Soc. de rad. méd. Sitzg. vom 9. Juni. Ref. La Presse méd. Nr. 53. p. 510. (Der Allgemeinzustand war in kurzer Zeit so schlecht geworden, der Tumor so rasch gewachsen, dass man an ein Sarkom glaubte. Da Patientin die Operation verweigerte, wurde bestrahlt. Das Allgemeinbefinden besserte sich bald, der Tumor verkleinerte sich, so dass Operation möglich wurde. Das Myom war sarkomatös degeneriert.)

51. Laquerrière, A., Application de la méthode de Haret à la gynécologie (introduction électrolytique du radium). Arch. d'électr. méd. 1913. Nr. 371. S. 516—518. (Besonderes Verfahren zwecks vaginaler und intrauteriner Anwendung. Erfahrungen an 100 gynäkologischen Fällen. Gute Resultate bei Myomen und Metropathien. Verkleinerung der Myome trat nicht ein.)

52. Levy, J. J., Treatment of fibroids by deep Röntgenotherapy. New York State Journ. of Med. Bd. 14. S. 193. (Hauptsächlich Technisches. 75% der Myome sind zu einer erfolgreichen Bestrahlungsbehandlung geeignet. Kontraindiziert ist diese Therapie nur bei gestielten, submukösen und in maligner Degeneration begriffenen Myomen.)

53. Löwenthal, S. und A. Pagenstecher, Intensiv- oder Dauerbestrahlung? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. S. 187—189. (Vorwiegend Technisches. Wird an anderer Stelle, Kapitel 2 „Elektrizität usw." referiert. Sowohl bei der Röntgen- wie bei der Radiumbehandlung ist voller Erfolg weit eher zu erwarten, wenn man wochenlang ohne Pause stark gefiltert mit kleinen Dosen bestrahlt, als wenn man grössere Mengen mit entsprechenden Pausen anwendet.)

54. Mahler, J., „Myomherz" und Tiefentherapie. Med. Klinik. Nr. 14. S. 588—591. (Begriff des „Myomherzens", pathologisch-anatomische Veränderungen. Ursache und Symptome desselben. Bei 11 Fällen myomkranker Frauen mit Herzbeschwerden und nachweisbaren Herzveränderungen mit Röntgenbestrahlungen ausgezeichnete Resultate. Zuerst verschwanden die subjektiven Symptome und später die objektiven, deren wichtigstes die Rückbildung der Herzdilatation ist. Selbst bei beginnenden Kompensationsstörungen wurden in drei Fällen noch Erfolge erzielt. Herzveränderungen und Anämie bilden keine Gegenindikationen der Myombestrahlungen. In einem Falle wurde eine ausgesprochene Senkung des hohen Blutdruckes beobachtet. Die günstige Wirkung der Strahlentherapie beruht darin, dass das qualitativ veränderte Ovarialsekret entweder beseitigt oder zur Norm zurückgebracht wird.)

55. Mannsfeld, O., Röntgenbehandlung der Myome und Metropathien. Kgl. Ges. d. Ärzte in Budapest. Sitzg. vom 21. März. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 45. S. 2356. (Bei Blutung aus dem Uterus durch Hyperfunktion der Ovarien ist Röntgenapplikation indiziert, und es konnten in 80% auf diese Weise die Uterusblutungen behoben werden. Röntgenbehandlung der Myome bringt diese nicht zur Heilung, wohl aber ihr häufigstes Symptom [die Blutung] in einem noch grösseren Prozentsatz (zirka 85%) der Fälle. Da Mannsfeld ein Kleinerwerden der Myome nur in 12% der Fälle sah, sollen nach ihm Myome, welche durch ihre Grösse, Lokalisation etc. Schmerzen, Drucksymptome usw. veranlassen, operiert, submuköse Myome oder auf maligne Degeneration verdächtige [in welchem Falle atypische Blutungen einen diagnostischen Hinweis geben] nicht röntgenisiert werden.)

56. Marek, R., Weitere Erfahrungen in der Behandlung der Uterusmyome. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 22. S. 745—750. (Von 16 mit Röntgenstrahlen behandelten

Patientinnen sind 9 geheilt. Besonders mit der Intensivbestrahlung werden die Erfolge immer besser. Um die Operation einzuschränken, müssen aber noch mehr günstige Erfahrungen gesammelt werden.)

57. Mc Glinn, J. A., Can surgery be eleminated in the treatment of fibroid tumors of the uterus? Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 4. S. 515.

57a. Moll, E., Über die Bedeutung der sarkomatösen Degeneration von Uterusmyomen für die Strahlenbehandlung der Myome. Dissertation in. Tübingen, Dez.

58. Monheim, M., Die Röntgenbehandlung der Myome und Fibrosis uteri. Gyn. Ges. zu München. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. S. 390. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. S. 677. (Alle Patientinnen — 18 Myome, 10 Fibrosis uteri über 35 Jahre alt — wurden in spätestens vier Monaten geheilt, d. h. alle wurden amenorrhoisch, die Tumoren gingen prompt zurück, die Drucksymptome und sonstigen Beschwerden hörten auf. Niemals „Röntgenkater", viermal stärkere Ausfallserscheinungen, einmal sogar Vergesslichkeit, leichtes Aufgeregtsein, Schlaflosigkeit beobachtet, allerdings bei sehr nervösen Frauen, sonst durchweg Wohlbefinden. — Technik.)

59a. Olow, J., Über gleichzeitiges Auftreten von bösartigen Uterustumoren und Myomen. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

59. Nahmmacher, F., Radium und Mesothorium in der Heilkunde (bei Geschwülsten und gynäkologischen Erkrankungen). Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. S. 109—122. (Auch eine Reihe von Myomen wurden vom Verf. mit Radium und Mesothorium erfolgreich behandelt.)

60. Pankow, O., Was hat die Strahlentherapie in der Behandlung gutartiger und bösartiger Geschwülste bisher geleistet? Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 1. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. S. 726—727. (Technik. Schädigungen ernstlicher Natur nie beobachtet; nur Röntgenkater, Kontraindikationen der Myombestrahlung: Gravidität, gebärfähiges Alter, gestielte Myome, verjauchte Polypen, Verdrängungserscheinungen. Bei Malignität Operation mit Nachbestrahlungen. Neuerdings Kombination der Röntgen- mit Mesothorbestrahlungen, deren Hauptgefahr Darmfisteln sind, die, wie Tierversuche am Kaninchen gezeigt haben, auch bei intakter Vaginalhaut sich bilden können. — Diskussion: v. Franqué; Reifferscheid, Bestätigung der guten Resultate mit mittleren Dosen, ohne Schädigungen. Everke; Hellendall hat einen inoperablen Uteruskarzinomfall ohne Dauererfolg behandelt. Füth rät zu möglichst kleinen Dosen; die Periode kehrt oft nach 6—7—8 monatlicher Pause noch einmal oder dauernd wieder. Wanner weist auf die günstigen operativen Erfolge hin.)

61. Partos, E., Beiträge zur gynäkologischen Röntgenbehandlung. Schweiz. Korr.-Bl. Nr. 8. S. 242—245. (Intensivbestrahlung. 60—80% Heilerfolge (total 10 Fälle! Ref.) ohne Schädigungen. Der Erfolg zeigte sich zuerst in der Verringerung der Blutung und dann im Schwinden der Myome. Kein Fall war ganz refraktär.)

62. Peham, H., Röntgen- und Radiumbehandlung in der Gynäkologie. Med. Klinik. Nr. 12. S. 487—490. (In der Pehamschen Abteilung von 326 Myomkranken wurden 154 nur palliativ oder gar nicht behandelt. Bei jugendlichen Frauen ist es, wenn eine Indikation zur Behandlung vorliegt, besser zu operieren, und zwar möglichst konservativ, als sie in ein künstliches Klimakterium zu bringen mit all seinen Begleiterscheinungen. — Auch die Dysmenorrhoe will Peham nicht mit Röntgenstrahlen behandeln, dagegen bei Kraurosis und besonders bei Pruritus einen Versuch mit der Bestrahlung machen. — Weit vorgeschrittene inoperable Karzinome müssen mit Röntgen- und Radiumstrahlen behandelt werden. Sechs Fälle wurden dadurch operabel; alle anderen wenigstens gebessert, ein Fall zunächst klinisch geheilt. Vier Rezidivfälle starben trotz Radiumbehandlung. Die Dosen sollen wegen der leider sehr ernsten Erscheinungen von seiten des Darmes nicht zu gross gewählt werden.)

63. Pfahler, G. E., The use of Roentgen-rays in the treatment of gynaecological conditions. Amer. Journ. of Roentgenol. 1913. Bd. 1. Nr. 2. S. 65—73. (Hauptsächlich Technisches. Methode Gauss.)

64. — Roentgenotherapie in uterine hemorrhage. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 63. Nr. 8. S. 628. (Hauptsache ist die Bestrahlung der Eierstöcke; daneben kann auch die Geschwulst selbst bestrahlt werden. Technik. Ausgezeichnete Resultate.)

65. Radiologia Medica, Atti del I Congresso italiano di —. Pavia, Mattei und Co. Editori. (Der Kongress wurde vom 12.—14. Okt. 1913 in Mailand abgehalten. Die Verhandlungen sind herausgegeben unter der Leitung des Generalsekretärs Prof. F.

Perussia. Aus dem Inhalt sei hervorgehoben das Referat von Bertolotti über die Röntgen- und Radiumbehandlung bei Frauenkrankheiten.)

66. Ratera, S., Tratamiento radioterápico de las metrorragias y fibromiomas. Revista clin. de Madrid. Bd. 11. Nr. 8. S. 286.

67. Reifferscheid, K., Über die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. S. 146—153. (Schon mit viel kleineren Dosen, als die Intensivbehandlung sie verlangt, ist bei Myomen und Menorrhagien sichere Heilung zu erzielen. Es sollen nicht mehr Röntgenstrahlen zur Verwendung kommen, als zur Heilung erforderlich sind.)

68. — Die Einwirkungen der Röntgenstrahlen auf tierische und menschliche Eierstöcke. 10. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. in Berlin vom 19.—21. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. S. 955. (Bestrahlungsversuche an verschiedenen Tierarten ergaben übereinstimmend schwere Schädigung der Follikelepithelien, Degeneration der Eizelle, daneben ausgedehnte Blutungen ins Ovarium. Bei grösseren Dosen auch starke Schädigung des Stromas. Auch an menschlichen Ovarien wurden die gleichen Veränderungen beobachtet. Regeneration kommt nicht zustande, wird aber vorgetäuscht, wenn die reifenden Follikel geschädigt werden, die jungen aber nicht; diese stellen dann später die Funktion wieder her, wenn sie selbst reifen.)

69. — Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Therapie in der Gynäkologie. Schmidts Jahrb. d. in- u. ausländ. ges. Med. Bd. 320. Juli. S. 1—5. (Kurze Zusammenfassung.)

70. Röntgengesellschaft, 10. Kongress der Deutschen —, in Berlin vom 19.—21. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. S. 954—955. Nr. 18. S. 1017—1019. Nr. 19. S. 1088—1090. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19. S. 908—912. Wiener med. Wochenschr. Nr. 20. S. 1082—1084. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. S. 739—740. Nr. 22. S. 783 bis 784. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. S. 1199—1200. Nr. 24. S. 1247—1248. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 10. S. 314.

71. Rudolph, M., Myombehandlung mit Röntgenstrahlen. Ärztl. Bezirksverein zu Zittau. Sitzg. vom 5. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 667. (Vier Fälle; ausgezeichnete Erfolge. Die Tumoren wurden härter und vielfach kleiner. Die Methodik der Bestrahlung ist ausschlaggebend.)

72. Saberton, Intensive X-ray treatment in the therapeutics of fibroids. Dorset and West Hants Branch of the Brit. med. Assoc. Sitzg. vom 21. Okt. (Mitteilung zweier sehr günstig verlaufener Fälle. Trotz äusserst anämischen Zustandes wurden die Frauen wieder vollkommen arbeitsfähig und die Blutung stand vollständig. Saberton erklärt die Wirkung der X-Strahlen durch Beeinflussung der Ovarien und der embryonalen Zellen des Tumors. Nachteile sind die lange Dauer der Behandlung und die Möglichkeit, dass Adhäsionen entstehen, welche später bei einer eventuellen Operation Schwierigkeiten machen. — Diskussion: Simmons hält die Wirkung noch nicht für erklärt und ist infolgedessen zurückhaltend in der Anwendung der Röntgentherapie. Ramsay hält für einen Nachteil, dass die Patientin ihren Tumor behält und später infolge Degeneration erneute Blutung bekommen kann. Er hat Nachteile der künstlichen Sterilisation gesehen.)

73. Samuel, E. C., The X-ray treatment of myoma of the uterus and of bleeding at the menopause. New Orleans med. and surg. Journ. Bd. 66. Nr. 8. S. 589—595. (Fast ausschliesslich Technik.)

74. Schmidt, E., Einwirkung von Röntgenstrahlen auf Tumoren ausserhalb des Organismus. Med. Ver. in Greifswald. Sitzg. vom 21. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. S. 1404. (Nicht speziell gynäkologisch.)

75. Schmitz, H., Massive X-raying in gynecology. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 4. S. 516—520. (Hauptsächlich Technisches. Vorteile der Massivbestrahlung, Nebenwirkungen. Indikationen und Kontraindikationen. Nichts Neues. Von der Röntgenbestrahlung inoperabler maligner Beckentumoren sah Verf. nichts Gutes; hier ist Radium und Mesothorium am Platze.)

76. Sellheim, H., Einige Bemerkungen zur Strahlentherapie. Württemb. Korr.-Bl. Bd. 84. Nr. 7. S. 108—111. (Diskussionsbemerkung zu Hölder — cf. Nr. 40. — Hauptsächlich Technisches. Die Röntgenstrahlen müssen „radiumähnlicher" gemacht werden.)

77. Sielmann, R., Hundert Fälle von Frauenleiden mit Röntgenstrahlen behandelt. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 3. S. 277—290. (Erfahrungen u. a. an 32 Myomen und 16 maligne Erkrankungen der Genitalien. Erstere sind in den meisten Fällen durch die Röntgenbestrahlung der Heilung zuzuführen; nur wenige verhalten sich ihr gegenüber refraktär. Maligne Erkrankungen sind in erster Reihe

operativ zu behandeln. Prophylaktische Bestrahlung nach der Operation. Kombinierte Enzytolinjektionen. — Übersicht der behandelten Fälle in Tabellenform.)

78. Stoeckel, W., Die Strahlentherapie in der Gynäkologie. Med. Klinik. 1913. Nr. 50. S. 2053—2059. (Klinischer Vortrag über den jetzigen Stand der Strahlentherapie, besonders über deren Erfolge, der den Zweck hat, dem Hausarzt eine richtige Bewertung derselben zu erleichtern.)

79. Strahlentherapie, Umfrage über die Bedeutung der — für die Gynäkologie. Von E. Runge, J. Veit, O. v. Franqué, Sellheim, Sippel, O. Küstner, Albers-Schönberg, Landau, Fehling, Zangemeister, v. Herff, Krönig, Bumm, Winter, Opitz und Pankow. Med. Klinik. Nr. 1. S. 19—21. Nr. 2. S. 59—60. Nr. 5. S. 192—194. (Zur Myombestrahlung werden fast nur Röntgenstrahlen benutzt. Mit Mesothorium wird allerdings schneller Amenorrhoe erreicht, aber keine Verkleinerung der Tumoren. — Kontraindikationen zur Röntgenbestrahlung: alle Komplikationen, die an sich schon eine Operation erfordern, oder wenn die Patienten schnell wieder arbeitsfähig sein müssen. — Resultate: Amenorrhoe, Schrumpfung der Tumoren bis zum völligen Verschwinden. Einige Myome bleiben unverändert und müssen nachher noch operiert werden. Heilung in 80%. Üble Nebenerscheinungen selten.)

80. Strassmann, P., Myombestrahlung. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 9. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 233. (53jährige Frau, im Klimakterium schon längere Zeit bestrahlt. Wegen Druckbeschwerden schliesslich Operation. Es fand sich: ein grosses Parovarialkystom, ein myomatöser Uterus und malign erkrankte Ovarien auf beiden Seiten!)

81. Strauss, Strahlentherapie. Med. Klinik. 1913. Nr. 50. S. 2080—2084. Nr. 51. S. 2123 bis 2125. (Übersichtsreferat.)

82. — Strahlentherapie. Med. Klinik. Nr. 15. S. 647—651. Nr. 16. S. 695—698. (Übersichtsreferat.)

83. Taudin Chabot, J. J., Wesen und letzte Entwicklung der Heilbestrahlung oder Aktinotherapie. Konstanz, Ernst Ackermann. (32 Seiten, Preis Mk. 1.—.)

84. Zaretzky, G., Die Wege der gynäkologischen Röntgentherapie. Journ. akusch. i shensk. bol. 1913. Okt. S. 1363—1390. (Russisch.)

85. Zinke, E. G., A few points of practical importance in obstetrics, gynaecology and abdominal surgery. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 63. Nr. 10. (Röntgenbehandlung von Myomen will Verf. nur für inoperable Fälle bestimmt sehen. Die Radiumbehandlung der Karzinome soll erst nach dem Messer kommen. Die kaustische Behandlung inoperabler Karzinome nach Percy hat gute Erfolge gezeitigt.)

Röntgentherapie.

Allgemein-orientierende Arbeiten über die **Entwicklung**, den heutigen **Stand** und die bisherigen **Leistungen** der Röntgentherapie der Myome sind veröffentlicht worden von Albers-Schönberg (1), Altschul (4; Ergebnisse einer Studienreise), Bucura (9), Calatayud (11; Spanisch), Czyzewicz und seine Mitarbeiter (13; Böhmisch), Dessauer (15), Fehling (23), Görl (30), Henkel (36), John (41; Dissertation), Krönig (47 und 48; Englisch), Ratera (66; Spanisch), Stoeckel (78), Strauss (81), Taudin Chabot (83), Zaretzky (84; Russisch) u. a. Die „Medizinische Klinik" veranstaltete eine Umfrage an die Vorstände der bedeutendsten deutschen Frauenkliniken und Institute, die sich mit dieser Therapie beschäftigen, über die Bedeutung der Strahlenbehandlung für die Therapie der Myome (79). **Kritische Literaturzusammenstellungen** stammen u. a. von M. Fränkel (24), Gocht (29), L. Freund (26), Reifferscheid (69) und Strauss (82). **Kongressberichte** sind herausgegeben worden von der Deutschen Röntgengesellschaft (70) und von der Versammlung Italienischer Radiologen (65).

Über die **biologischen Wirkungen** der Röntgenstrahlen sind eine Anzahl Arbeiten publiziert worden. Krause (46) studierte den Einfluss auf normalem tierischen und menschlichen Gewebe, E. Schmidt (74) auf Tumoren ausserhalb des Organismus, Reifferscheid (68) auf tierische und menschliche Eierstöcke.

Schiffmann (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 190) hat die **Ovarialveränderungen** nach Radium- und Mesothoriumbestrahlung beim Meerschweinchen untersucht und gefunden, dass zwischen den Radium- resp. Mesothorium- und Röntgenveränderungen eine weitgehende Analogie besteht. Seine mikroskopischen Befunde teilt er ausführlich mit.

Ob die **Wirkung** der Bestrahlung auf die Myome **durch direkte Beeinflussung** oder **auf dem Umwege über die Ovarien** stattfindet, lässt sich schwer nach der einen oder anderen Richtung hin entscheiden. Alexandrow (2), Béclère (5), Driessen (Diskussion zu Fabius, Nr. 22) und Saberton (72) sind der ersten Meinung zugetan. Andere Autoren, wie Menge (Diskussion zu Eymer, Nr. 21), Görl (30), Mahler (54), Peham (62), Pfahler (63) u. a. legen den Hauptwert auf die Bestrahlung der Ovarien und sprechen direkt von einer Röntgenkastration. Nichtsdestoweniger wurden von Edelberg (20) und Koblanck (45) Fälle publiziert, in denen während und trotz der Bestrahlung **Schwangerschaft** eingetreten war. Wenn auch die Föten keine Veränderungen zeigten, fürchtet doch ersterer, sowie auch Hirsch (38) durch Schädigung der Follikel Schädigung später erzeugter Früchte.

Die **Veränderungen an den Ovarien** unter Einfluss der Röntgenbestrahlung wurden u. a. von Edelberg (19) und Reifferscheid (68) studiert. Letzterer fand bei seinen Bestrahlungsversuchen an verschiedenen Tierarten, dass regelmässig an den Ovarien schwere Schädigung der Follikelepithelien, Degeneration der Eizellen, daneben ausgedehnte Blutungen nachzuweisen waren; bei grösseren Dosen auch starke Schädigung des Stromas. Auch an menschlichen Ovarien wurden die gleichen Veränderungen beobachtet. Regeneration kommt nicht zustande, wird aber vorgetäuscht, wenn die reifenden Follikel geschädigt werden, die jungen aber nicht; diese stellen dann später die Funktion wieder her, wenn sie selbst reifen.

In Übereinstimmung mit diesen Befunden sind die nicht unbedeutenden **Ausfallserscheinungen,** die als Folge der Bestrahlungsbehandlung von mehreren Autoren beschrieben werden; so u. a. von Menge und Jung (Diskussion zu Eymer, Nr. 21), Harris (35), Monheim (58) und Peham (62).

Mahler (54) sah bei myomkranken Frauen mit nachweisbaren **Herzveränderungen** ausgezeichnete Resultate von der Bestrahlung. Zuerst schwanden die subjektiven Beschwerden, dann ging die Herzdilatation nachweisbar zurück. Die günstige Wirkung der Strahlentherapie soll darin beruhen, dass qualitativ verändertes Ovarialsekret entweder beseitigt oder zur Norm zurückgebracht wird. Herzveränderungen bilden nach Ansicht Mahlers keine Gegenindikation gegen die Bestrahlung.

Bei der **Basedowschen Erkrankung** dagegen liegen nach v. Graff (31) die Verhältnisse anders in dem Sinne, dass grosse Dosen, die wirklich zur Einschränkung oder zeitweiligen Ausschaltung der Ovarialtätigkeit führen, bei disponierten Kranken den Ausbruch der Krankheit heraufbeschwören und demnach auf einen schon bestehenden Basedow nur in ungünstigem Sinne wirken können.

Näheres über die **Indikationen und Kontraindikationen zur Myombestrahlung** ist zu finden in den Publikationen von Birdsall (6), de Courmelles (12), Fehling (23), Henkel (37), Krönig (48), Levy (52; 75% der Myome sollen zu einer erfolgreichen Bestrahlungsbehandlung geeignet sein), Mannsfeld (55), Mc Glinn (57) u. a. Für die Indikationsstellung besonders wichtige Fälle wurden von Döderlein (16; sarkomatöse Degeneration), Frankenstein (25; Schleimhautpolypen), Halban (34; Dünndarmkarzinom), Kaufmann (42; interstitielle Schwangerschaft), Lacaille (50; sarkomatöse Degeneration) und Strassmann (80; maligne erkrankte Ovarien) publiziert.

Die Gefahr, bei der Überweisung eines Falles zur Bestrahlungsbehandlung eine **maligne Veränderung des Tumors** zu übersehen, scheint wegen der relativen Seltenheit dieses Vorkommnisses nicht allzu gross zu sein. Nach Birdsall (6) ist sie nur in 1—2%, nach Krönig (48) in 1% der Fälle vorhanden. Döderlein (16) und Lacaille (50) teilen jedoch kasuistische Fälle mit, in denen bei nach Bestrahlung operierten Myomen sarkomatöse Umwandlung des Tumors gefunden wurde. Die Dissertation von Moll (57a) handelt über die Bedeutung der sarkomatösen Degeneration von Uterusmyomen für die Strahlenbehandlung der Myome. Übrigens sind mehrere Fälle dieser Art in dem Kapitel „Myome" und „Sarkome" erwähnt.

Von zahlreichen Klinikern des In- und Auslandes sind wieder Veröffentlichungen ihrer **Bestrahlungsresultate** bei Myomkranken erschienen. So u. a. von Alexandrow (3; 13 abgeschlossene Fälle), Birdsall (6; Zusammenstellung der Fälle aus der amerikanischen Literatur), Bunnenberg (10; 27 Fälle der Göttinger Frauenklinik), Ebeler (18; 21 Fälle), Eymer (21; 190 Myome der Heidelberger Frauenklinik), Gambaroff (27; 50 eigene Fälle), Hölder (40; 43 Fälle), John (41; Dissertation; statistische Bearbeitung der bisher von den verschiedenen Kliniken veröffentlichten Resultate), Lacaille (49; 14 selbst beobachtete Fälle), Marek (56; 16 Fälle), Monheim (58; 18 Fälle) und Sielmann (77; 32 Fälle). Auch in den auf die Umfrage der „Medizinischen Klinik" (79) eingegangenen Antworten sind

statistische Zusammenstellungen über die Resultate mehrerer Kliniken und Institute enthalten.

Im allgemeinen lässt sich sagen, dass die Erfolge der Röntgentherapie der Myome recht befriedigend sind. Amenorrhoe wird in etwa 80% der Fälle (cf. „Umfrage", Nr. 79) erreicht. Es würde übrigens zu weit führen, alle die Erscheinungen, in denen die **lokale und allgemein-günstige Beeinflussung** der Patientinnen zum Ausdruck kommt, zu erwähnen. **Misserfolge** werden nur von Alexandrow (2), Bretschneider (8), Ebeler (17 und 18; 14,2% Versager), Edelberg (19), Hölder (40), Sielmann (77) und vielleicht noch einzelne andere veröffentlicht.

Es gibt jedoch Autoren, die sich nicht entschliessen können, von einer Heilung zu sprechen, solange noch ein Tumor im Körper vorhanden ist. Allerdings ist dieser nur in seltenen Fällen durch die Bestrahlung ganz zum Schwinden zu bringen. Ein deutliches **Kleinerwerden** dagegen wird ziemlich häufig beobachtet. Alexandrow (2), v. d. Borne (7), Fabius (22), Gambaroff (27), Mannsfeld (55; jedoch nur in 12% der Fälle), Monheim (58), Partos (61), Rudolph (71) u. a. glauben, dieses Resultat erzielt zu haben. Nach Alexandrow (3) sind dazu besonders solche Tumoren geeignet, in denen die Entwicklung von Muskelgewebe prävaliert, mit Ödem der Gewebe und der Kapsel.

Technik und Dosierung der Röntgenbestrahlung zur Myomtherapie sind im Kapitel „Elektrizität usw." nachzuschlagen. Für die Anwendung der **mittleren Dosen** haben sich u. a. Alexandrow (2), Eymer (21), Fabius (22), v. Graff (32), Hölder (40), Löwenthal und Pagenstecher (53), Reifferscheid (67), Füth (Diskussion zu Pankow, Nr. 60) ausgesprochen. Die **Massivbestrahlung** wird von Marek (56), Partos (61), Pfahler (64), H. Schmitz (75) und viele andere in Anwendung gebracht und empfohlen.

Schädigungen gehören jetzt zu den grössten Ausnahmen. Leichtere Verbrennungen kamen unter Bunnenbergs 27 Fällen viermal vor (10). In Monheims Material (58) gingen einmal die Ausfallserscheinungen bis zur Vergesslichkeit, Aufgeregtsein, Schlaflosigkeit; allerdings bei sehr nervöser Patientin. Dagegen wird der „Röntgenkater" häufig beobachtet.

Bei **Pruritus** hatten Fabius (22) und Peham (62) gute Resultate zu verzeichnen.

Radium und Mesothorium.

Myombestrahlung mit Radium resp. Mesothorium wurde, durchweg mit gutem **Erfolge,** angewandt von de Courmelles (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 35; kombiniert mit der Röntgenbestrahlung), Gauss und Krinsky (28), Kelly und Burnam (44), Laquerrière (51; nach dem Verfahren von Haret, cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 74) und Nahmmacher (59). — Kelly und Burnam (44) bringen in Lachgasnarkose das Radium in grossen Dosen in den Uterus; auch die Bestrahlungsdauer wird für jeden Fall einzeln festgestellt. Die **Wirkung** soll durch die Gebärmutter, nicht über die Ovarien stattfinden. Es scheint, dass durch Mesothoriumbestrahlung schneller Amenorrhoe erreicht wird, wie durch die Röntgenbehandlung, aber keine Verkleinerung der Tumoren (79).

Myom und Schwangerschaft.

1. van Assen, J., Een geval van steeldraaing van een myoom tijdens de zwangerschap. (Ein Fall von Stieldrehung eines Myoms während der Schwangerschaft.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 24. S. 2284—2285. (Ein subseröses, kindskopfgrosses Myom, welches um 360 Grade torquiert war und zu einer akuten Peritonitis Veranlassung gegeben hatte. Der Tumor wurde per laparotomiam entfernt, sass mit dünnem Stiel auf dem Fundus des ca. drei Monate schwangeren Uterus. Ungestörte Rekonvaleszenz. Normale Geburt.) (Mendes de Leon.)
   Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 24. S. 2284—2285. (Holländisch.) (Kasuistisch. Das Myom wurde im Stiel abgetragen und die Schwangerschaft ging ungestört weiter.)
2. Balard, P., Grossesse compliquée d'hydramnios dans un utérus fibromateux; possibilité d'une infection d'origine paternelle. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. Sitzg. vom 24. März. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5. S. 441—445. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. S. 394. (Schwierige Diagnose. Ursache des Hydramnion soll in der Malaria des Vaters zur Zeit der Befruchtung liegen (? Ref.).

Diskussion: Péry stimmt mit der Möglichkeit letzterer Annahme ein. Fieux hat mehrere Schwangerschaften von Vätern mit Malaria entstehen sehen, aber niemals mit Hydramnion.)

3. Bar, P., Fibromes et grossesse. Journ. d. sages-femmes. Nr. 3. S. 17—19. Nr. 4. S. 25—26. Nr. 5. S. 33—35.
4. Becking, A. G. Th., Myomnekrose während der Schwangerschaft. Ned. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Heft 1. S. 18—38. Heft 2. S. 75—83. (Holländisch.) (Sechs eigene Fälle und kritische Übersicht der Literatur.)
5. Bender, X., Fibrome utérin à pédicule tordu compliquant une grossesse de 3 mois. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Mai-Sitzg. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. S. 392. (Nach Abtragung genas die Kranke und die Schwangerschaft ging ungestört weiter.)
6. Bovee, J. W., Mummified, advanced abdominal pregnancy complicated by uterine fibromata. The Washington obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 9. Mai 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 435. März. S. 506 bis 511. (Kasuistisch. Krankengeschichte und Operationsbefund mit drei Abbildungen des Präparates.)
7. Delle Chiaje, S., Fibromi cadutti in sfacele durante il puerperio. Arch. ital. di ginec. 1913. Nr. 12. S. 283—286. Ref. Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 22. Nr. 3. S. 250 bis 251. (Dieselbe Arbeit ist französisch erschienen; cf. dieses Kapitel Jahresbericht 1913, Nr. 13.)
8. — Fibromes sphacélés pendant les suites de couches. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 2. S. 115—117. (Kasuistischer Fall. — Akutes Hydramnion. Im Wochenbett wurde der Tumor spontan ausgetrieben und wegen Fieber entfernt.)
9. Decio, C., Eine Reihe von durch verschiedene entzündliche und neoplastische Veränderungen komplizierter Extrauterinschwangerschaften. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marken. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. S. 748. Als Original erschienen in Ann. di ost. e gin. 1913. Nr. 11. S. 591—624. (Verf. hat 50 in der geburtshilflichen Klinik zu Parma operierte Extrauterinschwangerschaften vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkte aus untersucht. Bei fünf Fällen bestand die Assoziation mit einem Uterusmyom, die nach der Meinung des Verf. als eine zufällige betrachtet werden muss.)
10. Edelberg, H., Röntgenstrahlen und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. S. 1262. (Trotz dreimonatlicher Röntgenbestrahlung wegen Myom fand Konzeption statt und wurde rechtzeitig ein normales Kind geboren. Das Myom war während der Schwangerschaft kleiner geworden.)
11. Favell, W. R., Labour obstructed by fibroid, North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 20. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. The Lancet. Nr. 4765. 26. Dez. S. 1465. (37jährige IIIpara, seit einer Woche in Partu. Pan hysterektomie.)
12. Feldmann, Die Nekrose der Myome in Schwangerschaft und Wochenbett. Dissert. in. Berlin.
13. Fischer, F., Portiomyom als Geburtshindernis. Dissert. in. Jena. August.
14. Gemmell, J. E., Fibroids complicating pregnancy. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 20. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. The Lancet. Nr. 4765. 26. Dez. S. 1465. (41jährige Ipara. Uterusexstirpation.)
15. Goinard, E., et Laffont, Myomectomie au 3. mois de la grossesse. Réunion obst. et gyn. d'Alger. Sitzg. vom 25. April. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5. S. 415—417. (Kasuistisch. Stieltorsion war zuerst als Appendizitis, dann als geplatzte Extrauterinschwangerschaft diagnostiziert worden. Das Myom wurde im 4 cm langen Stiel abgetragen; die Schwangerschaft geht weiter.)
16. Griffith, W. S. A., A case of uterorectal adenomyoma with extensive decidual metaplasia complicating pregnancy. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 2. Juli. Ref. The Lancet. Nr. 4742. 18. Juli. S. 159. (37jährige IIpara im sechsten Monat. Durch Radiumbestrahlung ist der Tumor stark zurückgegangen und die spontane Geburt wird abgewartet.)
17. Gross, E., Myomnekrose in der Schwangerschaft. Verein Deutscher Ärzte in Prag. Sitzg. vom 6. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. S. 1060. Als Original erschienen i. d. Prager med. Wochenschr. Nr. 11. S. 114—116. (Im neunten Monat gravide 30jähr. Primipara, unter Schmerzen, Fieber, Dyspnoe und Brechreiz erkrankt. Diagnose auf Stieltorsion eines Ovarialtumors gestellt. Die Laparotomie

ergab Aszites und ein subseröses Myom rechts am Fundus. Exstirpation, glatter Verlauf. Der Tumor war nekrotisch. Partus am normalen Schwangerschaftsende.)

18. Grosse, A., Grossesse compliquée de fibromes; hystérectomie. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. S. 315—317. (Kasuistisch. 32jährige Ipara, 3—4 Monate schwanger. Urinbeschwerden und Unterleibsschmerzen. Der Tumor wächst schnell und ruft Einklemmungserscheinungen hervor. Laparotomie. Enukleation ist nicht möglich, die Geschwulst sitzt intramural in der Cervix. Subtotale Hysterektomie. Im sofort eröffneten Uterus lebt der Fötus noch. Das Myom ist schon zum Teil nekrotisch. Ungestörte Heilung der Patientin.)

19. Herrenschneider, K., Über die Komplikationen der Schwangerschaft durch Myome und Ovarialtumoren. Dissert. in. Strassburg. Juni.

20. Jeannin, C., Manie puerpérale et fibrome infecté chez une accouchée; hystérectomie; guérison;. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Sitzg. vom 9. Febr. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. S. 84—85. (Kasuistisch. 27jährige Ipara. Trotz zweimaliger Untersuchung blieb das Myom in der Schwangerschaft unbemerkt und machte auch keine Beschwerden. Entbindung normal; gleich nachher wurde der harte, fibromatöse Uterus gefunden. Geringe Temperaturerhöhung im Wochenbett; Ausstossungserscheinungen von seiten des Uterus. Ausgesprochen manischer Zustand der Patientin. — Abdominale Totalexstirpation. Ungestörte Heilung. Es wurde ein interstitielles, abgekapseltes Myom von 15 cm Durchmesser in der vorderen Uteruswand gefunden. Histologischer Befund.)

21. Jung, Ph., Myom und Schwangerschaft. Med. Ges. zu Göttingen. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1146. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1597. (Myome verhindern die Schwangerschaft nur dann, wenn sie im Cavum uteri sitzen. Eine Gravidität bei myomatösem Uterus endet entweder mit frühzeitigem Abort, oder es stellen sich nach normalem Verlauf der Schwangerschaft Schwierigkeiten bei der Geburt ein, oder es tritt nach einiger Zeit der Fruchttod ein. Austragen mit günstigem Erfolg ist selten wegen der Gefahr der Atonie bzw. der Verjauchung der Myome und sich entwickelnder Sepsis. Vortragender warnt vor der Ausräumung des myomatösen Uterus bei Abort wegen der Gefahr der Sepsis; es ist in solchen Fällen die Totalexstirpation notwendig. Am besten ist die rechtzeitige Enukleation der Myome, wobei Abort nicht eintritt falls es gelingt, die Eihäute nicht zu verletzen. Vortragender demonstriert eine Anzahl instruktiver, durch Operation gewonnener Präparate.)

22. Kleinschmidt, K., Über die Komplikation von Schwangerschaft und Myom. Dissert. Würzburg. Mai. (An der Hand von 18 Fällen bespricht Verf. Diagnose und Therapie. Sechs Fälle wurden konservativ behandelt, die Geburt verlief stets normal. Viermal wurde während der Schwangerschaft enukleiert mit Erhaltung derselben. Zweimal wurde im Wochenbett, einmal unter der Geburt das Myom entfernt. Viermal musste die supravaginale Amputation während der Schwangerschaft gemacht werden. Alle Fälle wurden geheilt entlassen.)

23. Koblanck, A., Myomatöser gravider Uterus nach Röntgenbehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 11. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 1. S. 21. (Exstirpation, weil der Leibesumfang nicht abnahm. Die Gravidität wurde dann erst gefunden und muss während der Bestrahlungszeit eingetreten sein.

24. Kosmak, G. W., Cesarean section followed by hysterectomy for dystocia due to a fibroid in the lower segment. Sect. of obst. and gyn. of the New York Acad. of Med. Sitzg. vom 27. Jan. Ref. Med. record. Bd. 85. Nr. 13. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 436. S. 710—712. (Ergibt sich aus der Überschrift. Mit zwei schematischen Abbildungen.)

25. Kousmine, P., Über Tumoren als Geburtshindernis. Med. Obosren. 1913. Nr. 4. Ref. La Gyn. Heft 1. S. 79. (Kasuistisch. Subseröses Fibromyom der hinteren Lippe. Enukleation.)

26. Küttner, O. J., Kaiserschnitt wegen Uterusmyom mit totaler Entfernung des Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. in St. Petersburg. Sitzg. vom 31. Okt. 1913. Ref. La Gyn. Heft 1. S. 56. Als Original erschienen im Journ. akusch. i shensk. bolesn. Bd. 29. S. 69—72. (Russisch.) (29jährige Frau. Bei der Entbindung wurde ein das ganze kleine Becken ausfüllender Tumor gefunden, der sich nicht hinaufdrängen liess. Kaiserschnitt: lebendes Kind. Der Uterus ist von zahlreichen Tumoren durchsetzt, ein grosses retrozervikales Myom hat sich subperitoneal ins Beckenbindegewebe entwickelt. Totale Hysterektomie. Heilung.)

27. Landau, L., Demonstration eines Präparates von Myomatosis uteri gravid. mens. III. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 8. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1589. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. S. 1541. La sem. méd. Nr. 28. S. 336. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. S. 1445. (31jährige Patientin. Die Enukleation liess sich bei der Grösse des Tumors, der bis ins Hypochondrium reichte, nicht ausführen. Die Prognose ist gut; von über 30 Fällen ist Vortragendem keiner zugrunde gegangen. Die frühere Ansicht, dass bei Myomen Konzeption nicht eintritt, ist längst als unrichtig erwiesen.)

28. Lehmann, H., Demonstration eines operativ entfernten graviden Uterus mit Myomen. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. Sitzg. vom 10. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 14. S. 790.

29. Lockyer, C., Multiple fibroids removed during the sixth month of pregnancy. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 5. März. Ref. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Nr. 6. S. 221—225. The Lancet. Nr. 4726. 28. März. S. 892. (Die Schwangerschaft ging ungestört weiter.)

30. Marshall, G. B., Early tubal gestation in a malformed right tube. Uterine fibroid Large cystic ovaries. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 3. S. 161 bis 162. (Ergibt sich aus der Überschrift. Supravaginale Totalexstirpation.)

31. Matvéieff, G., Zwei Fälle von Kaiserschnitt wegen Myom. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Moskau. Sitzg. vom 30. Okt. 1913. Ref. La Gyn. Heft 1. S. 59—60. (Im ersten Falle war das Myom im Zentrum eitrig zerfallen; im zweiten fand sich sarkomatöse Degeneration. Nach zwei Monaten ist die Patientin noch rezidivfrei.)

32. Maxwell, D., Large interstitial fibromyoma in the fundus of the uterus, removed by abdominal hysterectomy after the third stage of labour. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 5. März. Ref. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Nr. 6. S. 229—230. The Lancet. Nr. 4726. 28. März. S. 892. (Spontane Geburt; Nachblutung nach Ausstossung der Plazenta, die zum Teil auf der Myomkapsel sass. Radikaloperation.)

33. Peterson, E. W., A case of degenerated uterine fibroids with pregnancy, simulating ectopic pregnancy. Post-graduate. Bd. 29. Nr. 6. S. 417—419. (Kasuistisch. Ergibt sich aus der Überschrift. Temperaturerhöhung bis 39,4. Amputatio uteri supravaginalis per laparotomiam. Heilung.)

34. Philips, Th. B., Fibromyoma uteri en steriliteit. (Uterusmyom und Sterilität.) Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Nr. 6. S. 350—361. (Holländisch.) (Zusammenfassung der Dissertation, cf. dieser Jahresbericht, Bd. 26, „Myom und Schwangerschaft", Nr. 43.)

35. Purslow, C. E., Uterus with red degeneration of a myoma and early pregnancy. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. The Lancet. Nr. 4735. 30. Mai. S.1536. The Journ. of Obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 6. S. 363. (Die Regel war 10 Tage verspätet, während der Zeit Patientin heftige Leibschmerzen hatte. Die Uterushöhle war mit Blutgerinnsel angefüllt; der Tumor sass an der vorderen Wand und war zum Teil rot degeneriert.)

36. — Uterus with multiple fibroids and placenta praevia, removed by hysterectomie Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. The Lancet. Nr. 4735. 30. Mai. S. 1536. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 6. S. 363. (Operationspräparat. Schwangerschaft in der 11. Woche.)

37. Rieck, A., Demonstration eines Tumors, der zwischen zwei fast gleichgrossen (Kindskopfgrösse) Myomen ein 3—4 Monate schwangeres Corpus uteri zeigt. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. S. 312. (Genaue Beschreibung der anatomischen Verhältnisse und der Indikation zum operativen Eingreifen.)

38. Roesch, H., Beitrag zur Komplikation von Myom und Schwangerschaft. Inaug.-Dissert. in. Göttingen. (Heimann.)

39. van Rooy, A. H. M. J., Myoom en zwangerschap. (Myom und Schwangerschaft.) Nederl. Maandschr. v. verlosk., vrouwenz. en kindergeneesk. Nr. 6. S. 343—349. (Holländisch.) (IVpara am Ende der Schwangerschaft. Kindskopfgrosses Cervixmyom. Urinretention durch Katheterisation behoben. Beim Einsetzen der Wehen Kaiserschnitt. Nach sechs Monaten wegen erneuter Urinbeschwerden abdominale Totalexstirpation. Kaiserschnittsnarbe am Uterus glatt geheilt; enthält nur noch eine Seidenknopfnaht. Heilung.)

40. Rose, H., Eitrig erweichtes Myom in der Schwangerschaft. Geb. Ges. in Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. S. 312. (38jährige Gravida mens. III. Am rechten Fundalwinkel ein harter, faustgrosser Tumor, offenbar ein Myom, das im Verlaufe von einigen Wochen an Grösse zunahm und derartige Schmerzen machte, dass laparotomiert werden musste. Befund: rechts oben im Uterus ein Myom, in dem rechts Tube und Lig. rotundum inserieren. Exstirpation des gut abgegrenzten Myomknotens, durch den die Tube hindurchläuft. Der Tumor ist im Innern deutlich eitrig erweicht und gangränös.)

41. Ryan, E., Caesarean sections at the Louise Margaret hospital, Aldershot. Journ. of the Royal army med. corps. Nr. 4. S. 442—443. (Dabei eine wegen grossem cervikalem Myom, das ein absolutes Geburtshindernis bildete. Anschliessend supravaginale Totalexstirpation.)

42. Semon, M., Myom und Gravidität bei Retroflexio uteri. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. S. 255. (28jährige Igravida mens. III. Keine Kompressionserscheinungen. Reposition unmöglich. Supravaginale Uterusamputation.)

43. — Demonstration eines im dritten Monat der Schwangerschaft durch supravaginale Amputation entfernten Uterus mit kindskopfgrossem Myom. Verein f. wissensch. Heilk. zu Königsberg i. Pr. Sitzg. vom 12. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 574. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. S. 779. (Das interstitielle Myom sass mit breiter Basis der vorderen Wand auf und hatte den Uterus in extremer Retroflexio gedrückt, so dass dasselbe das kleine Becken vollständig ausfüllte. In dieser Komplikation lag die zwingende Indikation zum sofortigen Eingriff. Die Konzeption war trotz der äusserst ungünstigen Verhältnisse nach einem einmaligen Koitus erfolgt.)

44. Skutsch, F., Uterus myomatosus gravidus. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. Sitzg. vom 15. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. S. 450. (Myomatöser Uterus im dritten Schwangerschaftsmonat durch supravaginale Amputation entfernt.)

45. de Snoo, K., Demonstration eines zystisch degenerierten subserösen Myom, das ein Geburtshindernis abgegeben hatte. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 30. Nov. 1913. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn., 23. Jahrg. Heft 3/4. S. 275—278. (Holländisch.) (Kasuistisch. 38jährige IIgravida; vor einem Jahre Abortus. Schwangerschaft ungestört. Beim Partus Querlage. Der Tumor füllt das ganze kleine Becken aus. Kaiserschnitt, lebendes Kind. Wegen zahlreicher kleinerer Myome an der Cervix Amputation des Uterus nach Porro. — Es schliesst sich eine Diskussion an über die Zweckmässigkeit der Catgutverwendung beim Kaiserschnitt.)

46. Solomons, B., Uterus with cervical myomata. Sect. of obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 3. April. Ref. The Lancet. Nr. 4731. 2. Mai. S. 1255. (Die seit 11 Jahren verheiratete Patientin hatte drei Frühgeburten durchgemacht lange bevor die Myome entdeckt waren und später die Geburt eines mazerierten Kindes. Ein Zusammenhang zwischen diesen Erscheinungen lässt sich nicht finden. — Hysterektomie aus Furcht vor weiteren mazerierten Früchten und maligner Degeneration.)

47. Soubeyran, P. et Sp. N. Oeconomos, Fibrome de l'utérus gravide. Rev. franç. de méd. et de chir. Jahrg. 11. Nr. 8. S. 119—120. (Kasuistisch. 39jährige Nullipara im zweiten Monat. Die Indikation zur Operation wurde durch Schmerzen, Miktionsbeschwerden, schnelles Wachstum der Tumoren und schlechtem Allgemeinbefinden gegeben. Im abdominal entfernten Uterus finden sich zahlreiche, teils harte, teils gelatinöse, teils mit kleinen Flüssigkeitshöhlen durchsetzte Myome und im Fundus einen 25 mm langen Embryo.)

48. — — Quand faut-il intervenir dans les fibromes compliquant la grossesse? Gaz. des Hôp. Nr. 78. S. 1287.

49. Späth, G. F., Drei Myome. Geb. Ges. in Hamburg. Sitzg. vom 10. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. S. 560. (In allen drei Fällen bestand strenge Indikation zur Operation: in zweien Schwangerschaft und im dritten Stieldrehung.)

50. Statham, R. S., Demonstration of a fibromyoma producing retroversion of the gravid uterus and causing retention of the urine. Midland obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 6. Jan. Ref. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 5. S. 292. (Nähere Angaben fehlen.)

51. Stevens, T. G., Uterine fibroids; one impacted in the pelvis obstructing delivery; caesarean hysterectomy. Obst. and gyn. Sect. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 5. Febr. Ref. Proceed. of the royal Soc. of Med. Bd. 7. Nr. 5. S. 182—184. The Journ.

of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 3. S. 171. (Kasuistisch. Ergibt sich aus der Überschrift.)
52. Stookes, A., Fibroids complicating pregnancy. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 20. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. Lancet. Nr. 4765. 26. Dez. S. 1465. (30jährige Ipara mens. V; Uterusexstirpation. Zystische Degeneration des Tumors.)
53. Strassmann, P., Myom und Schwangerschaft. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 9. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 233. (Faustgrosses Myom im unteren Segment, das absolut nicht in die Höhe steigen wollte. Erweiterung trat nicht ein. Sectio caesarea mit Exstirpation, Erhaltung der Adnexe. Fieberloser, glatter Verlauf. Patientin war 41 Jahre alt. — 2. Totalexstirpation eines myomatösen Uterus bei Plazentarretention.)
54. Tédenat, E., Inversion de l'utérus. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. Nr. 9. S. 804 bis 810. Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 22. Nr. 3. S. 248—250. (Kasuistisch. Primipara; ungestörte Entbindung; nach Ausstossung der Plazenta jedoch heftige Hämorrhagie und ein zweifaustgrosser Tumor vor der Vulva. Es ist der für Dreiviertel invertierte Uterus mit zwei weichen Myomen am Fundus. Das eine Myom konnte am Stiel unterbunden und abgetragen, das andere nach Inzision der Schleimhaut enukleiert werden. Die Reponierung des Uterus ging dann leicht vonstatten. Patientin genas und wurde zwei Jahre später ohne Störung entbunden.)
55. Tóth, S., Extrauterine Gravidität bei Myom. Ungar. Ärzteverein in Budapest. Sitzg. vom 10. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. S. 815—816. (Kasuistisch. 35jährige Nullipara, seit 15 Jahren verheiratet. Die Diagnose wurde bei der Laparotomie wegen plötzlicher innerer Blutung gestellt. Amputatio supravaginalis. Heilung. — Diskussion: Scipiades: Als mechanischer Faktor kann das Myom ganz sicher extrauterine Gravidität verursachen. Dass dies doch verhältnismässig selten (1,3%) der Fall ist, liegt daran, dass gerade jene Geschwülste, die zu einer extrauterinen Gravidität disponieren, die im Fundus und in der Tube sitzenden Myome, für gewöhnlich auch die Gravidität überhaupt stören.)
56. Willey, F., Specimen illustrating partial development of a placenta on the decidua capsularis and implantation on a submucous fibromyoma. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. The Lancet. Nr. 4735. 30. Mai. S. 1536.

Die Dissertationen von Herrenschneider (19), Kleinschmidt (22) und Roesch (38), sowie der Vortrag von Jung (21) befassen sich an Hand einzelner Fälle mehr im allgemeinen mit der Komplikation der Schwangerschaft durch Myome.

Kasuistische Mitteilungen sind in grosser Zahl veröffentlicht worden, meistens wegen der einen oder anderen Komplikation, welche die Tumoren unter Einfluss der hinzutretenden Schwangerschaft hervorriefen.

Semon (43) und Statham (50) beobachteten als Schwangerschaftsstörung eine Rückwärtsverlagerung des myomhaltigen Uterus, welcher Zustand **Urinretention** zur Folge hatte.

Nekrose während der Schwangerschaft kommt häufig vor. Solche Fälle sind u. a. von Becking (4; sechs eigene Fälle), delle Chiaje (8), Feldmann (12; Dissertation über die Nekrose der Myome in Schwangerschaft und Wochenbett), Gross (17), Grosse (18), Matvéieff (31), Peterson (33), Rose (40) und Stookes (52) beschrieben.

Stieldrehung des Tumors in der Gravidität beobachteten v. Assen (1), Bender (5), Goinard und Laffont (15), Späth (49) u. a.

Wie grosse Schwierigkeiten oft die **Diagnose** des Zusammentreffens von Myom und Schwangerschaft machen kann, geht aus den Fällen von Goinard und Laffont (15), Gross (17) und Peterson (33) hervor.

Ob und in welchem Masse die Anwesenheit von Myomen im Uterus zu **Sterilität** führt, lässt sich nur sehr schwierig entscheiden. Philips (34), Semon (43), Jung (21) und Landau (27) beschäftigten sich mit dieser Frage.

Bovee (6), Decio (9; fünf Fälle), Marshall (30) und Tóth (55) haben an Hand von einigen selbstbeobachteten Fällen festzustellen versucht, ob ein Zusammenhang besteht zwischen dem Vorkommen von Myomen im Uterus und **Extrauteringravidität**. Nach Decio (9) ist dieses Zusammentreffen nur ein zufälliges. Auch nach Scipiades (55) ist es verhältnismässig selten (1,3% der Fälle), aus dem Grunde, weil die im Fundus und in der Tube sitzenden

Myome, die zu einer Extrauteringravidität führen könnten, für gewöhnlich auch die Schwangerschaft überhaupt verhindern.

Das Verhalten des Tumors selbst während der Schwangerschaft ist, auch was seine Grössenzunahme betrifft, sehr wechselnd. Während u. a. Grosse (18), Rose (40) und Soubeyran (47) ein entschiedenes **Wachstum** konstatieren konnten, meinen Edelberg (10) und Griffith (16), vielleicht unter Einfluss der Bestrahlungsbehandlung, ein **Kleinerwerden** der Myome während der Schwangerschaft konstatiert zu haben.

Ob direkt oder indirekt **Schädigung der Frucht** durch ein Myom im Uterus stattfinden kann, ist noch eine offene Frage. Solomons (46) hat nach drei Frühgeburten und der Geburt eines mazerierten Kindes bei einer Frau mit Uterusmyomen aus Furcht vor weiteren mazerierten Früchten den Uterus entfernt. Balard (2) und delle Chiaje (8) beschreiben Fälle von **Hydramnion** bei myomatösen, geschwängerten Uteris.

Kasuistische Mitteilungen über Myome, die ein **Geburtshindernis** abgegeben haben, sind nicht selten und werden u. a. von Favell (11), Fischer (13; Dissertation; Portiomyom als Geburtshindernis), Kosmak (24), Kousmine (25), Küttner (26), v. Rooy (39), Ryan (41), de Snoo (45), Stevens (51) und Strassmann (53) publiziert. Meist wurde dann im Anschluss an den Kaiserschnitt der Uterus exstirpiert.

Purslow (36) beschreibt einen 11 Wochen graviden myomatösen Uterus mit **Placenta praevia.**

Störungen im Wochenbett durch Myome, die oft bis dahin unbemerkt blieben, kommen anscheinend nicht sehr selten vor. Jeannin (20) teilt einen Fall mit, in dem er durch **Infektion** eines interstitiellen, abgekapselten Myoms im Wochenbett gezwungen wurde, den Uterus zu exstirpieren. Die Patientin heilte ungestört. Maxwell (32) und Strassmann (53) mussten wegen heftiger **Nachblutung** die Gebärmutter entfernen; die Plazenta hatte zum Teil der Myomkapsel aufgesessen. Feldmanns Dissertation (12) handelt über die **Nekrose** der Myome im Wochenbett. Oft macht der Uterus spontane **Austreibungsversuche.** Solche Fälle wurden von delle Chiaje (7), Jeannin (20), Tédenat (54) u. a. beschrieben. Bei der letzterwähnten Patientin entstand eine **Inversio uteri.** Mehrere Fälle von im Anschluss an das Wochenbett chronisch entstandenen Inversionen des Uterus infolge Austreibung von Myomen sind im Kapitel „Pathologie des Uterus", 4d) „Inversio uteri chronica", erwähnt worden.

Wie man sich vom **therapeutischen** Standpunkt aus beim Zusammentreffen von Myom und Schwangerschaft verhalten soll, lässt sich nur von Fall zu Fall entscheiden. Die meisten Fälle eignen sich zu abwartendem Verhalten und die Entbindung findet schliesslich ohne Störung statt. Doch wird auch öfters der myomatöse Uterus schon während der Schwangerschaft **exstirpiert.** Dies geschah u. a. in den Fällen von Gemmell (14), Grosse (18), Kleinschmidt (22; Dissertation), Landau (27), Lehmann (28), Rieck (37), Oeconomos (47), Semon (42), Skutsch (44), Späth (49) und Stookes (52). Die Indikationen, auf die der radikale Eingriff vorgenommen wurde, sind in den betreffenden Publikationen nachzusehen. Häufig lassen sich jedoch, auch in bezug auf den ungestörten **Fortbestand der Schwangerschaft,** mit einer **konservativen Myomektomie** gute Resultate erzielen, wie aus den Mitteilungen von v. Assen (1), Bender (5), Goinard und Laffont (15), Gross (17), Jung (21), Kleinschmidt (22; Dissertation) und Lockyer (29) hervorgeht.

Karzinome.

1. Abderhalden, E., Notizen über die Verwertbarkeit des Dialysierverfahrens bei klinischen und biologischen Fragestellungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. S. 233 bis 238. (Betreffs der Karzinomdiagnose mittelst des Dialysierverfahrens: alle Angaben über die Resultate sind wertlos, wenn nicht genau angegeben wird, 1. was für ein Karzinom als Substrat zur Verwendung kam, und 2. welche Art von Karzinom beim Patienten vorlag. Endlich muss unbedingt auch mitgeteilt werden, in welchem Zustand der Patient sich befand (Anfangsstadium, Kachexie usw.). Abderhalden zweifelt nicht daran, dass sich bald herausstellen wird, weshalb zurzeit die Angaben über die Brauchbarkeit des Dialysierverfahrens zur Erkennung von Karzinom noch so sehr verschieden sind. Hauptsache bei der Karzinomuntersuchung ist, dass das befallene Gewebe bei der Anstellung des Versuches im Substrate zugegen ist.)

2. Abderhalden, E., Vorläufige Mitteilung über die Beeinflussung von Rattentumoren durch Serum, das Fermente enthält, die auf einzelne ihrer Bestandteile eingestellt sind. Med. Klinik. Nr. 5. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. S. 435. (Bestätigung der günstigen Wirkung der Tumorautolysatbehandlung bei Sarkomratten.)
3. — Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Verein d. Ärzte zu Halle a. S. Sitzg. vom 8. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. S. 2009—2010. (Diskussion Budde.) Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. S. 1897—1899. (Überblick über die Entwicklung der ganzen Forschung. Zum Schluss behauptet Verf., dass je zurückhaltender die einzelnen Forscher in der Beurteilung ihrer Ergebnisse seien, je lieber es ihm sei. Er hat versucht, ein Serum zu bereiten, das gegen Tumoren eingestellt ist. Er hoffte damit erstens Besserung herbeiführen zu können durch fermentative Entfernung der im Blute kreisenden blutfremden Stoffe; dann wäre die Möglichkeit gegeben, dass es gelingen werde, die Tumorzellen selbst zu beeinflussen. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass in einzelnen Fällen das Allgemeinbefinden und in ganz vereinzelten auch der Tumor (Karzinom) günstig beeinflusst worden ist. Es liegt ein Obduktionsbefund vor, der sicher beweist, dass das angewandte Serum auf das vorhandene Karzinom energisch eingewirkt hat. Diese Tatsache erscheint Verf. an und für sich bemerkenswert.)
4. Abderhaldensche Untersuchungsmethoden, Umfrage über die Bedeutung der — für die Geburtshilfe und Gynäkologie. Med. Klinik. Nr. 11. S. 453—455. Nr. 12. S. 505 bis 506. Ref. Brit. med. Journ. Nr. 2786. Ep. of curr. med. litt. S. 83. (Umfrage an 15 deutschen Frauenkliniken über die Resultate und den Wert der Methode.)
5. Alberger, H. R., The laboratory diagnosis of malignancy. Lancet-clin. Bd. 109. Nr. 17. S. 442—444. (Verschiedene Grade der Benignität und Malignität. Wichtigkeit der histologischen Diagnose für den Praktiker. Schwierigkeiten der histologischen Diagnose, speziell des Curettements.)
6. Allmann, J., Zur Serodiagnostik nach Abderhalden. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. S. 271—274. (Cf. Jahrgang 1913 dieses Jahresberichts, Kap. „Karzinome", Nr. 10.)
7. Apolant, H., Über die Serodiagnostik maligner Tumoren. Wissenschaftl. Vereinig. am städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. S. 443. (Verf. kommt zum Schluss, dass allen bisherigen Methoden — Antitrypsin, Meiostagmin, Freund-Kaminer, v. Dungern, Abderhalden — trotz ihres hohen theoretischen Interesses vorläufig nur ein bedingter Wert für die Diagnose Krebs zuerkannt werden kann.)
8. — u. K. Bierbaum, Über den Erfolg von Mäusekarzinomimpfungen auf Kaninchen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. S. 528—531. (Strauchs Ergebnisse, nach welchen bei Kaninchen durch Überimpfung von Mäusekarzinom in 50% der Fälle Geschwülste entstehen, konnten nicht bestätigt werden, obwohl Verff. mit dem gleichen Tumormaterial arbeiteten. Cf. Strauch, Nr. 269.)
9. Ayers, D. R., Carcinoma of the cervix at an early age. The Alumni of the sloane hosp. for women. Sitzg. vom 23. Jan. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 436. April. S. 698—700. (Zusammenstellung der Fälle aus der Literatur von Frauen unter 30 Jahren, welche an Uteruskrebs erkrankten und Mitteilung zweier eigener Fälle. Die eine Patientin war 27 Jahre und das Karzinom inoperabel. Die andere war ein Mädchen von 17 Jahren, wurde nach Wertheim operiert und ist seit zwei Jahren rezidivfrei. Ausführliche Mitteilung des Operationsberichtes und des Befundes.)
10. Ball, C. F., Serodiagnosis (Abderhalden) of cancer and pregnancy. Action of the protective ferments in cancer and pregnancy. New York med. Journ. 1913. Bd. 98. Nr. 26. S. 1249—1255. (Literatur, Technik und eigene Versuche mit wechselndem Resultate.)
11. — Abderhalden serodiagnosis of cancer. Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 62. Nr. 8. 21. Febr. S. 599. Ref. Edinb. med. Journ. Bd. 12. Nr. 5. Mai. S. 440—442. (Verf. untersuchte 50 Fälle. Von sieben klinisch einwandfreien Karzinomen gaben alle sieben einen positiven Ausfall; von 28 suspekten Fällen reagierten 20 positiv; von 12 klinisch nicht malignen Tumoren ergaben nur vier gravide Frauen positive Resultate. — Technik. Besonderer Dialysierapparat.)
12. Bandler, S. W., Some observations on carcinoma of the uterus. Internat. Journ. of Surg. 1913. Nr. 5.

13. Barbet, P., et Perraudin, Le traitement palliatif du cancer par la quinine. Bull. gén. de thérap. 1913. Nr. 20. S. 766—778. Nr. 21. S. 803—814. (Empfehlung auf Grund der Anschauung, dass das Karzinom durch ein Protozoon hervorgerufen werde. Schmerzen, Blutungen, Ausflüsse und Allgemeinzustand werden günstig beeinflusst; inoperable Tumoren werden eventuell operabel; nach Radikaloperationen werden Rezidive verhütet. Empfohlen werden tägliche intramuskuläre Injektionen von 3—4 ccm Sol. chinin. hydrochloric. 1 : 10, die lange Zeit fortgesetzt werden müssen.)

14. Barwenka, K., Kombination von Mamma- und Uteruskarzinom. Wiener med. Wochenschr. Nr. 18. (Fall von einem primären multiplen Karzinom der Mamma und des Uterus: es bestand zuerst ein Mammakarzinom (medulläres Karzinom), dem nach der Radikaloperation — 19 Monate später — ein Karzinom des Corpus uteri (Zylinderzellenkrebs) folgte.)

15. Bashford, E. F., Fresh alarms on the increase of cancer. The Lancet. Nr. 4719. 7. Febr. S. 379—382. (In Amerika soll die Zahl der Todesfälle an Krebskrankheit von 37,2 zu 100000 im Jahre 1876, auf 80,5 zu 100000 im Jahre 1911 zugenommen haben. Damit stehen die Statistiken in England in krassem Widerspruch; dort hat die Krebskrankheit nicht zugenommen. Die amerikanischen Statistiken Hoffmanns sind falsch.)

16. Bégouin, P., Différenciation de l'origine de la douleur dans le cancer du col de l'utérus. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 22. Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 53. S. 516. (Auftreten des Schmerzes ist nicht immer Zeichen, dass die Neubildung bis ins Lig. latum fortgeschritten ist. Eine gleichzeitige Adnexentzündung kann die Ursache sein. Vortragender gibt Mittel an, die Schmerzen aus beiden Ursachen zu unterscheiden.)

17. Behla, R., Die Gesamtmortalität an Tuberkulose und Krebs in Preussen im Jahre 1913. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 675. (Statistische Tabellen. Steigerung des Krebstodes gegen voriges Jahr um 697 Fälle. Um zu sehen, ob durch die neue Strahlenbehandlung eine günstige Wirkung hinsichtlich der Mortalität zu verzeichnen ist, hat Behla die Todesfälle speziell an „Gebärmutterkrebs", zunächst für die Grossstädte mit 100000 Einwohnern und darüber für das III. und IV. Vierteljahr des Jahres 1913 einmal gegenübergestellt. —Tabelle. — Das Ergebnis war 218 zu 234 Fällen, also 16 Fälle mehr!)

18. Benech, J., Le diagnostic du cancer par la séro-réaction d'Abderhalden. Prov. méd. Nr. 15. S. 160—162. (Nicht speziell gynäkologisch. Von den sicheren Krebsfällen geben 80% positive Reaktion. Die Methode gibt noch kein genügend sicheres Ergebnis, um in klinisch zweifelhaften Fällen darauf die Diagnose zu begründen.)

19. Benedict, A. L., Cancer statistics. Med. Rec. Bd. 85. Nr. 16. S. 707—710. (Krebstodesfälle in den Vereinigten Staaten im Jahre 1911. Es sind 5% aller Todesursachen als Krebs verzeichnet. Die Zahl ist bei Männern und Frauen gleich, wenn man bei letzteren die Genitalkarzinome ausser Betracht lässt. Die Zunahme der Häufigkeit der Krebserkrankungen ist wahrscheinlich nur scheinbar. — Wert solcher Statistiken.)

20. Berkeley, W. N., Results of three years' clinical work with a new anti-serum for cancer. Sect. of obst. and gyn. of the New York Acad. of Med. Sitzg. vom 24. März. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 438. Juni. S. 1060—1063. Als Original erschienen in Med. Record. Bd. 85. Nr. 17. S. 741—744. (Nicht speziell gynäkologisch. Bericht über weitere Erfahrungen mit einem neuen Antiserum gegen Krebs. Ausführung von Krankengeschichten.)

21. Bier, A., Demonstrationen zur Krebsfrage. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 27. August. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. S. 2138—2139. (Im Anschluss an den Vortrag D. v. Hansemanns — cf. Nr. 113. — Nicht gynäkologischer Fall, der mit Injektionen von defibriniertem Schweineblut und Bestrahlung behandelt wurde. — Diskussion: Rotter glaubt, dass Spontanheilung von Karzinomen möglich ist.)

22. Blackstein, S., Über die Serodiagnostik des Karzinoms mittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 3. S. 406—434. (Bei Abwesenheit von Gravidität spricht der positive Ausfall der Karzinomreaktion mit ziemlicher Sicherheit für Krebs. Besonders auf die frühen Stadien kann man so aufmerksam werden; negativer Ausfall wird meist nur bei fortgeschrittenen Fällen gefunden. — Untersuchungsresultate an 91 Fällen.)

23. De Bloeme, P. L. J., S. P. Swart und A. J. L. Terwen. Der kolloidale Stickstoff des Harns und seine Bedeutung für die klinische Karzinomdiagnostik. I. Mitteilung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1718—1719. (Das ursprüngliche Salkowski-

Kojoverfahren ist für die klinische Karzinomdiagnostik nicht wohl verwendbar. Jedoch erfährt der adialysable Anteil des Niederschlages beim Karzinom eine deutliche Vermehrung.)

24. Blumenthal, N., und E. Fränkel, Untersuchungen mit der Meiostagminreaktion Ascoli und Isar). Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. S. 1996—1997. (1. Diagnostische Verwendbarkeit. Bei Sarkomen gar nicht; nur 30—45% richtige Resultate. Bei weiblichen Genitalkarzinomen nur schlecht; dagegen gut bei Krebsen des Magendarmtraktus. Im ganzen waren bei 106 klinisch sicheren Karzinomen aller Art 74,5% der Reaktionen positiv. 2. Theorie der Reaktion.)
25. Boldt, H. J., A case of reported adenocarcinoma cured by curetting. Sect. of obst. and gyn. of the New York Acad. of Med. Sitzg. vom 24. Jan. Ref. Med. Record. Bd. 85. Nr. 13. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 436. S. 702—709. (Unklarer Fall, bei dem 1913 eine von anderer Seite ausgeführte Abrasio die Diagnose Adenokarzinom ergab. Patientin wurde nicht operiert und blieb bisher gesund. — Da der Fall bei der Veröffentlichung erst drei Monate zurücklag, kann von „Heilung" nicht gesprochen werden. Drei Abbildungen von mikroskopischen Präparaten des ausgekratzten Materials. — Diskussion: W. H. W. Knipe und A. Stein teilen beide aus eigener Praxis Fälle mit, bei denen bei der Probecurettage Adenokarzinom gefunden wurde, aber im nachträglich exstirpierten Uterus sich nichts Malignes nachweisen liess.)
26. Bondy, O., Karzinom des Corpus uteri, eines Ovariums und der Flexur. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. S. 348—350. (Kasuistisch. Primär ist wahrscheinlich das Ovarialkarzinom.)
27. Bonney, V., Squamous-celled carcinoma of the cervix co-existent with an adenocarcinoma of the body of the uterus. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 5. März. Ref. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Bd. 7. Nr. 6. S. 227—228. The Lancet. Nr. 4726. 28. März. S. 892. (Ergibt sich aus der Überschrift.)
28. Bornstein, A., Die Abderhaldensche Abbaureaktion. Biol. Abt. d. ärztl. Ver. in Hamburg. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 9. S. 502. (Schlechte Resultate mit der Karzinomdiagnose. Nur 40—50% richtige Resultate.)
29. Botin, F., Notas acerca del tratamiento quirurgico del cancer uterino. Rev. iberoamer. de Ciencias med. 1913. Nr. 19. Mai.
30. Bovee, J. W., A specimen of adenocarcinoma of the body of the uterus. Washington obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 14. Febr. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 433. Jan. S. 158—159. (Demonstration des Präparates; ausführliche Krankengeschichte.)
31. Boveri, Th., Zur Frage der Entstehung maligner Tumoren. Jena, Gustav Fischer. (64 Seiten, 2 Abbildungen, 1,50 Mk.) Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17. S. 865. (Verf. sucht die Entstehung maligner Tumoren aus der Beschaffenheit der Zellkerne abzuleiten. Er meint, es handle sich um einen Defekt der Kerne, um einen abnormen Chromosomenbestand, wie er durch pluripolare oder asymmetrische Mitosen zustande kommen könne. Dieser Defekt bedingt ein abnormes Wachstum der Zelle.)
32. Broun, Le Roy, Carcinoma of the uterus and the American society for the controll of cancer. New York med. Journ. 1913. Bd. 98. Nr. 23. S. 1105—1107. (Elementar gehaltener Artikel, für den Allgemeinpraktiker bestimmt, der die Aufklärung des Publikums nach dem Vorbilde Winters auch in Amerika befürwortet.)
33. — The significance of irregular uterine bleeding. Med. Record. Bd. 85. Nr. 4. S. 149 bis 152. (Da der Artikel vor allem für Allgemeinpraktiker und Hausärzte bestimmt ist, wird besonders auf die Gefahren und initialen Symptome des Uteruskarzinoms hingewiesen. Das Operabilitätsprozent des Uteruskarzinoms hat in den Vereinigten Staaten bisher 25% nicht überschritten.)
34. Bryan, W. A., The cancer problem. South. med. Journ. 1913. Bd. 6. Nr. 12. S. 770 bis 775. (Allgemeines über Prophylaxe und Förderung der Frühdiagnose durch Aufklärung des Publikums.)
35. Bucco, M., Sulla reazione meiostagminica nei tumori maligni e nella tubercolosi polmonare. Gazz. intern. di med.-chir.-ig., 1913. Nr. 49. S. 1155—1157. (Italienisch.) (Gute Resultate an 26 Fällen von bösartigen Geschwülsten, bei denen Verf. infolgedessen die Reaktion für klinisch brauchbar hält.)
36. Buist, R. C., and J. M. Valentine, Carcinoma in a double uterus (uterus septus bicollis with vagina duplex). Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 2. S. 88—90. (Ergibt sich aus der Überschrift. — 1 Abbildung auf 1 Tafel. — Literatur.)

37. Bullock, W. E., The technique of Abderhaldens serum-reaction. The Lancet. Nr. 4743. 25. Juli. S. 225—227. (Untersuchungen an Karzinomratten. Die Resultate waren unsicher und wechselnd. Ausführliche Mitteilung der Technik, speziell der Ninhydrinreaktion.)
38. Cancer research Fund, Annual meeting of the Imperial — at Bloomsbury on July 21. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2795. 25. Juli. S. 189—190. The Lancet. Nr. 4743. 25. Juli. S. 248—250. (Versuche mit der Abderhaldenschen Methode zeigten, dass man sich zu diagnostischen Zwecken auf sie nicht verlassen kann. — Die Zahl der Todesfälle an Karzinom nimmt im allgemeinen konstant zu; nur die Zahl der Uteruskrebsfälle wird seit 1902 geringer. — Heredität konnte beim Menschen nicht nachgewiesen werden. — Eine Untersuchung nach dem Existieren von „Karzinomhäusern" und „Karzinomgegenden" ergab vollkommen negatives Resultat.
39. Can Dela y Pla, M., Chirurgische Behandlung des Uteruskarzinoms. La Prensa med. 1913. Bd. 4. Nr. 6. Crón. méd. Valencia. 1913. Nr. 578. S. 85—89. Nr. 578. S. 97—103 (Spanisch).
40. Carles, J., et Lousteau, Séro-diagnostic du cancer. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 27. März. Ref. La Presse méd. Nr. 43. S. 417. (In 15 Fällen von histologisch sichergestelltem Karzinom fiel die Reaktion nach Abderhalden 14mal positiv und einmal negativ aus. Bei einem ödematös-myxomatös degenerierten Myom war sie aber gleichfalls positiv. Vier anderweitige Erkrankungen ergaben negative Reaktion. Es wurde zur Verdeutlichung der Reaktion eine Modifikation nach Denigès benutzt — Essigsäure und Chloroformzusatz —. Diskussion: Brandeis macht verschiedene Einwände gegen den Wert der Reaktion.)
41. Carr, W. P., A study of the cancer situation. Surg., Gyn. and Obst. 1913. Bd. 17. Nr. 4. S. 490—495. (Hypothese der Karzinomgenese. Jede Epithelzelle stehe in direkter nervöser Verbindung mit dem Zentralnervensystem bzw. dem Gehirn. Störungen in dieser nervösen Verbindung, wodurch die (nutritive) Kontrolle über die Epithelzellen aufhört, ebenso gewisse Giftstoffe können sehr wohl zur Umwandlung karzinomatöser Art der betreffenden Zellen bzw. Zellgruppen führen. Solche Störungen im Zentralnervensystem bzw. Gehirn brächte das heutige aufreibende Leben in viel höherem Masse mit sich, wodurch auch die Zunahme der Krebserkrankungen zwanglos sich erklären liesse — vorausgesetzt, dass die ganze Hypothese richtig ist.)
42. Carstens, J. H., The necessity of constantly looking for cancer of the uterus. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Sitzg. in Buffalo, 15.—17. Sept. Als Original erschienen in The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 70. Nr. 443. S. 689 bis 696. (Nach jeder Curettage soll das herausbeförderte Gewebe mikroskopisch untersucht werden. Zwei mikroskopische Abbildungen eines Falles. — Diskussion: Jacobson Barrett u. a.)
43. Caufment, H., L'anurie dans le cancer de l'utérus: ses formes cliniques; son traitement. Thèse de Paris. 1913. Mai.
44. Cheval, M., La photographie du col utérin. Soc. belge de gyn. et d'obst. Sitzg. vom 6. Juni. Als Original erschienen in Journ. belge de gyn. et d'obst. Nr. 7. S. 535—539. (Beschreibung und Abbildung des Apparates und zwei Aufnahmen auf zwei Tafeln.)
45. Childe, C. P., Cancer, public authorities and the public. The Brit. med. Journ. Nr. 2777. 21. März. S. 643—645. (Aufklärung der Behörden und des Publikums über die ersten Symptome und die Bösartigkeit des Krebses gehören zur modernen Krebsbekämpfung. Unentgeltliche mikroskopische Untersuchungen sind erwünscht.)
46. Clark, J. G., and F. E. Keene, The relationship between the urinary-system and diseases of the female pelvic organs. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 1. S 10—18. (Tumoren des Uterus oder karzinomatöse Drüsen können oft den Ureter komprimieren und eine lokale Stenose und proximale Dilatation desselben mit nachfolgender Ureteritis und Pyelitis verursachen. — Photogramme.)
47. Cobb, F., Cancer of the uterus. The possibilities of cure by the radical abdominal operation. Certain original methods of operating. Including an analysis of 367 cases at the Massachusetts general hospital. Boston med. and surg. Journ. Bd. 170. Nr. 23. S. 861—868. Nr. 24. S. 910—914.
48. — Cancer of uterus. Possibilities of cure by radical abdominal operation. Boston med. and surg. Journ. Bd. 171. Nr. 20. S. 731. (Morbiditäts- und Mortalitätsvergleiche zwischen der erweiterten und der einfachen abdominalen Radikaloperation des Uteruskarzinoms. Die Statistiken mehrerer amerikanischer Operateure werden herangezogen. Dauerresultate. Verf. selbst hatte auf 34 Totalexstirpationen nach Wertheim eine

Primärmortalität von 14,3%; auf sieben Fälle von einfacher abdominaler Exstirpation wegen Korpuskarzinom keinen einzigen Todesfall.)

49. Cohn, Pathologie der Uteruskarzinome. Gyn. Rundschau. Nr. 4. S. 136. (Sammelreferat.)
50. Cohnreich, E., Klinische Bestimmungen der Erythrozytenresistenz besonders im Dienst der Krebsdiagnose. Diss. in. München. Jan.
51. Crile, G. W., Two-stage operation, especially in relation to treatment of cancer. Annals surg. Bd. 60. Nr. 57. (Empfehlung. Nicht speziell gynäkologisch.)
52. Croner, W., Über das gleichzeitige Vorkommen von Karzinom und Tuberkulose des Uterus. Dissert. in. Heidelberg. 1913 (O. Strauss, Heidelberg). (Zwei Fälle: 1. Plattenepithelkarzinom des Kollums, Tuberkulose des Myometriums; 2. Adenocarcinoma corporis, miliare Tuberkulose des Endo- und Myometriums. Die Wahrscheinlichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges ist gross.)
53. Cytronberg, S., Zur Karzinomdiagnose mittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Dissert. in Berlin. Juli. Als Original erschienen i. d. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 2. (Nicht speziell gynäkologisch. Mitteilung von 97 Krankengeschichten und ausführlichen Versuchsprotokollen. Bei 35 sicheren Karzinomfällen fanden sich 33 positive Reaktionen; bei 57 klinisch sicher karzinomfreien Fällen ergab sich 4 mal positiver Abbau von Karzinom. Verf. hält die Ver wertbarkeit der Reaktion wegen gewisser Fehlerquellen (vor allem der Hülsen) für beschränkt, die Richtigkeit des Prinzips scheint ihm aber unzweifelhaft.)
54. Czerwenka, K., Kombination von Mamma- und Uteruskarzinom. Wiener med. Wochenschr. Nr. 18. S. 950—955. (Kasuistischer Beitrag zur Klinik des multiplen, primären Karzinoms.)
55. Daels, F., Au sujet de l'action de l'électrosélénium colloidal sur les néoplasies malignes. Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 5. Mai. S. 353—368. (Tierversuche und Anwendung am Menschen in zwei inoperablen Uteruskrebsfällen und einem Rezidiv nach Wertheimscher Operation. Es wurde in jeder Beziehung eine, jedoch nur vorübergehende, Besserung erzielt. Empfehlung besonders in Kombination mit anderen — Strahlen — Behandlungsmethoden. Die Versuche und die Anwendungsmethode werden genau beschrieben.)
56. — Over de werking van electroselenium op boosaardige gezwellen. (Über die Wirkung von Elektroselenium auf bösartige Geschwülste.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Nr. 10. S. 617—629. (Holländisch.) (Dieselbe Arbeit wie die in der vorigen Nummer referierten.)
57. Daniel, C., The diagnosis and treatment of inoperable cancer. Interstate med. Journ. 1913. Bd. 20. Nr. 11. S. 1001—1015. (Kritischer Übersichtsvortrag. Nichts Neues.)
58. — Les limites de l'opérabilité dans le cancer du col de l'utérus. Journ. de chir. de Bucarest. 1. Jahrg. 1913. Nr. 2/3. S. 80—101. Gaz. de gyn. Nr. 664. S. 49—58. Nr. 665. S. 65—75. (Nichts Neues.)
59. Dawydoff, G. A., Die Bedeutung der Kystoskopie zur Bestimmung der Operationsmöglichkeit bei Portiokarzinom. 1. Russ. Krebskongr. St. Petersburg. 31. März bis 3. April. Ref. Wratsch. Gaz. Bd. 21. Nr. 18. (Russisch.) (Auf Grund von 120 eigenen Fällen gibt Verf. an, dass bei normalem kystoskopischem Bilde die volle Garantie dafür gegeben ist, dass beim Ablösen der Blase keine Schwierigkeiten eintreten werden.)
60. Delbet, P., Weinberg et Patscheff, Pouvoir hémolytique et antitryptique du sérum chez les cancéreux et les malades non cancéreux. Assoc. franç. pour l'étude du cancer. Sitzg. vom 27. April. Ref. La Presse méd. Nr. 42. S. 407. (Untersuchungen an 60 Karzinomkranken. Erstere war in 57% der Fälle herabgesetzt, in 42% erhöht, aber beides nicht erheblich. Direkter Zusammenhang ist nicht nachzuweisen. Ebenso verhält sich das antitryptische Vermögen des Serums. Erhebliche Unterschiede wurden nur bei kachektischen Patienten gefunden, jedoch auch bei aus anderer Ursache Kachektischen. Abwesenheit der Reaktion lässt die Diagnose Karzinom nicht ausschliessen.)
61. Desgrez, L'urine des cancéreux. Assoc. franç. pour l'étude du cancer. Sitzg. vom 9. Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 47. S. 454.
62. Dick, G. F., Ferments for carcinomatous protein in the blood in carcinoma. Journ. of infect. diseas. Bd. 14. Nr. 2. S. 242—245. (Der Nachweis dieser Fermente gelang. Die spaltende Kraft derselben unterschied sich nicht von der der Fermente des Blutserums normaler Personen. — Der Komplementgehalt des Blutserums Krebskranker war regelmässig höher als der normalen Serums.)

63. Dietz, L. E., Die Komplementablenkung beim Karzinom. Dissert. in. Freiburg i. Br. (Med. Ant. m. b. G., Berlin. Preis Mk. 1,—.)
64. Dinermann, E., Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'influence du cancer de l'utérus sur le système urinaire. Dissert. in. Genève 1913.
65. Drutmann, A., Über einen Fall von primärem Tubenkarzinom mit Übergreifen auf die Uterusschleimhaut. Dissert. in München 1913. (In der curettierten Schleimhaut einer 54jährigen Frau wurde eine Stelle von adenomatösem Bau gefunden, weshalb der Uterus mit Adnexen exstirpiert wurde. Dabei fand sich an der Einmündungsstelle der rechten Tube ein erbsengrosses, erweichtes Knötchen, das sich bei der histologischen Untersuchung als Adenoma malignum herausstellte. Die Korpushöhle war frei von Karzinom.)
66. Ducor, Du carbure de calcium dans le cancer utérin. Journ. de méd. de Paris. Nr. 15. S. 293—294. (Unter Abdeckung der gesunden Partien wird das Kalziumkarbid von der Vagina aus auf das inoperable Karzinom appliziert. Es wird dem Gewebe Wasser entzogen und es entsteht dabei Kalk in statu nascendi, der eine oberflächlich verschorfende und trocknende Wirkung ausübt. Blutung und Jauchung sistieren. — Erfolg an einem eigenen Fall seit drei Jahren.)
67. Duker, P. G. J., Eigenschappen der kankercel. (Eigenschaften der Karzinomzelle.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Hälfte. Nr. 12. S. 735—741. (Holländisch.) (Verf. hat nach einer Methode von Pappenheim, die es ermöglicht, an Zellen festzustellen, ob sie mehr oder weniger unreif und mehr oder weniger differenziert sind, die histologischen Bilder verschiedener Karzinome mit denen des normalen Epithels, von dem sie ausgegangen, verglichen. In dem Resultat seiner Untersuchungen findet sich keine Stütze für die Richtigkeit der Karzinomentstehungstheorien von Cohnheim, Hegar, von Hansemann und Rössle.)
68. Dürst, G., Über einen Fall von Karzinom in der Laparotomienarbe nach Totalexstirpation. Dissert. in. München. Juli.
69. Eden, T. Watts, Endocervical cancer with distension of the corpus uteri and exten sive thinning of its wall. Proc. of the royal Soc. of Med. 1913. Bd. 6. Nr. 4. S. 101.
70. Edzard, D. L., Über die Komplementablenkung beim Karzinom. Dissert. in. Freiburg i. Br. April.
71. Egli, F., Über Multiplizität der Geschwülste. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Bd. 44. Nr. 15. S. 449—462. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. S. 1082. (Unter 966 Tumorsektionen des Baseler pathologischen Instituts in den letzten sieben Jahren waren 263 primäre multiple Tumorfälle. Es soll eine besondere Neigung der Individuen zu Geschwulstbildung bestehen; die Kombination ist aber eine zufällige. Von Wichtigkeit ist speziell die völlig gleichartige Kombination von gut- und bösartigen Tumoren.)
72. Engel, C. S., Lässt sich die Zahl der Krebstodesfälle mit den bisherigen Hilfsmitteln herabdrücken? Med. Klinik. 1913. Nr. 45. S. 1856. (Verminderung der Todesfälle lässt sich nur erhoffen von einer Verminderung der fortgeschrittenen Fälle. — Ausbildung und Fortbildung der Ärzte und Hebammen auf dem Gebiete der Krebserkennung.)
72a. Ernst, Demonstration eines karzinomatösen Uterus nach Wertheim entfernt von einer 23jährigen Frau. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. S. 1884. (O. Horn.)
73. Erpicum, R., Le séro-diagnostic du cancer. La Presse méd. Nr. 7. S. 68—71. (Nach einer kurzen Übersicht der früheren Methoden: Freund-Kaminer, Meiostagminreaktion, Brieger und v. Dungern, wird ausführlich das Prinzip und die Technik der Abderhaldenschen Reaktion beim Karzinom mitgeteilt, mit der 51 Untersuchungen vorgenommen wurden. In 50 Fällen stimmte die Reaktion mit den späteren anatomischen Befunden. — Tabelle und mehrere Krankengeschichten.)
74. Espreáfico, M., und S. Patino, Vorteile frühzeitiger Diagnose bei malignen Neubildungen des Uterus. Rev. méd. de Sevilla. Bd. 62. Nr. 2. S. 49—50. (Spanisch.)
75. Esquerda, A., El tratamiento del cancer del utero. La Prensa med. Jan. S. 10. Crón. méd. 1913. Nr. 586. S. 189—191. (Spanisch.) (Allgemeines; nichts Neues. Zieht die abdominale Totalexstirpation der vaginalen vor.)
76. Estes, W. L., Transmutation of tumors. Pennsylvania med. Journ. 1913. Nr. 3. S. 219—221. (Verf. glaubt an irgendwelche Umwandlungsmöglichkeit von Karzinom in Sarkom und umgekehrt und will Störungen in den innersekretorischen Organen, speziell der Hypophyse dafür verantwortlich machen.)

77. Fasiani, G. M., Über die Abderhaldensche Fermentreaktion bei Karzinom. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11. S. 267—269. Ref. Edinb. med. Journ. Bd. 12. Nr. 5. S. 440 bis 442. (96% positive Reaktionen mit dem Serum von Karzinomkranken, 65% negative mit dem von karzinomfreien Individuen. Die Abderhaldensche Reaktion bei Karzinom fällt in fast allen Fällen positiv aus. Ihre Spezifizität stellt sich aber zuweilen nicht klar heraus, weil im Substrat von nicht-spezifischen Seren zersetzbare Substanzen zurückgeblieben sind.)

78. Faure, J. L., La guérison du cancer de l'utérus. La Presse méd. Nr. 35. S. 331—332. (Empfehlung der abdominalen Totalexstirpation für alle Fälle, in denen die Gebärmutter noch beweglich ist. Die nachträgliche Bestrahlung erhöht noch den Heilungsprozentsatz. In seiner Pivartpraxis hat Faure in 20 Jahren 70% der Cervixkarzinome heilen sehen.)

79. Fetzer, M., Wesen und Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion, insbesondere in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Ver. f. wiss. Heilk. in Königsberg i. Pr. Sitzg. vom 26. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. S. 826. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 855. (In fünf Fällen von Uteruskarzinom und entzündlichen Adnextumoren war die Reaktion mit Plazenta viermal negativ, einmal positiv. Eine unspezifische Reaktion bei Karzinom ist denkbar in Fällen, wo der Organismus mit plasmafremdem Material überschwemmt wird und steht im Einklang mit Tierexperimenten, in denen künstlich und plötzlich viel plasmafremdes Material in die Blutbahn gebracht wurde. Vortragender hat dann in den meisten Fällen gleichzeitig auch Reaktionen gegen Leber-, Muskel- und Nierengewebe angestellt und dabei niemals ein positives Resultat erhalten. Im Rahmen der Untersuchungen hat sich die Abderhaldensche Reaktion als durchaus spezifisch erwiesen.)

79a. Fibiger, J., Weitere Untersuchungen über das Spiropterakarzinom der Ratte. Hospitalstidende. Nr. 34 u. 35. (Dänisch.) Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1915. Nr. 12. S. 406.

80. Fichera, G., Ausbau der Theorie des onkogenen Gleichgewichtsmangels und der histogenen Chemotherapie zur Entstehung und Behandlung der bösartigen Geschwülste. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 14. Heft 1. S. 46—56. (Früher italienisch erschienen in Tumori. 1913. Bd. 3. Nr. 1. S. 124—143. Nicht speziell gynäkologisch. Verf. sieht als Grundlage der Geschwulstgenese eine Disharmonie, eine Störung der chemischen und morphologischen Beziehungen der Gewebe an und sucht die Geschwülste zu heilen durch Beseitigung dieser Disharmonie mit Hilfe von Autolysaten, einer von der sogenannten Vakzination zu unterscheidenden Methode. Er nimmt das Prioritätsrecht dieser Methode in Anspruch.)

81. Fiessinger, Ch., La réaction d'Abderhalden dans le diagnostic du cancer, notamment dans le cancer des voies digestives. Soc. méd. d. hôp. de Paris. Sitzg. v. 5. Juni. Ref. La sem. méd. Nr. 23. S. 273. (Bei sicheren Karzinomen 61,2% positive, 38,7% negative Reaktionen; bei sicher nicht-karzinomatösen Erkrankungen 32,2% positive und 67,7% negative Reaktionen. Die Methode gibt keine genügende Sicherheit, um eine zweifelhafte Diagnose sicherzustellen. — Diskussion: Siredey hat bei den unter seiner Leitung angestellten Untersuchungen noch schlechtere Resultate bekommen wie Fiessinger. Boidin hatte unter neun sicher Karzinomkranken nur sechsmal eine positive Reaktion.)

82. Fischer-Defoy, Der Krebs. Fortschr. d. Med. Nr. 4. S. 100—108. (Sammelbericht.)

83. Fitz Gibbon, G., Uterus with malignant adenoma. Sect. of Obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 30. Okt. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2812. 21. Nov. S. 879. The Lancet. Nr. 4761. 24. Nov. S. 1252. (Operationspräparat von einer unverheirateten 60jährigen Frau. Die Wucherung hat die ganze, dicke Uteruswand durchsetzt und nur stellenweise ist noch eine Demarkationslinie als Überbleibsel der früheren Myomkapsel zu erkennen. Die Cervix war frei. — Ferner zeigte Vortragender das ähnliche Präparat eines nichtmalignen Adenoms einer 28jährigen Frau (cf. „Sonstiges", Nr. 3). — Diskussion: Smyly und Rowlette.)

84. Floercken, H., Über operationslose Geschwulstbehandlung. Reichs-Med. Anz. Nr. 6. S. 161—168. Nr. 7. S. 197—200. (Nicht speziell gynäkologisch. Übersicht.)

85. Forgue, E., Un programme de lutte contre le cancer de l'utérus. La Presse méd. Nr. 35. S. 329—331. (Belehrung der Ärzte und Hebammen nach den Vorschlägen Winters. Zur Information des Publikums empfiehlt er ein von der Obstetrical Society in New York herausgegebenes Merkblatt. Auch wird den Frauen der Gebrauch der

Blutungskurven nach de Seigneux angeraten, durch die sie auf Unregelmässigkeiten in der Menstruation aufmerksam werden.)

86. Franco, P. M., L'utilita dell' esame cistoscopico nel cancro dell collo dell' utero. Arch. ital. di Gin. 1913. Nr. 5. S. 131—132.

87. Fränkel, E., Über Spezifität und Wesen der Abderhaldenschen Abwehrfermente. Wiener klin. Rundschau. 1913. Nr. 38. (Resümee über die Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Reaktion am Institut für Krebsforschung zu Heidelberg mit der Schlussfolgerung, dass bei der augenblicklichen Methodik eine spezifische Fermentwirkung nicht vorliegt.)

88. — Über die Verwendung der Abderhaldenschen Reaktion bei Karzinom und Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8. S. 356—358. (Sammelreferat. Unsichere Resultate, die auf Grund eigener Erfahrungen nicht nur technischen Fehlern der Methode zur Last gelegt werden dürfen.)

89. — Weitere Untersuchungen mit der Abderhaldenschen Reaktion bei Karzinom und Tuberkulose. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. S. 589—590. (Mit Karzinomsubstrat wurden 129 Sera angesetzt. Unter den untersuchten Fällen waren von 40 klinisch, histologisch oder autoptisch sicheren Karzinomen 13, von 12 zweifelhaften 7 positiv. Von 77 anderen Fällen reagierten im ganzen 21 positiv, darunter 8 von 21 Graviden, 3 von 16 Sarkomen usw. Mit Sarkomgewebe wurden 62 Sera geprüft. Von 9 Sarkomen reagierten 5 positiv, von 53 anderen Fällen 11 Karzinome, 7 Gravide usw. Die Untersuchungen haben also weder bei Karzinom noch bei Sarkom (und Tuberkulose) bis jetzt klinisch und diagnostisch brauchbare Resultate ergeben.)

90. Frankl, O., Pathologische Anatomie und Histologie der weiblichen Genitalorgane. Bd. 2 des Liepmannschen kurzgefassten Handbuches der gesamten Frauenheilkunde. Leipzig, Vogel. (302 Seiten, 113 Abbildungen im Text und 34 farbigen Tafeln.)

91. Franz, K., Ureterverletzung bei der abdominalen Operation. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. Sitzg. vom 10. Juli. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40. S. 1829. (Die Methode der Invagination führte zu einem vollen Erfolge. Der Ureter lässt sich an der verletzten Stelle jetzt glatt mit einem Ureterkatheter passieren.)

92. Franz, K., Operative Behandlung des Uteruskarzinoms. In: Eine Woche Bauchchirurgie. Düsseldorf, Schmitz u. Olbertz. S. 75.

93. Freund, E., und G. Kaminer, Über Beziehungen sterischer Atomgruppierung zum Karzinom. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. S. 570. Wiener med. Wochenschr. Nr. 10. S. 386. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 674. La sem. méd. Nr. 7. S. 84. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 357—358. (Während von den vier existierenden Brenzweinsäuren zwei inaktiv sind, wirken ihre isomeren, die Malonsäurestruktur zeigen, zellzerstörend. Ebenso ist die Fumarsäure resp. Methyl-Fumarsäure inaktiv, während die isomere Malleinsäure und die isomere Methyl-Malleinsäure zellzerstörend wirkt. Die zellschutzgebenden Säuren verleihen bei Zusatz von normalem Serum diesem die Reaktionen eines Karzinomserums und bei Zusatz zu einer 0,1 $^0/_0$igen Dextrinlösung in 0,6 $^0/_0$ ClNa dieser die Eigenschaften, die ein Karzinomextrakt zeigt. Es erscheint dadurch die schädigende Wirkung der aus dem Darminhalte Karzinomkranker dargestellten, spezifisch wirkenden „Darmsäure" auf eine bestimmte sterische Stellung der COOH-Gruppen zu C-Atomen zurückgeführt.)

94. Friedenthal, H., Die Bekämpfung der bösartigen Geschwülste auf der Grundlage der Wachstumsphysiologie. Berl. physiol. Ges. Sitzg. vom 26. Juni. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. S. 1383—1384. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. S. 2137. (Nicht gynäkologisch. — Sauerstoffentziehung schädigt die Geschwulstbildung. Es handelt sich aber anscheinend nur um theoretische Erörterungen.)

95. Frigyesi, J., Der heutige Stand der Therapie des Uteruskrebses. Orvosi Hetilap. Nr. 9. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. S. 571.

96. — Uteruskarzinompräparat vier Monate nach Ligatur der Art. hypogastrica. Ungar. Ärzteverein in Budapest. Sitzg. vom 10. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. S. 817 bis 819. (Patientin, eine 52 jährige Frau, war vier Monate nach der Operation, die Verf. in Grenzfällen, die sich während der Laparotomie als inoperabel erweisen, ausführt, unter urämischen Erscheinungen plötzlich ad exitum gekommen. Zahlreiche Gefässe im Parametrium sind zum Teil hyalin degeneriert und mit Karzinomzellen ausgefüllt. — Diskussion: Mansfeld, Bársony üben dieses Verfahren in allen Grenzfällen; die Kranken erholen sich bald. Doch zirka jeder dritte Fall wird nach vier- bis fünftägigem Wohlbefinden plötzlich ungünstig, der Puls wird frequent und die

Kranke stirbt an Herzsymptomen. Vortragender glaubt an Autointoxikation des vom frischen Blute abgesperrten Organes als Todesursache. Tóth versuchte die Operation erfolglos in einem inoperablen Falle zur Stillung der heftigen Blutungen. Das Präparat zeigte starke Anastomosen von allen Seiten. Kubinyi stimmt dem bei.)

97. Fritsch, K., Bewertung der Abderhaldenschen Karzinomreaktion. 43. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 15.—18. April in Berlin. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 935. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 867. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. S. 1148. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. S. 736. Wiener med. Wochenschr. Nr. 24. S. 1346. La Sem. méd. Nr. 17. S. 201. La Presse méd. Nr. 49. S. 472. Als Original erschienen im Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. Heft 2. (Wenn die Ausführung der Reaktion im Laboratorium schon auf grosse Schwierigkeiten stösst und es fast unmöglich erscheint, alle Fehlerquellen auszuschliessen, so ist ihre Einführung in die allgemeine Praxis zurzeit noch ganz unmöglich. — Diskussion: Heymann ist derselben Meinung.)
98. Gemmell, J. E., Specimen of adeno-carcinoma of the uterus. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. in Liverpool am 16. Okt. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2812. 21. Nov. S. 881. (Stammt von 52jähriger Patientin mit Leibschmerzen und leichter Absonderung aus der Scheide.)
99. Göbel, F., Über Carcinoma corporis uteri mit spezieller Berücksichtigung seiner Kombination mit Myomatosis uteri. Dissert. in. Würzburg. Juli.
100. Gordon, W., The value of the cardiac sign in cancer. Fifty consecutive diagnoses with 6 per cent of error. The Lancet. Nr. 3. S. 161—164. (Nicht speziell gynäkologisch. Beim Karzinom soll die Herzdämpfung beim Liegen kleiner sein wie im Stehen.)
101. Grad, H., Suspected carcinoma of the body of the uterus in a nineteen-year-old girl. Sect. of obst. and gyn. of the New York acad. of med. Sitzg. vom 24. Febr. Ref. Med. Record. Bd. 85. Nr. 14. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 5. S. 859—860. (Unter der Diagnose: submuköser Polyp wird das Cavum uteri nach Hysterotomie eröffnet, weiche zottige Massen werden mit der Curette entfernt und ein zystischer Ovarientumor wird exstirpiert. Die histologische Diagnose ergab Carcinoma corporis. Patientin menstruierte drei Monate nach der Operation nicht. Grad erhofft von der Abrasio einen Dauererfolg.)
102. Graef, W., Trauma und Tumor. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1913. Nr. 6. S. 603—637. (Zusammenfassende Übersicht. Trauma ist als Entstehungsursache von Geschwülsten stets mit grösster Skepsis zu betrachten.)
103. Green, C. E., The cancer problem: a statistical study. Edinb. u. London. Wm. Green and Sons. 3. Aufl. 98 Seiten, illustriert. Preis 5 Shilling. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2781. 18. April. S. 866. (Verf. sucht Zusammenhang zwischen der Verwendung stark schwefelhaltiger Kohle und Brennmaterialien und das Vorkommen von Karzinom beim Menschen.)
104. Green, R. M., and F. C. W. Konrad, Treatment of uterine carcinoma with cancerous ascitic fluid. Boston med. and surg. Journ. Bd. 170. Nr. 10. S. 352—354. Ref. Brit. med. Journ. Nr. 2785. 16. Mai. Ep. of curr. med. litt. S. 79. (Mit der Aszitesflüssigkeit eines inoperablen Karzinomfalles wurde diese Patientin selbst und fünf andere, die gleichfalls an inoperablem Gebärmutterkrebs litten, vier Monate lang gespritzt. Der Erfolg war nur sehr gering und Besserung liess sich nur in zwei Fällen feststellen. Auf die Neubildung übte die Injektion keinen Einfluss aus.)
105. Griffith, F. Webb, A discussion of cancer of the uterus. Intern. Journ. of surg. 1913. Nr. 12. S. 434—438. (Allgemeines. Nichts Neues.)
106. Guthrie, J. A., Cancer. New York med. Journ. 1913. Bd. 98. Nr. 23. S. 1116—1117. (Ursache des Krebses soll eine Störung in der Atomgruppierung der Moleküle sein.)
107. Gutierrez y-Gonzalez, E., Tratamiento del cancer uterino. Rev. ibero-americana de ciencias med. 1913. Bd. 29. Nr. 106.
108. H. F., Seventeen cases of „cancer“ incidence. The Brit. med. Journ. Nr. 2772. 14. Febr. S. 368. (17 Fälle unter den Bewohnern einer vier Meilen langen Strasse innerhalb fünf Jahren.)
109. Haendly, P., Ausbreitung und Metastasierung von Uterus- und Ovarialkarzinom. Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 24. April. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. S. 1545. (Mitteilung der Operations- und Sektionsbefunde der im letzten Jahre in der Universitäts-Frauenklinik beobachteten und behandelten Fälle. Die Resultate bewegen sich im Rahmen der bisherigen Beobachtungen.)

110. Haendly, P., Demonstration eines alveolaren Korpuskarzinoms. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. v. 13. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 571. (55jährige Frau. Daneben Adnexkarzinom, das nicht die Zottenbildung des Korpuskarzinoms zeigt. Es scheint also nicht gleichen Ursprungs zu sein.)

111. Haim, E., Verhütung der allgemeinen Peritonitis bei Operationen im kleinen Becken, insbesondere bei der erweiterten abdominellen Totalexstirpation des Uterus wegen Karzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. S. 471—474. (Technisches. Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert.)

112. v. Hansemann, D., Über das Vorkommen von Geschwülsten in den Tropen. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 14. Heft 1. (Nicht speziell gynäkologisch. Die Geschwulstbildung, speziell die bösartige, wird weder durch geographische noch durch Rassenbedingungen beeinflusst. Die einzige Ausnahme bilden die Fibrome, die unter einem ganz ausgesprochenen Einfluss der Rasseneigentümlichkeiten stehen. Es kommt in den Kolonien keine Geschwulstart zur Beobachtung, die in Europa unbekannt wäre und umgekehrt kommt in Europa keine Geschwulst vor, die bei den Eingeborenen fehlt. Malaria und Krebs schliessen sich gegenseitig nicht aus. Karzinome, die von der Epidermis ausgingen, wiesen keine Pigmentierung auf, so dass die Fähigkeit, Pigment zu bilden, in den Krebsgeschwülsten verloren geht.)

113. — Über Krebsprobleme. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 27. Juli. Als Original erschienen i. d. Deutschen med. Wochenschr. Nr. 38. S. 1753—1756. (Aus dem Studium der Mäusekarzinome sind für die Praxis beim Menschen keinerlei Erfolge zu erwarten, da beide Erkrankungen ganz verschiedener Art sind. Die Entdeckung Fibigers wird erst auf den richtigen Weg führen. — Schwierigkeiten der mikroskopischen Diagnose des Krebses; Einfluss derselben auf die Beurteilung der Erfolge der Krebsbehandlung. Nur bei solchen Erkrankungen, die auch dann und wann spontan heilen, lassen sich von internen Mitteln Erfolge erhoffen. Echte Krebse gehören nicht dazu; sie heilen nie von selbst. — Im Anschluss an diesen Vortrag hält A. Bier eine Demonstration zur Krebsfrage. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. S. 2138—2139, cf. Nr. 21.)

114. Hanser, R., Über Krebstheorien. Antrittsvorlesung in Rostock. 1913. (25 Seiten; Preis Mk. 0,60.)

115. Hara, K., Über Komplementbindungsreaktion bei malignen Tumoren mit chemischen Substanzen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. S. 484—486. (Auf Veranlassung von v. Dungern wurden eine grosse Anzahl chemischer Substanzen an Stelle des Extraktes zur Tumorreaktion verwandt, unter denen sich Maltose und Phenolphthalein für die Komplementablenkungsreaktion am geeignetsten erwiesen. Diese sind als Ersatzmittel des Blutextraktes durchaus brauchbar, wenn sie auch keine absolute Übereinstimmung aufweisen. Maltose ist noch etwas spezifischer als Phenolphthalein. — Technik der Methode.)

116. — Zur Serodiagnostik der malignen Geschwülste. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. S. 1258—1259. (Fortsetzung einer Arbeit in derselben Zeitschrift 1913, Nr. 52 — cf. Jahrgang 26 dieses Jahresberichtes, Kapitel „Karzinome", Nr. 150 — in der die weiteren Resultate der Untersuchungen mittelst Meiostagminreaktion nach Ascoli und Izar und der Komplementbindungsreaktion nach v. Dungern bei malignen Geschwülsten mitgeteilt werden. Es wurden 34 Sera von Tumorkranken untersucht. Die Meiostagminreaktion (Technik!) mit Kochsalzlösung ergab in 24, mit Zuckerlösung in 27 Fällen und die Komplementbindung in 29 Fällen positives Resultat (Tabelle!). Die Resultate der Meiostagmin- und die der Komplementbindungsreaktion decken sich nicht. Man kann eher sagen, dass sie sich ergänzen. Verf. kommt zum Schluss, dass die Meiostagminreaktion für die Serodiagnostik der malignen Geschwülste recht brauchbar ist, besonders wenn isotonische Traubenzuckerlösung zur Verdünnung des Serums angewandt wird. Die Komplementbindungsreaktion ist noch etwas spezifischer als die Meiostagminreaktion.)

117. — Untersuchungen über das Wesen der Komplementbindungsreaktion des Serums von Tumorkranken. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. (Erweiterte Nachprüfung der Versuche Romingers; die verschiedenen Komplementbindungsreaktionen können imitiert werden, wenn man Normalserum mit gewissen Substanzen versetzt (Maltose-Phenolphthalein).

118. Hedinger, E., O. v. Herff, H. Hunziker, F. de Quervain und R. Stähelin, Die Krebskrankheit und ihre Bekämpfung. Fünf Vorträge. Basel, Verlag von Kober (F. Spittlers Nachf.). (112 Seiten. Preis Mk. 1,50.)

119. Heimann, F., Über den Wert der Antitrypsinbestimmung in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6. S. 768—772. (Bei Karzinomkranken ist die Reaktion fast immer positiv, ebenso bei Fieber und manchmal auch bei anderen gynäkologischen Erkrankungen. Es kann diese Reaktion also nur eine unterstützende Rolle für die Diagnosenstellung spielen und ist für die Praxis nicht brauchbar.)

120. — und K. Fritsch, Zur Frühdiagnose des Karzinoms vermittelst der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Med. Sekt. d. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur zu Breslau. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. S. 730. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 572. Als Original erschienen in Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 3. S. 659 bis 671. (Die Abderhaldensche Reaktion ist zurzeit noch nicht praktisch verwertbar; die Technik ist zu schwierig, die Fehlerquellen sind zu zahlreich. Nur in einer noch früheren Frühdiagnose und damit einer besseren Prognose des Karzinoms sehen die Verff. die grosse Zukunft der Abderhaldenschen Reaktion. — Eigene Erfahrung an 34 Fällen.)

121. Heinemann, C., Zur Frage der karzinomatösen Implantationsmetastase im Uterus. Kasuistischer Beitrag. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 3. S. 462—473. (In einem Falle von gleichzeitigem Magen- und Portiokarzinom gelangt der Verf. zu dem Schluss, dass zunächst vom Magen aus eine Implantationsmetastase auf das Peritoneum des Douglas zustande kam und dass von da aus ein Einwuchern in die Parametrien, in die Wand des Corpus uteri und der Cervix stattfand, wo durch lokale stärkere Weiterentwicklung das Portiokarzinom entstand. Danach ist das Peritoneum nicht, wie man angenommen hatte, eine ungünstige Entwicklungsstätte für das Karzinom.)

122. Henke, Fr., Zur Frage der Malignität der Mäusekarzinome. Arb. a. d. Geb. d. path. Anat. u. Bakt. Bd. 9. Heft 1. S. 137—143. (Nicht gynäkologisch.)

123. — und B. Schwarz, Übertragung von Mäusekarzinomen durch filtriertes Ausgangsmaterial. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. S. 267—268. (Nicht gynäkologisch.)

124. Heuner, K., Kasuistischer Beitrag zur Lehre vom Uteruskarzinom. Dissert. in. Erlangen. Jan.

125. Hillger, H., Über die Leukozytenresistenz beim Karzinomkranken. Dissert. in. Freiburg i. Br. Sept.

126. Hinrichs, G., Über eine neue Methode zur Diagnose der bösartigen Geschwülste. Dissert. in. Jena. August.

127. van der Hoeven, P. C.,T., Moet de behandeling van het uteruscarcinoom gewijzigd worden?) (Soll die Behandlung des Uteruskarzinoms geändert werden?) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Nr. 6. S. 362—366. (Holländisch.) (Geschichtliche Übersicht der operativen Behandlung mit Angabe der Mortalitäts- und Operabilitätsprozente, speziell auch der holländischen Frauenkliniken. Ablehnung der Radiumbehandlung, Empfehlung der Röntgenbestrahlung, ohne eigene Erfahrungen. Nichts Eigenes. Eine Antwort auf obige Frage gibt die Arbeit nicht.)

128. Hoffman, F. L., The cancer mortality of greater New York. New York med. Journ. 1913. Bd. 98. Nr. 25. S. 1217—1218. (Statistisches.)

129. Hölder, H., Zur Verwendung von kolloidem Selen bei der Behandlung maligner Tumoren. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 122.

130. Holtz, G., Über das Karzinom in jugendlichem Alter mit besonderer Berücksichtigung des Ovarialkarzinoms. Diss. in. März. Greifswald.

131. Hopmann, F. W., Über den erhöhten Eiweissepitheldruck bei bösartigen Geschwülsten. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 14. Heft 1. S. 84—93. (Eine Erhöhung des Druckes des Nahrungseiweisses auf das Epithel soll die Ursache für die Entstehung bösartiger Geschwülste abgeben. Prophylaktisch und therapeutisch ist eine Herabsetzung der Eiweisszufuhr bis auf jene Grenze, bei welcher der Epitheldruck ungefähr normal wird, anzustreben.)

132. Izar, G., Über die Natur der Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten. Zeitschrift f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther. Orig.-Bd. 21. Heft 1/5. S. 301—308. (Durch den Befund von Micheli und Cattoretti, dass Pankreasextrakt sich wie Tumorextrakte zur Reaktion eignen, ist der Auffassung der Meiostagminreaktion als Immunreaktion jeder Boden entzogen.)

133. — und P. Ferro, Nota 3. Sugli antigeni per la reazione meiostagmica nei tumori maligni. Esteri della mannite. Tumori. Bd. 3. Nr. 5. S. 597—598. (Italienisch.)

134. — — Nota 4. Antigeni sintetici per la reazione meiostagmica nei tumori maligni. Esteri della colesterina. Tumori. Bd. 3. Nr. 5. S. 599—600. (Italienisch.)

135. Jansen, V. H., Myom und Korpuskarzinom am Uterus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. S. 207—229. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 9. S. 111—114. (Russisch.) (Weder eine Endometritis glandularis noch eine Hyperplasia mucosae glandularis werden vom Myom hervorgerufen. Sie können daher auch nicht zur Erklärung des inneren Zusammenhanges zwischen Myom und Korpuskarzinom herangezogen werden. Die Hyperämie der Mucosa uteri myomatosi ist eine fast konstant anzutreffende Erscheinung und ist das einzige uns bekannte Moment, das wir als einen die Entstehung des Korpuskarzinoms begünstigenden Vorgang auffassen können; begünstigt wird sie, wie angeführte statistische Zahlen beweisen, zweifellos vom Myom. Im eigenen Material des Verf. kamen auf insgesamt 458 Fälle von Myom, von denen 306 operiert wurden, 13 Fälle von Korpuskarzinom, d. h. 2,8% aller, 4,25% der operierten Fälle.)

136. Jayle, F., L'opothérapie hypophysaire en gynécologie; ses résultats immédiats. Presse méd. Nr. 26. S. 245—246. (Erstaunlicher Erfolg bei einem inoperablen Karzinom: Aufhören der Blutung und Jauchung, Besserung der Schmerzen, Kräftigung des Allgemeinbefindens. Der Lokalzustand ändert sich jedoch nicht.)

137. Joltrain, E., et Poggen Paul, Pouvoir antitryptique du sérum chez les cancéreux et dans les maladies infectieuses aiguës (typhoïde, pneumonie). Assoc. franç. pour l'étude du cancer. Sitzg. vom 27. April. Ref. La Presse méd. Nr. 42. S. 408. (Verfahren nach Stévenin: fehlende milchkoagulierende Wirkung eines Gemisches von Trypsin und antitryptisches Serum, ist jetzt das beste. Das antitryptische Vermögen des Serums ist bei Karzinomen des Verdauungstraktus stark erhöht, unabhängig von der Kachexie. Bei Krebsen anderer Organe kann es sogar herabgesetzt sein. Gleichzeitig soll auch immer die Reaktion nach Abderhalden mit angestellt werden. In den bisher untersuchten Fällen gaben beide stets übereinstimmende Resultate.)

138. Józsa, E., und M. Tokeoka, Untersuchungen über die Epiphaninreaktion bei Krebskranken. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. S. 590—591. (Mit Hilfe dieser Reaktion lassen sich Antikörper des Krebseiweisses im Blutserum von Krebskranken nachweisen. Die Reaktion ist bei klinisch sicher karzinomfreien Fällen in der weit überwiegenden Mehrzahl negativ. Bei klinisch sicheren Karzinomen ist dieselbe in 81,5% positiv.)

139. Jung, Ph., Die Leistungsfähigkeit der vaginalen Köliotomie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1. S. 46—63. (Beim Karzinom kommt die vaginale Köliotomie nur bei Korpuskarzinom und bei sehr fettleibigen und sehr alten Frauen in Frage. — Myome werden nur dann vaginal operiert, wenn dies ohne grosse Schwierigkeiten möglich ist. Bei entzündlichen Adnexerkrankungen und bei Extrauteringravidität ist der Weg per laparotomiam vorzuziehen. — Technik.)

140. Kahle, H., Einiges über den Kieselsäurestoffwechsel bei Krebs und Tuberkulose und seine Bedeutung für die Therapie der Tuberkulose. Med. Ges. zu Jena. Sitzg. vom 19. Febr. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. S. 752 bis 756. (Bei Krebskranken wird weniger Kieselsäure durch den Harn ausgeschieden als unter normalen Verhältnissen. Im Pankreas sind bedeutend grössere Mengen Kieselsäure vorhanden als unter normalen Umständen. Eine Erklärung dafür ist vorläufig noch nicht zu geben.)

141. Kakuschkin, N. M., Zur Frage der Indikation und Technik der radikalen Operation beim Carcinoma uteri. Russki Wratsch. Nr. 15. S. 525. (Russisch.) (Verf. hält die Uterusexstirpation bei sogenannten gutartigen Hyperplasien des Cervixepithels und Erosionen für zulässig. Er benutzt den Pfannenstielschen Querschnitt. Technik und Indikationen der vaginalen und abdominalen Operationsmethoden. Mitteilung der Resultate an 21 Fällen, die aber höchstens 1½ Jahre alt sind.)

142. Kayser, C., Zur Diagnose und Behandlung der Ureterverletzungen in der Gynäkologie. Ges. d. Charité-Ärzte, Berlin. Sitzg. vom 12. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 653—655. (Zusammenstellung aller in der Charité-Frauenklinik seit Oktober 1910 behandelten Ureterenverletzungen. — Diagnose. — Behandlung.)

143. De Keating-Hart, Researches on the pathogenesis of cancer. Practitioner. 1913. Bd. 91. Nr. 4. S. 445—459. (Krebswucherung ist die Folge einer Überkultur von Zellen in einem entzündlich gereizten Gewebe.)

144. — The rational treatment of cancer. Practitioner. 1913. Bd. 91. Nr. 5. S. 669—674. (Die operative Therapie soll mit Fulguration kombiniert werden. Aber auch bei Röntgen- und Radiumbehandlung wird dadurch bei vielen inoperablen Tumoren die therapeutische Wirkung gesteigert.)

145. De Keating-Hart, Die physikalische Therapie der Geschwülste. In: Eine Woche Bauchchirurgie. Düsseldorf, Schmitz u. Olbertz. S. 132.
146. Kelling, G., Demonstration mittelst sensibilisierter Embryonalzellen erzeugter Geschwülste. 43. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Chir. 15.—18. April in Berlin. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. S. 817. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 935. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. S. 1016. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 593. Als Original erschienen im Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. Nr. 3.
147. — Blutserumuntersuchungen bei Karzinomatösen mit neuer verbesserter Methode. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26. S. 927—931. (Durch eine Modifikation seiner heterolytischen Reaktion erhielt Kelling bei 65 Karzinomfällen des Verdauungskanals 58mal, d. i. in ca. 90%, unter 185 nicht karzinomatösen Fällen nur 6mal, d. i. in ca. 3% ein positives Resultat. Die Sicherheit der Diagnose lässt sich beträchtlich erhöhen. wenn ausserdem eine der anderen Serumuntersuchungen ausgeführt wird, wozu sich vor allem die Ascolische Meiostagminreaktion eignet. Bei dem positiven Ausfall beider Reaktionen wird das Vorhandensein eines Karzinoms höchstwahrscheinlich.)
148. Kelly, H. A., and J. C. Neel, Cauterisation of inoperable carcinoma of the cervix. Bull. Johns Hopk. Hosp. 1913. Bd. 24. Nr. 274. S. 372—375. (Verf. bezwecken damit, das Karzinom vielleicht noch operabel zu machen.)
149. Kennedy, B., Early recognition of cancer of the uterus. Indiana State med. Soc. Sitzg. vom 24.—25. Sept. Ref. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 63. Nr. 17. S. 1499. (Allgemeines über populäre Prophylaxe. — Diskussion: Sterne.)
150. Keysser, Fr., Zur Chemotherapie subkutaner und in Organen infiltrierend wachsender Mäusetumoren. Zeitschr. f. Chemother. Bd. 1. Heft 2—4. S. 188. (Fortsetzung der v. Wassermannschen Versuche mit Eosin-Selen bei subkutanen Mäusetumoren. Sämtliche im Handel befindliche Eosine der verschiedenen Fabriken: Kalle, Höchst, Griesheim, Sandoz, Cassella und Weiler wurden bezüglich ihrer Färbungsintensität und ihrer Giftigkeit untersucht. — Mit einem Beitrag: Methode und Technik zur Züchtung infiltrativer Mäusetumoren.)
151. King, W. W., The serum reaction in pregnancy and cancer by the coagulation method. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 6. S. 296—303. (Die Koagulationsmethode nach Williams und Pearce (Proceedings of the Soc. for exp. Biol. and Med. New York. 1913. Bd. 10. Nr. 3. S. 73] bedarf keiner speziellen Apparate, vermeidet die Fehler, welche den mangelhaften Dialysierschläuchen anhaften und ist nicht so empfindlich für geringe Hämolyse des Serums. Technik und Schwierigkeiten werden genau beschrieben. Von sechs Karzinomen reagierten vier mit Karzinomserum positiv; bei den beiden anderen ist bisher die Diagnose noch nicht klinisch sichergestellt worden. Verf. hält die Fermente nicht für spezifisch. Von acht malignen Tumoren reagierte das Serum in drei Fällen positiv mit Plazentargewebe. Karzinome und Sarkome lassen sich mittelst der Reaktion nach Abderhalden diagnostizieren, jedoch nicht mit Sicherheit von Schwangerschaft unterscheiden.)
152. Knauer, E., Klinische Beobachtungen über die Beeinflussung maligner Tumoren und chronischer Entzündungsprozesse durch kolloide Metalle. Mitteil. d. Vereins d. Ärzte in Steiermark. Nr. 4. S. 113—120. (Es wurde auf elektrischem Wege gewonnenes kolloidales Selen und kolloidales Kupfer aus dem Laboratorium Clin angewandt. Verabreichung fast ausnahmslos in Form intravenöser Injektion in der Menge von 5 oder 10 ccm jeden zweiten Tag. Es kamen vorwiegend Uteruskarzinome und sechs chronische Entzündungsprozesse der inneren Genitalien zur Behandlung; im ganzen 42 Fälle, denen 270 Injektionen verabreicht wurden. Ausführliche Beschreibung sämtlicher Krankengeschichten. Der Effekt der Injektionen ist in manchen Fällen direkt ein auffallender. Vollständiges Verschwinden des Tumoren konnte jedoch nicht beobachtet werden.)
153. Koenigsfeld, H., Beobachtungen und Studien über die Metastasenbildung beim Mäusekrebs. Zentralbl. f. Bakt., Parasitenk. u. Infektionskrankh. 1913. Orig.-Bd. 72. Nr. 4/5. S. 335—344. (Von der Überlegung ausgehend, dass von den verschleppten Tumorzellen nur die besonders resistenten zu Metastasenbildung führen, verimpfte Koenigsfeld Metastasenmaterial und bekam bei den geimpften Mäusen in 87% makroskopisch sichtbare Metastasen gegen 33,3% (Maximum) bei den mit dem Primärtumor geimpften Tieren. Koenigsfeld stellt sich demnach in diametralen Gegensatz zu der athreptischen Theorie Ehrlichs.)
154. — Versuche zur Immunisierung gegen Mäusekarzinom. Hyg. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur zu Breslau. Sitzg. vom 5. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18.

S. 852. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. S. 1547. Als Original erschienen im Zentralbl. f. Bakt., Parasitenk. u. Infektionskrankh. Orig.-Bd. 73. Heft 4 5. S. 316—327. (Durch intensive Vorbehandlung mit Tumortrockenpulver in steigenden Mengen wurde bei Mäusen fast stets und einwandfrei ein Schutz gegen eine nachfolgende Impfung mit einem vollvirulenten Tumor [Mäusekarzinom] erzielt. Oft wurde eine Rückbildung schon angegangener Tumoren beobachtet. Vorbehandlung mit getrockneten normalen Geweben hatte dagegen keine Immunität zur Folge. Verf. verspricht sich von dieser Autovakzination auch beim Menschen Erfolg.)

154a. Kohlhardt, H., Über die Wirkung des Abderhaldenschen Krebsserums. I. Klinischer Teil. Fermentforschung. I. Jahrg. Nr. 1. S. 76. (Auf Grund der Anschauungen von den Abwehrfermenten wurde ein Krebsserum in der Weise dargestellt, dass Pferde, Hammel und andere Tiere Krebspressaft oder eine Emulsion von Karzinomgewebe subkutan injiziert bekamen. Das später entnommene Blutserum zeigte dann starken Abbau von gekochtem Karzinomgewebe. Wenn möglich wurde Pressaft aus dem exstirpierten Tumor gewonnen, da das Serum hochgradig spezifisch ist. Es werden weiterhin 4 Fälle beschrieben, die mit diesem Serum behandelt wurden. Die ersten beiden befanden sich in sehr schlechtem Zustand, wurden gebessert und leben noch. Die beiden anderen sehr vorgeschrittenen Fälle kamen zum Exitus. Kohlhardt gewann aber den Eindruck, dass die Behandlung doch einen Nutzen hatte. Anaphylaktische Erscheinungen kamen vor, waren aber nicht bedenklich. Man kann sich durch den Wechsel der Versuchstiere helfen.)

155. Kolb, K., Die Topographie des Krebses in Bayern. Ärztl. Verein in München. Sitzg. vom 11. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. S. 1096

156. Korante, Les résultats éloignés de l'hystérectomie pour cancer du col de l'utérus. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 17. (47 Seiten.)

157. Kotzulla, O. H., Zur Chirurgie der tiefen Beckendrüsen. Dissert. in. Breslau 1913.

158. Kouinne, S., Résultats éloignés du traitement du cancer de l'utérus à la clinique gynécologique de Genève. Diss. in. Genève 1913.

159. Krebsforschung, Badisches Landeskomitee für —. Sitzg. vom 7. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 673 bis 674. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 404.

160. Kriwsky, L. A., Über die abdominale Radikaloperation des Gebärmutterkrebses nach dem Material der gynäkologischen Abteilung des Obuchow-Frauenhospitals. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. S. 766—770. (Von 736 Fällen von Uteruskrebsen wurden 18,4% operiert, d. h. 109 Kranke. Von diesen starben 15 = 13,7%. Rezidivfrei waren 11 Patientinnen noch 2—3 Jahre nach der Operation, 27 bekamen Rezidive. von den übrigen fehlen Nachrichten. Prima intentio wurde in 50% erzielt. Der Pfannenstielsche Querschnitt wurde 71 mal, der Längsschnitt 38 mal gemacht.)

161. Krönig, B., Das Krebsmerkblatt des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Krebskrankheiten. Freiburger med. Ges. Sitzg. vom 21. Juli. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr 36. S. 1619. (Vortragender hat das Krebsmerkblatt nicht unterschrieben, weil er mit demselben sich nicht einverstanden erklären kann. Durch Erzeugen von Neurasthenie und Hypochondrie schadet dasselbe weit mehr als es nützt.)

162. Krym, R., Über die Chemotherapie maligner Geschwülste. Russki Wratsch. Nr. 9. (Nur im Tierexperiment ergab bisher die Chemotherapie bösartiger Neubildungen ermunternde Resultate. Beim Menschen jedoch ist die Behandlung von Geschwülsten mit kolloidalen Metallpräparaten gänzlich ergebnislos geblieben. Eine Besserung im subjektiven Befinden mancher Patienten erklärt sich wohl durch psychische Beeinflussung.)

163. Labbé, A., Plasma germanitif et cancer. Gaz. méd. de Nantes. 1913. Nr. 2. S. 21 bis 26. Nr. 3. S. 41—50. (Theorie Beards von der Entstehung des Krebses.)

164. Lambinon, H., Cancer utérin. Journ. d'accouchements. Nr. 14. S. 123. (Rolle der Hebamme bei der Frühdiagnose des Uteruskrebses.)

165. Lampé, A. B., Die Karzinomdiagnose mittelst der Abderhaldenschen Reaktion. XXXI. Deutscher Kongr. f. inn. Med. in Wiesbaden vom 20.—24. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. S. 1144. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. S. 959. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. S. 1089. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23. S. 829. La sem. méd. Nr. 19. S. 222. (Nicht speziell gynäkologisch. Ausführliche Mitteilung der Technik und der Versuchsbedingungen beim Karzinom. Eigene Erfahrungen an 82 Fällen. Die Reaktion soll eine wertvolle Bereicherung der klinischen Hilfsmittel zur Erkennung des Krebses sein. Es wäre unrichtig, in ihr eine Methode zu suchen,

mit der man absolute Diagnosen stellen kann, denn sie ist eine biologische Methode, deren Grundlagen noch nicht definitiv klargestellt sind.)

166. Latzko, W., Cervixkarzinom, abdominelle Radikaloperation mit Resektion der Vena iliaca externa dextra. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 34. S. 1951. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. S. 1023—1024. (Ausser geringer Schwellung des Beines glatter Verlauf. Die Resektion war durch innige Verwachsung eines Drüsenpaketes mit der Venenwand indiziert. — Diskussion: Wagner.)

166a. Lauritzen, A. G., Om Radium- og Röntgenbehandling af Cancer uteri. (Über Radium- und Röntgenbehandlung von Cancer uteri.) Übersichtsartikel. Ugeskr. f. Laeger. p. 1508—1516. (O. Horn.)

167. Lazarus-Barlow, W. S., The cause and cure of cancer viewed in the light of recent radio-biological research. Brit. med. Journ. Nr. 2784. 9. Mai. S. 1001—1006.

168. Le Dantec, F., Considérations biologiques sur le cancer. Paris, A. Pointrat. (35 Seiten. Preis: Frcs. 1.—.) (Theorie über die Entstehung des Karzinoms. Verf. hält die Wirkung eines chronischen Reizes für die wahrscheinlichste Ursache.)

169. Leitch, A., The serum diagnosis of pregnancy and of cancer: a critical study of Abderhaldens Method. The Brit. med. Journ. Nr. 2795. 25. Juli. S. 161—165. Nr. 2798. 15. August. S. 330—335. (In 17% von 100 Fällen, in denen die Reaktion hätte positiv sein müssen, fiel sie negativ aus. Verf. bezweifelt sehr den diagnostischen Wert der Reaktion.)

170. Leprévost, Le cancer du col de l'utérus avant trente ans. Thèse de Paris 1913.

171. Lewin, C., Stand und Aussichten der Krebsbehandlung. Zentralbl. f. d. ges. Therap. Heft 1. S. 1—7. (Zusammenfassende Übersicht.)

172. Lewin, S., Cancer and a plea for earlier diagnosis. Journ. of the Michigan State med. Soc. Nr. 1. S. 27—30. (Nichts Neues.)

173. Liegner, B., Zur Histologie des Carcinoma cervicis uteri. Dissert. in. Breslau.

174. Lipschitz, K., Ein Fall von primärem Tubenkarzinom auf dem Boden alter Tuberkulose. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1. S. 33—46. (Das Karzinom wurde bei einem Falle gefunden, der wegen Myom zur Operation kam. Im Anschluss an den eigenen Fall werden die Fälle der Literatur kurz besprochen. Bei der Malignität der Erkrankung empfiehlt sich, falls die Diagnose gestellt ist, die radikale Operation nach Freund-Wertheim.)

175. Lissauer, M., Neuere Arbeiten über Geschwülste. Med. Klinik. Nr. 4. S. 427—429. (Übersichtsreferat.)

176. — Neuere Arbeiten über Geschwülste. Med. Klinik. Nr. 24. S. 1024—1025. (Sammelreferat.)

177. Little, S. W., A study of cancer. Boston med. and surg. Journ. Bd. 170. Nr. 3. S. 77 bis 80. Nr. 4. S. 126—130. Nr. 5. S. 163—166. Nr. 6. S. 198—199. (Biologie der Krebsentwicklung. Jede Zellart des Körpers soll in bestimmten Beziehungen zu einer Drüse mit innerer Sekretion stehen, die dem gleichen Keimblatt entstammt. Erkrankt die entsprechende Drüse, so fällt die Regulierung des Lebens, besonders des Stoffwechsels und des Wachstums der betreffenden Zellart fort und das wechselseitige geordnete Verhältnis zwischen verschiedenen Zellgruppen wird gestört. Die Einzelheiten sowie die nähere Begründung und praktische Ausarbeitung dieser Theorie sind im Original durchzulesen.)

178. Litwak, W., Ein Fall von primärem papillären Adenokarzinom des Corpus uteri mit Metastasen am Ovarium. Dissert. in. Berlin. Juni.

179. Lizcano, P., Nota clinica de los canceres uterinos registrados en la consulta de ginecologia de la Inclusia. El siglo med. 1913. Nr. 3101. 17. Mai.

180. Lohmeyer, G., Über das Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität, puerperalen Erkrankungen und Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. Dissert. in. Berlin. Febr. Als Original erschienen i. d. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. (Verstärkte Wirkung derselben u. a. bei Karzinom, Tuberkulose usw.)

181. Lorenz, F., Eigenartige Form und Ausbreitung eines Uteruskarzinoms. Arb. a. d. Geb. d. pathol. Anat. u. Bakt. Bd. 9. Heft 1. S. 94—101. (Kasuistisch. 58jährige Frau, unter den Symptomen einer Apoplexie gestorben. Es wurde ein nekrotisches Karzinom im Cavum uteri gefunden, das klinisch so gut wie gar keine Erscheinungen gemacht hatte, sowie multiple Metastasen im Gehirn und in der linken Nebenniere, Thrombose und Infarkt in der rechten Lunge, Stauungsleber.)

182. Lowy, O., A serum reaction as an aid in the diagnosis of cancer. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 62. Nr. 6. S. 437—438. Ref. Edinb. med. Journ. Bd. 12. Nr. 5. S. 440—442. (In 19 Fällen war die Abderhaldensche Reaktion bei Karzinomen immer positiv; in Fällen anderer Erkrankungen, unter denen auch eine früher wegen Karzinom operierte, bisher rezidivfreie Patientin, immer negativ bis auf drei Fälle. Letztere Fehldiagnosen können auf technischen Fehlern beruhen.)

183. Lubarsch, O., Allgemeine Pathologie der Nachkrankheiten. Präkarzinomatöse Zustände. Metastasen, Metaplasie. Regeneration und Transplantation. Jahresk. f. ärztl. Fortb. Jahrg. 5. Heft 1. S. 23—58.

184. Lunckenbein, H., Zur Behandlung maligner Geschwülste. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. S. 18—21. (Intravenöse Autolysatbehandlung. Überraschend gute Resultate. Nur nicht-gynäkologische Fälle. Technik der Zubereitung.)

185. — Die Behandlung maligner Geschwülste mit Tumorextrakt. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 19. S. 1047—1049. (Auf Grund seiner jetzt etwa 40 Fällen von inoperablen, meist schon sehr vorgeschrittenen Karzinomen und Sarkomen umfassenden Erfahrungen, hält der Verf. die systematisch durchgeführten intravenösen Einspritzungen von Tumorextrakt für eine der erfolgreichsten Methoden der bisherigen Krebstherapie. Durch die Einverleibung der Geschwulsteiweisskörper wird die Bildung spezifischer, auf das Substrat eingestellter Fermente angeregt, die sich der eigenen Abwehrtätigkeit des Körpers harmonisch anpasst und sie im Kampfe mit dem Tumor unterstützt. Die Wirkung macht sich schon nach den ersten Einspritzungen durch Verkleinerung und Beweglichwerden der Geschwülste geltend. Man muss aber die Injektionen sehr lange fortsetzen, um gute Resultate zu erzielen. Anaphylaktische Erscheinungen wurden bisher nicht beobachtet. Als Extraktmaterial wurde ausschliesslich Mammakarzinom benutzt.)

186. Lüpke, E., Statistischer Beitrag zum Uteruskarzinom und zur Uteruskarzinomoperation. Dissert. in. Tübingen. Okt.

187. Maccabruni, F., Esperianza di coltivazione „in vitro" del cancro uterino umano. Ann. di ost. e gin. Nr. 1. S. 57—65. (Mit Uteruskrebsgewebe angestellten Kulturen nach Carrel, unter Anwendung von homologem und von artfremdem Blutplasma, haben wegen der rasch eintretenden Verflüssigung des Nährbodens stets negative Resultate ergeben. Auch waren weitere Versuche mit Plasma und gerinnungsbefördernden Stoffen (Ferment enthaltenden Organextrakten) erfolglos. Es ist schliesslich durch einfache Anwendung von Plasma gravider Frauen dem Verf. gelungen, die Verflüssigung des Nährbodens bis auf acht Tage zu verzögern und ein üppiges Wachstum aus der Aussaat des Krebsgewebes zu erzielen. Von den neugebildeten Elementen sind die meisten als Bindegewebszellen zu bezeichnen, die übrigen sind unbestimmter Art. — Vier mikroskopische Abbildungen.)

188. Macnaughton, H., Specimen of adenocarcinoma limited to the summit of the uterine cavity. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 2. Juli. Ref. The Lancet. Nr. 4742. 18. Juli. S. 159. (54jährige Frau, die viermal geboren hatte. Die Diagnose wurde durch Curettage gestellt.)

189. Manna, A., Rapporti tra siero di sangue e cellule cancerose. Ann. di ost. e gin. Nr. 2. S. 97—110. (Geschichtliches über die Krebsforschung. Eigene Versuche nach Freund-Kaminer an 26 Fällen. Technik. Resultate. Das Blutserum gesunder oder nichtkarzinomatös erkrankter Menschen hat eine auflösende Wirkung auf die Karzinomzellen, die dem Blutserum an Karzinom Erkrankter fehlt.)

190. Marenduzzo, L., La diagnosi del cancro. Napoli, P. Giannini e F. (255 Seiten, Preis 6.— Lire.)

191. Mayerol, Chemotherapie des Karzinoms. Policlinica. Nr. 15. März. S. 201. (Spanisch.)

192. Mendes de Leon, M. A., Adenokarzinom des Corpus uteri mit mikroskopischen Präparaten. Nederl. Gyn. Vereenig. Sitzg. vom 18. Jan. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. Heft 3/4. S. 293. (54jährige Nullipara. Vor zwei Jahren war wegen unregelmässiger Blutungen ein gutartiger Cervixpolyp entfernt und der Uterus kauterisiert worden. Jetzt seit drei Wochen Blutverlust bei allgemeinem Wohlbefinden. Diagnose durch Curettage. Totalexstirpation.) (Mendes de Leon.)

193. — Behandlung inoperabler Uteruskarzinome mit Chlorzinkpasta. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 18. Jan. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. Heft 3/4. S. 295—297. (Mendes de Leon teilt im Anschluss an früher auf diese Weise mit Erfolg behandelte Fälle noch einen weiteren Fall mit, wo er in einem klinisch sowie mikroskopisch sichergestellten Falle von Carcinoma cervicis mit Chlorzinkpasta

seit einem Jahre völlige Heilung erhalten hat. Diskussion: Treub meint auch, dass beim Durchschneiden des Ureters womöglich immer Implantation in die Blase und nur ausnahmsweise der Verschluss des Ureters eventuell Nierenexstirpation stattfinden sollte. Wenn er auch keine vollständige Heilung mit Chlorzinkpasta hat, so sind seine Resultate doch befriedigend. Driessen hat immer starke Temperatursteigerungen nach dem Gebrauch beobachtet.) (Mendes de Leon.)

194. Meyer, W., Public education in cancer. New York acad. of med. Sitzg. vom 15. Mai. 1913. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. 1913. Bd. 68. Nr. 4. S. 774—780.

195. Morosoff, E. J., Jodkalium bei Uteruskarzinom. Russki Wratsch. 1911. Gyn. Rundschau. Nr. 9. S. 335. (14 Fälle von inoperablem Uteruskrebs. Täglich wurde ein Klysma aus Jodkalium 4,0, Soda 2,0, Aqua 90,0 verabreicht und subkutan Natr. arsenicosum gegeben. Verff. beobachtete Fortschreiten der regressiven Prozesse im Karzinom, manchmal auch Verminderung der Schmerzhaftigkeit, Besserung des Allgemeinbefindens, dagegen eine Steigerung der Blutungen.)

196. Moullin, C. Mansell, The biology of tumours. The Lancet. Nr. 4724. 21. März. S. 803—808.

197. Nassauer, M., Verwendung radioaktiven Bolus zur vaginalen Behandlung. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 7. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. S. 525. (Das Material ist bisher noch zu klein. Schaden wurde jedoch nicht beobachtet. Verf. hat die radioaktiven Bolus in drei Stärken vorrätig.)

198. Oeller, H., Über den klinischen Wert der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 21. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43. S. 2142—2143. (Vortragender kommt auf Grund zahlreicher Untersuchungen zum Schluss, dass eine absolute Spezifizität der nachgewiesenen Fermente sicher nicht besteht, dass klinisch brauchbare Ergebnisse nicht zu erzielen sind; dass es mit der Originalmethode sicher nicht möglich ist, Gravide von Nichtgraviden, Karzinomkranke von Nichttumorträgern auch nur annähernd sicher zu unterscheiden.)

199. — und R. Stephan, Klinische Studien mit dem Dialysierverfahren nach Abderhalden. II. Mitteilung: Die serologische Tumordiagnose. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11. S. 579—583. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. S. 439. (Es wurden keine einheitlichen Resultate erzielt. Die Verf. vermuten, dass hierbei vielleicht neben dem Abbau des Karzinoms noch ein Abbau des Bindegewebes erfolgt. Mit einem „Epithelantigen" erhielten sie insofern zufriedenstellende Resultate, als Serum, das Karzinomgewebe abbaute, jedesmal dieses Epithelantigen auch abbaute; Sarkomseren bauten jedoch Epithelzellen nie ab. Ausführungen über die Herkunft der Abwehrfermente, deren Vorkommen die Verff. prinzipiell anerkennen.)

200. Pasetti, M., La reazione di Salomon e Saxl nella diagnosi dei tumori maligni. Tumori. 1913. Nr. 2. S. 181—201. (Im ganzen an 200 Fällen, darunter 46 maligne Tumoren, nachgeprüft. Die Reaktion war in 56,1% der malignen Tumoren positiv; negativ in allen Fällen von Lues. Die Methode ist brauchbar, aber nicht charakteristisch.)

201. Pentimalli, F., Zur Frage der chemotherapeutischen Versuche auf dem Gebiete der experimentellen Krebsforschung (nebst einer Mitteilung über die Wirkungen des kolloidalen Wismuts). Freiburger med. Ges. (Prof. Aschoff). Sitzg. vom 19. Mai. Als Original i. d. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 29. S. 1468—1472. (Das Mäusekarzinom scheint so gut wie unempfindlich zu sein gegen die γ-Strahlen des Radiums und Mesothoriums. Ebenso fielen chemotherapeutische Versuche mit Selenpräparaten, fluoreszierenden Substanzen, Schwermetallen [als Salzverbindungen oder in kolloidalem Zustand), Saponinen, Kalziumsalzen, mit Phosphor und Thorium X, negativ aus. Gelegentlich von anderen Forschern gefundene Nekrosen sind aller Wahrscheinlichkeit nach auf traumatische und andere akzidentelle Einflüsse zurückzuführen. Verflüssigung des Tumors bedeutet noch keine Heilung, sie bewirkt aber Autoimmunisation. Bei den obigen Versuchen wurde nebenher gefunden, dass das kolloidale Wismut ein exquisites Nierengift und ein direktes Reizmittel für das hämatopoetische Gewebe darstellt.)

202. Percy, J. F., A method of applying heat both to inhibit and destroy inoperable carcinoma of the uterus and vagina. Surg., gyn. and obst. 1913. Bd. 17. Nr. 3. S. 371 bis 376. (Technik mit Abbildungen des Instrumentariums.)

203. — Best method of discouraging the activity of inoperable cancer. A study of heat in cancer. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 62. Nr. 21. S. 1631. (Auf Grund von Untersuchungen an Fleischstücken meint Percy, dass der Galvanokauter am

besten imstande sei, Gewebe und infolgedessen auch Geschwülste zu vernichten. Über Anwendung in der Praxis wird nicht berichtet.)

204. Percy, J. F., The treatment of inoperable carcinoma of the uterus by application of heat. Clinical Congress of Surgeons of North America. London. 30. Juli. Als Original in The Lancet. Nr. 4744. 1. Aug. S. 309—312. Surg. Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 4. S. 452. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and dis. of women and children. Bd. 70. Nr. 442. S. 674—676. (Sehr ausführliches Referat.) — (Warme Empfehlung.)

205. Perraudin, Traitement palliatif du cancer par les injections de sels de quinine. Thèse de Paris. 1913. (Zusammen mit P. Barbet — cf. Nr. 13 — veröffentlicht im Bull. gén. de thérap. 1913. Bd. 166. Nr. 20. S. 766—778. Nr. 21. S. 803—814. (Nicht speziell gynäkologisch.)

206. Pestalozza, G. D., La determinazione delle viscosità del sangue in alcuni tumori dell' utero e dell' ovaio. Ann. di ost. e gin. Nr. 4. S. 360—373. (Cf. Kapitel „Myome", Nr. 89.)

207. Pflaumer, E., Beobachtungen über Autolysatbehandlung bösartiger Geschwülste. 43. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. in Berlin. 15.—18. April. Ref. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 20. S. 1147. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 935. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 18. S. 867. La Sem. méd. Nr. 17. S. 201. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. S. 736. Wiener med. Wochenschr. Nr. 24. S. 1346. (In 15 — chirurgischen — Karzinom- und Sarkomfällen wurde die Autolysatbehandlung mit Lunckenbeinscher Technik versucht. Vortragender bezeichnet sein Material nicht als Autolysat, sondern als Extrakt. Völlige Heilung wurde in keinem Falle erzielt, doch wurden bei ulzerierten Krebsgeschwülsten oberflächliche Nekrotisierung und Reinigung des Geschwüres beobachtet. Durch Sensibilisierung der Geschwulst auf chemischem oder physikalischem Wege und gleichzeitiger Extraktbehandlung ist wahrscheinlich Einwirkung nicht nur auf den schon hinfälligen Teil der Geschwulst, sondern auch auf ihren eigentlichen Wachstumsbezirk zu erwarten. — Diskussion: Keyser unterscheidet eine aktive Immunisierung des Körpers gegen die Tumoren und eine Fermenttherapie. Er hat bei beiden Methoden unzweifelhaft Einwirkungen gesehen. Stammler hat nur in einem Falle Dauererfolg der Behandlung gesehen.)

208. Philippson, F., Gedanken über die Entstehung der Krebskrankheit. Fortschr. d. Med. Nr. 10. S. 261—265. (Bedeutung chemischer Gifte. Für den Krebs der Frau könnte man sich vorstellen, dass im pathologischen Sekret von Uterus, Cervix und Vagina ein den bisher bekannten Reizen verwandter Stoff — Trimethylamin? — im Übermass vorhanden wäre.)

209. Pincussohn, L., Blutfermente des gesunden und kranken Organismus und ihre Bedeutung für die Physiologie und Pathologie. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. S. 217. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 224 bis 226. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. S. 305. La sem. méd. Nr. 4. S. 47. (Bei Krebs kann man Fermente im Blut erst erwarten, wenn Zellen untergehen. Abderhalden hat, wenn er Karzinom diagnostizierte, polyvalente Substrate verwandt. Für die Praxis haben diese theoretisch so interessanten Forschungen noch keine Ergebnisse. — Diskussion: Guggenheimer: In 22 klinisch sicheren und wahrscheinlichen Karzinomfällen wurde Karzinomgewebe stets abgebaut, Kontrollorgan nicht. 25 Kontrollfälle blieben immer negativ und nur ein Fall mit Aktinomykose und einer mit schwerer Cholämie wurden positiv. Wahrscheinlich sind auch Frühstadien schon nachweisbar. H. Mühsam: Die Karzinome verhalten sich verschieden. Man kann nicht für alle Sera dasselbe Karzinomsubstrat benutzen, da häufig das eine abgebaut, aber das andere nicht angegriffen wird. Das gilt nicht nur für gemeines Karzinomeiweiss, sondern auch für die daraus hergestellten Peptone. Die Karzinome scheinen sich also chemisch ebenso sehr voneinander zu unterscheiden wie histologisch. Orth: Nach den so verschiedenen morphologischen Verhältnissen müsse man bei Karzinomen das Vorkommen verschiedener Fermente erwarten.)

210. Pionitzki, D., Über die Behandlung des Krebses mit Autolysaten. Dissert. in. Berlin.

211. Piorkowski, Zur Sicherung der Karzinomdiagnose. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. S. 217. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. S. 305 La sem. méd. Nr. 4. S. 47. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 6. S. 254—255. (Verf. hatte mit der Abderhaldenschen Methode bei Karzinomen nur in 15% richtige Resultate. Andere Methoden, wie die Komplementablenkung u. a. sind noch unsicherer. Daher versuchte er neue Zubereitungen und

glaubt in der Saponisierung eine brauchbare gefunden zu haben. [Technik.] Bei 70 Fällen fand er, dass die Resultate bei der Präzipitation besser sind als beim Abderhalden, den er gleichfalls mit ansetzte. Vielleicht kommt der Methode ein prognostischer Wert zu; sie bleibt nach der Tumorexstirpation positiv [fraglich wie lange.])

212. Pluyette, G. Pieri et L. Bernard, Fibrome du corps de l'utérus et cancer du col. Soc. de chir. de Marseille. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Revue de chir. Bd. 34. Nr. 4. S. 532. La Presse méd. Nr. 27. S. 263. (Die histologische Untersuchung des Präparates macht es wahrscheinlich, dass beide Erkrankungen unabhängig voneinander entstanden sind. — Jourdan teilt einen Fall mit, bei dem drei Jahre nach einer subtotalen Uterusexstirpation wegen Myom ein Karzinom des Cervixstumpfes gefunden wurde. Er empfiehlt immer den ganzen Uterus zu exstirpieren. Auch Roux de Brignoles hat wiederholt solche Fälle gesehen, sogar mit 5—6 Jahren Zwischenzeit zwischen Myomoperation und Auftreten des Krebses. Juge teilt einen weiteren Fall aus eigener Praxis mit.)

213. Polák, O., Behandlung maligner Tumoren mit Autodialysat. Casopis lékar. cesk. Nr. 33. (Weder bei intramuskulärer Injektion von 5—10—15 ccm pro Woche, noch bei intravenöser Applikation von 1—5 ccm pro die des aus Teilen des Tumors und der regionären Lymphdrüsen bereiteten Dialysates wurden befriedigende Resultate erzielt. Schädliche Nebenwirkungen traten bis auf eine rasch vorübergehende Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle und leichten Temperatursteigerungen nicht auf.)

214. Popov, Contribution à l'étude de l'action du sélénium colloidal électrique dans le traitement du cancer. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 24. (43 Seiten.)

215. Poprawski, J., Über die Förderung der Karzinomdiagnose durch das Röntgenbild. Dissert. in. Strassburg. Juni.

216. Poucher, J. W., Two cases of cancer of the uterus apparently cured by postoperative infection. Amer. Assoc. of obst. and gyn. Sitzg. in Buffalo. 15.—17. Sept. Ref. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 70. Nr. 443. S. 757 bis 759. (Zwei Fälle werden ausführlich mitgeteilt. Die Diagnose war am exstirpierten Präparat mikroskopisch sichergestellt worden. Die eine Totalexstirpation liegt neun, die andere liegt drei Jahre zurück und waren ganz sicher nicht radikal. — Diskussion Reder, Dickinson u. a.)

217. Prausnitz, C., Zur Frage der Filtrierbarkeit transplantabler Mäusekarzinome. Hyg. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur zu Breslau. Sitzg. vom 5. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 852. (Es wurden in sechs Versuchsreihen an insgesamt 104 Mäusen Berkefeldfiltrate von drei verschiedenen Tumorstämmen subkutan verimpft, unter gleichzeitiger Impfung von 90 Kontrolltieren. Während bei letzteren der Tumor regelmässig anging, hatte die Impfung der Tumorfiltrate ausnahmslos ein negatives Ergebnis. Aus Kontrolluntersuchungen ergab sich, dass das Angehen eines transplantierten Mäusekarzinoms an das Vorhandensein intakter Zellen gebunden ist. Zu einem positiven Impfresultat genügt schon äusserst wenig Tumormaterial. — Diskussion: Henke hat genau dieselben Erfolge bei seinen Untersuchungen erzielt; cf. Nr. 123.)

218. Primsar, F., Beitrag zur Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. S. 438—440. (Verf. führt die positiven Reaktionen bei einigen Dialysaten von Schwangerenserum mit Karzinom auf die Schwierigkeit zurück, das Karzinom- oder Sarkomgewebe vollkommen von Blut zu befreien. Bei seinen eigenen Untersuchungen zeigte Karzinom, Sarkom usw. keinen Abbau des Plazentaeiweisses.)

219. Proust, R. et A. Maurer, Ligature de l'artère hypogastrique dans l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer. Journ. de chir. 1913. Bd. 11. Nr. 2. S. 141—154. (Mit sieben sehr guten Abbildungen. Wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre" referiert. Ausführliches Referat mit den sieben Original-Abbildungen in: Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 22. Nr. 1. S. 50—59.)

220. Pujol y Brull, Operative Behandlung des Uteruskrebses. Crón. méd. Valencia. 1913. Nr. 585. S. 172—174. (Spanisch.) (Allgemeines; hauptsächlich Technisches.)

221. Purslow, C. E., Pyometra due to intracervical cancer. Midland obst. and gyn. Soc. Sitzg. in Birmingham am 3. März. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2778. 28. März. S. 713. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 5. S. 293. (Kasuistisch.)

222. Di Quattro, G., Sugli antigeni per la reazione meiostagmica nei tumori maligni. Tumori. 1913. Nr. 2. S. 202—206. (Italienisch.) (Technisches.)

223. **De Quervain, F.**, Über die Stellung der Geschwülste unter den Naturerscheinungen. Leipzig, F. C. W. Vogel. (Verf. stellt die Geschwulstbildung als Reaktion auf gewisse chemische, physikalische oder parasitäre Einwirkungen parallel der reparatorischen Reaktion [Organersatz bei Pflanzen und niederen Tieren] und der entzündlichen Reaktion. Bis zu einem gewissen Grade „zweckmässig", kann diese Reaktion aber wegen ihrer Unvollkommenheit unter gewissen Bedingungen schädlich werden und den Untergang des Organismus herbeiführen, was ja auch bei entzündlicher Reaktion vorkommt.)

224. **Rapp, L.**, Zur Enzytolbehandlung maligner Neubildungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. S. 1112—1115. (Technik — intravenöse Injektion — und Resultate. Die Behandlung wurde immer mit Röntgen- und Radiumbestrahlung kombiniert. Vorwiegend nicht-gynäkologische Fälle.)

225. **Reid, W. J.**, Nitrogen excretion in the urine of cancer patients. Studies in cancer metabolism. Med. chronicle. Bd. 59. Nr. 1. S. 20—30. (Bei Kranken mit malignen Tumoren ist der Oxyproteinsäuregehalt im Harn erhöht, jedoch bei beginnenden, nicht ausgedehnten Geschwülsten nur unwesentlich, so dass die Reaktion die Frühdiagnose nicht erleichtert.)

226. **Ribbert, H.**, Geschwulstlehre für Ärzte und Studierende. 2. Aufl. Bonn, F. Cohen. Preis Mk. 24.—.

227. **Rigall**, Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer de la cavité utérine. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 62. (46 Seiten.)

228. **Ritter, H.**, und **J. Allmann**, Experimentelle Beiträge zur Cholinwirkung. Zeitschr. f. Strahlenther. Bd. 4. Heft 1. S. 398—411. (Cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 179.)

229. **Roberts, H.**, A case of pyometra and cancer of the cervix. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of med. Sitzg. vom 3. Dez. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1100. (62jährige Frau, die siebenmal geboren hatte und seit 17 Jahren in der Menopause war. Vor drei Monaten heftige Blutung und seitdem starke putride Absonderung und kolikartige Schmerzen. Die ganze Cervix war gleichmässig von der Geschwulstbildung eingenommen; die Uterushöhle dilatiert.)

230. **Robin, A.**, Quelques formes de l'azote urinaire chez les cancéreux. Assoc. franç. pour l'étude du cancer. Sitzg. vom 9. Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 47. S. 454.

231. — Les troubles des échanges chez les cancéreux; l'azote ammoniacal et l'amino-acidurie. Acad. de méd. de Paris. Sitzg. vom 9. Juni. Ref. La sem. méd. Nr. 23. S. 269. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. S. 2108. (Beide haben nicht die Bedeutung, die ihnen von manchem Untersucher zuerkannt wird. Erhöhung des letzteren ist nur Andeutung eines schnelleren Fortschreitens der Erkrankung.)

232. **Roffo, Angel H.**, Cancer Experimental. Buenos Aires: Libreria y Casa Editoria de A. Guidi Buffarini. (319 Seiten.) Ref. The Lancet. Nr. 4757. 31. Okt. S. 1048—1049. (Übersicht über unsere jetzigen Kenntnisse betreffs der Übertragbarkeit des Karzinoms bei Tieren, sowie Bericht über zahlreiche eigene Untersuchungen. Übertragung von Karzinom ist nur möglich durch Transplantation karzinomatösen Gewebes und nur auf Tieren derselben Art und Rasse. Versuche mit Extrakten fielen vollkommen negativ aus. — Therapeutische Versuche mittelst Eosin-Selenium-Rubidium-Injektionen hatten bei weissen Ratten sehr gute Erfolge. — Zahlreiche bunte Abbildungen und Mikrophotographien. Grosse Literaturübersicht.)

233. **Roith, O.**, Über die Ätzung maligner Tumoren (besonders von Uteruskarzinomen) mit Arsenpaste. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 6. Juli 1913. Ref. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. S. 298—299. (Anwendung dieses Mittels an sieben inoperablen Tumoren, von denen zwei inoperable Karzinome klinisch geheilt wurden. Diskussion: Sellheim, H. Freund, A. Mayer verwerfen das Verfahren und sahen keine wesentlichen Resultate im Sinne einer Heilung.)

234. **Roncali, D. B.**, Die Bedeutung der pathogenen Blastomyzeten für die Ätiologie des Karzinoms. Virchows Arch. Bd. 216. Heft 1. S. 141—160. Heft 2. S. 161—183. Früher italienisch erschienen in: Tumori. 1913. Bd. 3. Nr. 1. S. 1—60. (Verf. beschreibt an der Hand von 22 Textfiguren wiederum alle die in Karzinomen vorkommenden Zelleinschlüsse und andere Bildungen, die schon seit mehr als 20 Jahren in zahlreichen Arbeiten abgebildet und oft für Parasiten verschiedener Art angesprochen worden sind. Auch der Verf. ist der Meinung, dass der Krebs infektiöser Natur sei, und zwar meint er, dass die Ätiologie des Karzinoms durch mehrere Parasitenarten und deren Toxin gebildet werde. Die Blastomyzeten, die jenen Einschlüssen entsprächen, stellten nur einen bekannten Faktor aus der grossen Reihe der bis jetzt un-

bekannten Erreger des Krebses dar. — Bemerkung zu dieser Arbeit cf. Sternberg, Nr. 268.)

235. Roncali, D. B., Trattato dei neoplasmi maligni. 56.—59. Lieferung. Turin, Typograph. Union. Preis Lire 2.— pro Lief.

236. Roosen, R. und N. Blumenthal, Erfahrungen mit der Meiostagminreaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. S. 588. (96,8% der Karzinome reagieren positiv, jedoch auch eine gewisse Anzahl von anderen Fällen, so fast alle Graviden und mitunter chronische Entzündungen und gewisse konstitutionelle Erkrankungen, wie Diabetes. Sarkome geben wechselnde Resultate. Infolgedessen dürfte ein negativer Ausfall sehr gegen Karzinom — nicht gegen Sarkom — sprechen, der positive jedoch nicht beweisend für das Vorhandensein eines Tumors sein.)

237. Rosenthal, Zur Frühdiagnose des Karzinoms. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 12. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24. S. 1370. (Erwähnung der verschiedensten serologischen, Komplementbindungs-, Meiostagmin- und Dialysations-Methoden. Vortragender fasst zum Schluss sein Urteil dahin zusammen, dass wir trotz aller Errungenschaften der Neuzeit auch heute noch keine sichere spezifische Methode zur Frühdiagnose des Karzinoms haben, dass deshalb das klinische Gesamtbild für Therapie und Prognose noch immer ausschlaggebend ist.)

238. — M. J., The later operative technic in the treatment of cancer, with special reference to cancer of the breast and uterus. Amer. Assoc. of obst. and gyn., Versamml. in Providence. 16.—18. Sept. 1913. Als Original in The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 434. Febr. S. 280—301. (Ausführliche Beschreibung der Schautaschen vaginalen Operationstechnik mit acht Abbildungen. Vergleichende Statistik über Operabilität, Mortalität, Rezidive nach Krebsoperation an einzelnen grossen europäischen und amerikanischen Kliniken.)

239. Ross, E. A., Carcinoma of the uterus in a child. aged 2½. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. The Lancet. Nr. 4735. 30. Mai. S. 1536. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 6. S. 364. (Seit drei Wochen blutige Absonderung aus der Scheide. Tumor zwischen Rektum und Blase. Laparotomie. Die apfelgrosse Geschwulst konnte nicht entfernt werden. Tod zwei Monate nach der Operation. Das papillomatöse Karzinom ging von dem Drüsenepithel der Korpusschleimhaut aus.)

240. Rubens-Duval, H., Processus histologique de la défense spontanée de l'organisme contre le cancer. Ann. de méd. Nr. 1. (Mit Textabbildungen und 1 farbigen Tafel.) Ref. La Sem. méd. Nr. 20. S. 232.

241. Russell, B. R. G. und W. E. Bullock, Die Lebensdauer der Mäusekarzinomzellen bei Bruttemperatur (37° C). Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. S. 725—727. (Ein achtstündiges Verweilen der Mäusekarzinomzellen bei 37° C genügt in der Regel, den Tumorzellen ihre Transplantationsfähigkeit vollständig zu rauben. Nicht alle Zellen desselben Tumors besitzen denselben Grad von Resistenz gegen die bei dieser Temperatur auftretenden schädlichen Einflüsse. Schon nach einer vierstündigen Erwärmung tritt eine deutliche Verminderung der Zahl der überlebenden Karzinomzellen ein.)

242. Ryall, C., Cancer of the uterus. The Lancet. Nr. 4745. 8. Aug. S. 359—362. (Allgemeines. Fortbildungsvortrag.)

243. Saint, C. F. M., A comparison of inflammation and tumour formation. The Brit. med. Journ. Nr. 2781. 18. April. S. 848—851.

244. Saltykow, S., Vollständige Entfernung eines Uteruskarzinoms mit der blossen Hand. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. S. 1316—1317. (Bei einer 37jährigen Frau wurde nach der Geburt des Kindes — Perforation wegen Hydrocephalus — an der linken Hälfte der Portio ein etwa taschenuhrgrosser Tumor festgestellt, der dem Untersucher, wie er meinte, zum Teil spontan „in der Hand blieb". Mikroskopische Untersuchung dieses Tumors ergab ein typisches Plattenepithelkarzinom. Als die Patientin nach Ablauf des Wochenbettes dem Krankenhause zur Totalexstirpation überwiesen wurde, konnte nirgendwo im Uterus etwas von Karzinom festgestellt werden; Probeexzisionen der Portio ergaben negatives Resultat. Auch jetzt nach zwei Jahren noch ist Patientin vollkommen gesund.)

245. Saul, E., Beziehungen der Helminthen und Ascari zur Geschwulstätiologie. Mitteilung 17. Zentralbl. f. Bakt., Parasitenk. u. Infekt. Orig. 1913. Bd. 71. Heft 1. S. 59—65. (Nichts speziell Gynäkologisches.)

246. Saul, E., Beziehungen der Helminthen und Protozoen zur Geschwulstätiologie. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 9. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 1. S. 20—21. (Nicht gynäkologisch.)

247. Schawlow, A., Beiträge zur serologischen Frühdiagnose des Karzinoms vermittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. S. 1386—1390. (Nicht speziell gynäkologisch. Im ganzen ergaben sich bei 64 Karzinom- und Sarkomfällen nur 6,36% Fehldiagnosen.)

248. Schmidt, E., „Tuberkelknötchen" in einem Portiokarzinom. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 3. S. 316—324. (Es lässt sich schwer entscheiden, ob es sich in dem betreffenden Falle um tuberkulöse oder um Fremdkörperriesenzellen handelt. Verf. neigt zur Annahme, letztere vor sich zu haben. — Zwei Textabbildungen und eine farbige Tafel.)

249. Schneersohn, N., Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'influence du cancer de l'utérus sur le systéme urinaire. Dissert. in. Genève 1913.

250. Schubert, G., Die Behandlung von Tumoren mit Tumorextrakten. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. S. 487—496. (Nach dem Vorgang von Lunckenbein hat Verf. aus exstirpierten Stücken inoperabler Tumoren oder Drüsenmetastasen sterile Extrakte hergestellt und diese anfangs subkutan, später auch intravenös injiziert. Bei letzterem Verfahren kam es in einem Falle zu schweren Kollapserscheinungen, so dass vorsichtiges Vorgehen unbedingt notwendig ist. Die behandelten Fälle waren derart hoffnungslos, dass wirkliche Erfolge nicht zu erwarten waren. Die beobachteten günstigen Einwirkungen auf ein Tonsillensarkom, sowie auf Drüsenmetastasen bei Mammakarzinomen berechtigen aber zu weiteren Versuchen.)

251. Schumkowa-Trubina, Die Abderhaldensche Reaktion beim Karzinom. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. Heft 5 u. 6. (Die Abbaufermente im Serum von Krebskranken scheinen nicht streng spezifisch zu sein, zumal unter 73 mit Plazenta untersuchten Krebsfällen 50 positiv reagierten, unter 19 Graviden mit Krebssubstrat 13 positiv. Die Reaktion fällt bei der Krebskrankheit in etwa 95% der Fälle positiv aus. Je mehr Homologie zwischen dem Substrat und der Geschwulst bei dem zur Untersuchung kommenden Falle, desto häufiger die positiven Erfolge. Wegen der vielen Schwierigkeiten und Fehlerquellen ist jedoch die Reaktion noch nicht zur alltäglichen Anwendung brauchbar.)

252. Schwarz, H., A contribution to the serology of pregnancy and cancer. Amer. Assoc. of obst. and gyn. Versamml. in Providence. 16.—18. Sept. 1913. Als Original in The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. Bd. 69. Nr. 433. Jan. S. 54—72. (Theoretische Grundlagen und Technik des Dialysierverfahrens. Bei Karzinom muss das Serum gegen Plazentar- und Krebsalbumin geprüft werden. Eigene Erfahrungen in dieser Hinsicht teilt Verf. nicht mit. — In 12 Fällen, in denen Schwangerschaft diagnostisch in Frage kam, hat sich das Dialysierverfahren bewährt.)

253. Schweninger, E., Zur Krebsfrage. Die neue Rundschau. Bd. 25. Heft 1. S. 89—190. Separat: S. Fischer, Berlin. (1.— Mk.) (Der Krebs ist keine ursprünglich lokale, allgemein gewordene Krankheit, sondern von Hause aus eine Allgemeinerkrankung der Blut- und Säftebildung, die wir keineswegs dadurch zum Verschwinden bringen, dass wir eines ihrer Symptome [primäre oder sekundäre metastatische Lokalisation] ausmerzen. Von der Operation ist dringend abzuraten. Auch die Strahlenbehandlung ist kein Heilmittel.)

254. Schwenk, E., Grundlagen und derzeitiger Stand der Chemotherapie. Stuttgart, Ferd. Enke. (80 Seiten; Preis Mk. 2.40.)

255. Seyderhelm, R., Über den Einfluss des elektrischen Schwachstroms auf Mäuse- und Rattentumoren. Strassburger Naturwiss.-med. Verein. Sitzg. vom 20. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. S. 736. Als Original erschienen i. d. Deutschen med. Wochenschr. Nr. 10. S. 583—585. (Elektive Wirkung des elektrischen Schwachstroms auf Tumorzellen, analog den Röntgenstrahlen. Die Anwendung am lebenden Menschen findet aber ihre Grenze an der Unfähigkeit, bei der Durchströmung grösserer Körperteile die Stromdichte zu beherrschen.)

256. Simon, H., Die Behandlung der inoperablen Geschwülste. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. 1913. Bd. 7. S. 263—329. (Literatur von 1895 an.)

257. — Die Behandlung der inoperablen malignen Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. S. 56—60. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2790. 20. Juni. Ep. of curr. med. litt. S. 99. (Cf. Jahrgang 1913 dieses Jahresberichtes, Kap. „Karzinome", Nr. 319.)

258. Simon, H., Die Behandlung der inoperablen Geschwülste. Therap. Monatsh. Bd. 28. Heft 5. S. 309—320. (Zusammenfassung. Nicht speziell gynäkologisch. Nichts Neues.)

259. — Die Behandlung der Geschwülste nach dem gegenwärtigen Stande und den Ergebnissen der experimentellen Forschung. Berlin, J. Springer. (122 Seiten, Preis Mk. 5.40.)

260. — Der derzeitige Stand der experimentellen Krebsforschung. Südostdeutsche Chir.-Vereinig. Sitzg. in Posen am 28. Febr. Ref. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 3. S. 611—616. (Orientierender Überblick.)

261. Siredey, A., L'éosinophilie locale dans le cancer de l'utérus. Acad. de méd. de Paris. Sitzg. vom 21. April. Ref. Bull. de l'acad. de méd. Nr. 16. S. 603—605. La sem. méd. Nr. 16. S. 189. La Presse méd. Nr. 32. S. 308. (Es wurde in 30 Fällen von Karzinom des Uterus 12mal und in beiden Sarkomfällen eine deutliche Eosinophilie gefunden. Am stärksten kommt sie zum Ausdruck gleich um die Karzinomnester herum, wo die charakteristisch gefärbten Zellen einen ununterbrochenen Wall von 5—6 Reihen Dicke bilden. Trotzdem sind aber die eosinophilen Zellen im Blute nicht immer vermehrt. Die Erscheinung ist unabhängig von Entzündungsprozessen in der Umgebung des Karzinomgewebes. Bei sklerotischen Karzinomformen ist sie am wenigsten ausgesprochen. Zweck derselben ist wahrscheinlich nicht Verteidigung gegen die Zellwucherung der Neubildung, sondern Abwehr gegen die von dieser abgesonderten Gifte.)

262. Sittenfeld, M. J., Recent advances in the study of the pathogenesis of cancer. Med. Record. Bd. 85. Nr. 17. S. 751—754. (Übersicht. Nicht speziell gynäkologisch.)

263. Skrobansky, K., Über neue Richtungen in der Behandlung des Gebärmutterkrebses. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Bd. 29. S. 1—12. (Russisch.) (Zusammenfassendes Referat.)

264. Slovtsov, B., Die Reaktion nach Abderhalden. St. Petersburg, Ettinger. (32 Seiten. Russisch.) Ref. La Gyn. Heft 5. Mai. S. 395—400. (Monographie. Zusammenstellung aller bisher publizierten Untersuchungsresultate. Der zweite Teil handelt über die Reaktion bei malignen Tumoren.)

265. Spencer, H., A case of extensive cancer of the cervix uteri with pyosalpinx, well seven years after Wertheims hysterectomy. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of med. Sitzg. vom 3. Dez. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1100. (28jährige Frau. Operation 1907. Drüsen waren dabei nicht gefunden worden.)

266. Ssokolow, A., Die Serodiagnose des Krebses nach Abderhalden. Med. Obosr. Nr. 6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. S. 1525. (Von 17 Krebspatienten reagierten 16 positiv und nur einer negativ; bei diesen letzteren war jedoch die Karzinomdiagnose nicht völlig einwandfrei. Mit gutartigen Geschwülsten reagierte Krebsserum in 100% negativ. In zwei Fällen von Drüsenkarzinom fiel die Reaktion auch mit gesundem Lymphdrüsengewebe positiv aus. Häufig ergaben kleine, etwa nussgrosse Tumoren eine intensivere Reaktion als grosse. Die Abderhaldensche Reaktion vermag somit für die Diagnose krebsiger Neubildungen wertvolle Dienste zu leisten. Die Ergebnisse dieses Verfahrens sind sicherer und exakter als die der anderen serologischen Methoden und die Technik ist nicht schwerer und komplizierter als die anderer Serumreaktionen. Deshalb gebührt dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren eine der ersten Stellen in der Reihe der klinischen Untersuchungsmethoden bei Karzinom.)

267. Stammler, A., Diagnostische und therapeutische Krebsstudien. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4. (Die Ascolische Meiostagminreaktion kann ein wertvolles Mittel zur Diagnose des Krebses sein. Von der Abderhaldenschen Reaktion hatte er keine günstigen Resultate. Noch keine dieser Methoden gibt zurzeit sicheren Anhaltspunkt für die Diagnose. — Chemotherapie, serologische und biologische Therapie. Von den 15 mit Autolysat behandelten Fällen wurde 1 geheilt, 3 vorübergehend gebessert, bei 3 einschmelzende Wirkung auf den Tumor beobachtet, während bei den anderen kein Einfluss, aber auch keine Schädigung konstatiert wurde.)

268. Sternberg, C., Bemerkung zu dem Aufsatz von Roncali: Die Bedeutung der pathogenen Blastomyzeten für die Ätiologie des Karzinoms. Virchows Arch. Bd. 217. Heft 3. S. 476. (Roncalis Aufsatz cf. Nr. 234. Nach Ansicht des Verf. ist durch zahlreiche klinische und experimentelle Untersuchungen einwandfrei gezeigt worden, dass den Blastomyzeten keinerlei ätiologische Bedeutung für das Karzinom zukommt. Er ist von Roncali falsch zitiert worden.)

269. Strauch, F. W., Berichtigung zu der Arbeit „Experimentelle Übertragung von Geschwulstzellen" in der Berl. klin. Wochenschr. 1913, Nr. 31. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1154. (Bei einer erneuten eingehenden histologischen Untersuchung der grossen Kaninchentumoren kam Verf. zum Urteil, dass es sich nicht um echtes Blastom, sondern ins Gebiet der Granulationsgeschwülste gehöriges Gewebe handle.)

270. Stresemann, Neuere Untersuchungen über die Spezifität der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Geb.-gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 17. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. S. 684. (Alle 21 Graviden bauten Plazenta ab, nicht Karzinom. Alle 8 Karzinomkranken bauten Karzinom ab, aber nicht Plazenta. Alle Nichtkarzinomkranken bauten Karzinom nicht ab. Vortragender glaubt auf Grund seiner Ergebnisse an die Spezifität der Abwehrfermente im Blutserum nicht mehr zweifeln zu dürfen. — Diskussion: Röhmann, L. Fränkel, Heimann.)

271. Takahashi, K., Uteruskarzinom im jugendlichen Alter. Dissert. in München. Juli.

272. Teass, C. J., Presentation of patient twenty months after operation for uterine cancer. Calif. State Journ. of Med. Bd. 12. Nr. 5. S. 179.

273. Theilhaber, A., Die Lehre von der humoralen Entstehung der Karzinome und der Einfluss dieser Lehre auf die Therapie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 9. S. 206—207. (Mangelhafte Funktion der blutbildenden Organe als mitwirkendes Moment für die Entstehung des Karzinoms. Rein lokale Behandlung des Karzinoms ist infolgedessen nicht ausreichend. Die intensive Röntgen- und Radiumtherapie hat einen gewissen Nachteil in der Schädigung der blutbildenden Organe. — Behandlung der Milz mit Diathermie und Injektionen von Thymus-, Uterus- und Milzextrakt, um die Funktion der blutbildenden Organe zu steigern und starke Leukozytose hervorzurufen. Die Erfolge bezüglich der Verminderung des Schmerzes, des Ausflusses und der Blutungen sind günstig, viele inoperable Tumoren verkleinerten sich, einzelne verschwanden.)

274. — Die Entstehung des Krebses. III. Intern. Konf. f. Krebsforsch. vom 1.—5. August in Brüssel. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13. S. 601—602. (Die „lokale Disposition" besteht in einer Verminderung, vor allem der Quantität, aber natürlich auch der Qualität der Bindegewebszellen und Rundzellen in der Nähe des Epithels. Diese Verminderung ist meist die Folge von umfangreichen alten Narben, den Resultaten stumpfer Verletzungen oder langjähriger chronischer Entzündungen. Steigernd wirkt der im gleichen Sinne wirkende Einfluss des Alters, des Klimakteriums, kachektische Zustände usw. Die „humorale Disposition" wird zum Teil hervorgerufen durch Störungen der Funktion der hämatopoetischen Organe, die ihrerseits wieder begünstigt werden durch atrophische Prozesse in denselben; unterstützend wirkt wohl zuweilen die Atrophie anderer Organe, die sonst kankrolytisch zu wirken scheinen, wie z. B. des Uterus. Die Geschlechtsdrüsen scheinen zu den kankrogenetischen Organen zu gehören.)

275. — Die Entstehung und Behandlung der Karzinome. Berlin, S. Karger. (182 Seiten; 17 Abb.; Preis Mk. 8.20 geb.) (Im wesentlichen eine Zusammenfassung der zahlreichen Arbeiten des Verf. auf diesem Gebiete.)

276. Thomas, J., La thérapeutique du cancer par les produits séléniés. Bull. gén. thérap. Nr. 11. S. 300. (Verf. kommt zum Schluss, dass die Selentherapie des Krebses wertlos sei. Spezifische Wirkung auf die malignen Zellen fehlt. Tellursaures Natrium ist weniger neurintoxisch, als das Selenat, ist aber noch weniger wirksam. Kolloidales Wolfram und kolloidales Silber haben gar keine Resultate ergeben.)

277. Tichow, I. I., Die Radikaloperation des Uteruskrebses per laparotomiam. I. russ. Krebskongr. in St. Petersburg, 31. März bis 3. April. Ref. Verhandl. d. I. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. (Russisch.) (Zwecks Erweiterung der Grenzen der Operabilität und radikalerem Vorgehen werden empfohlen: 1. beiderseitige Unterbindung der Art. uterina und hypogastrica. 2. Transplantation der Ureteren, 3. Isolierung der Bauchhöhlen von den Organen des kleinen Beckens. — Über Dauerresultate kann wegen der kurzen Beobachtungszeit noch nicht berichtet werden. Die Primärmortalität betrug bei der Unterbindung der Art. uterina 23%, der Art. hypogastrica 16% und der Transplantation der Ureteren 15%. Erstere misslang einmal unter 200 Operationen.)

278. Tuchler, A. S., Cancer of the uterus; its medicinal treatment. Nat. eclect. med. assoc. quart. Bd. 5. Nr. 4. S. 342—345. (Allgemein- und lokale Behandlung des Gebärmutterkrebses mit Medikamenten.)

279. Ulesko-Stroganowa, K. P., Die bösartigen Geschwülste des weiblichen Genitalapparates. I. russ. Krebskongr. in St. Petersburg, 31. März bis 3. April. Ref. Wratsch.

Gaz. Bd. 21. Nr. 18. S. 750. (Russisch.) (Die Häufigkeit der bösartigen Geschwülste der weiblichen Genitalsphäre erklärt Verf. aus der häufigen Reizung derselben, die eine Hyperämie und Hyperplasie nach sich zieht. Die Hyperplasie ist nach Orth und Hansemann als „präkanzeröses" Stadium anzusehen.)

280. Unckell, M., Über die Ergebnisse der Wertheimschen Radikaloperation der Universitäts-Frauenklinik zu Strassburg. Dissert. in. Strassburg. Jan. (1901—1913 wurde an 103 Patientinnen die Wertheimsche Radikaloperation wegen Karzinom der Portio oder der Cervix ausgeführt. Primäre Mortalität 30%. Die Operation liegt bei 31 Fällen länger wie fünf Jahre zurück. Heilungsziffer 12%. Rechnet man die primären und interkurrenten Todesfälle ab, so ergeben sich bei diesen 51 Fällen 19% Heilung.)

281. Vaughan, J. W., Cancer vaccine and anticancer globulins as an aid in the surgical treatment of malignancy. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 63. Nr. 15. 10. Okt. S. 1258—1265. (Resultat an den ersten 100 Patienten; einzelne sind sehr günstig; überhaupt scheint auf diesem Wege weiteres erfolgreiches Arbeiten nicht ausgeschlossen. Vaughan meint, dass diese spezifische Therapie die günstigsten Aussichten bietet, wenn nur noch wenige bösartige Zellen sich im Körper befinden, also bei kleinen Tumoren, nach der Operation und zur Vermeidung von Rezidiven. Die 100 Krankengeschichten werden alle kurz mitgeteilt; es sind darunter nur vereinzelt gynäkologische Karzinomfälle.)

282. Veit, J., Grundsätze unserer Behandlung des Uteruskrebses. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 6. Heft 1. S. 149—162. (Cf. Jahrgang 1913 dieses Jahresberichts, Kap. „Strahlentherapie der Karzinome" b) Radium Nr. 150.)

283. Vermeulen, Ch., De chemotherapie van kanker. (Die Chemotherapie des Karzinoms.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 4. S. 238—248. (Holländisch.) (Referierender Artikel über die Anwendung des Enzytol und der Metallkolloide in der Karzinomtherapie. Nicht speziell gynäkologisch. Eigene Erfahrungen werden nicht mitgeteilt.)

284. Versé, M., Das Problem der Geschwulstmalignität. Jena, G. Fischer. Preis Mk. 3.—. (88 Seiten mit 1 Tafel.) (Verf. zeigt die Unzulänglichkeit der Theorien Cohnheims und Ribberts und schliesst sich auf Grund seiner Untersuchungen vollkommen der von v. Hansemann, Hauser, Lubarsch, Marchand, Orth u. a. vertretenen Ansicht an, dass es sich bei der Krebszelle um eine in ihren biologischen Eigenschaften fundamental veränderte Zelle handelt. Solche biologisch entartete Zellen können sowohl aus embryonalen wie aus normalen fertigen Zellen des erwachsenen Organismus sich entwickeln. In weiteren Kapiteln kommen der Ursachenkomplex der Geschwulstbildung und die Versuche zur experimentellen Geschwulsterzeugung zur Sprache.)

285. Vogt, E., Zur Behandlung des inoperablen Uteruskarzinoms mit Azeton. Therap. Monatshefte. Heft 2. S. 123—125. (Technik der Behandlung, die auf Grund guter Erfahrungen, ihrer Einfachheit und Ungefährlichkeit dem Praktiker empfohlen wird. — Literatur.)

286. Wallersteiner, E., Untersuchungen über das Verhalten von Gesamtstoffwechsel und Eiweissumsatz bei Karzinomatösen. Diss. in. Heidelberg. Dez. Als Original erschienen i. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 116. Heft 1/2. S. 145—187. (Es liess sich bei ausreichender Ernährung stets annähernd Stickstoff-Gleichgewicht erzielen. Das Karzinom führt öfters zu einer erheblichen Steigerung des Gesamtstoffwechsels. Da eine Ursache für die Steigerung nicht aufgefunden werden konnte, wird sie im Sinne Fr. Müllers als toxische Steigerung bezeichnet.)

287. Wasielewski, Th., Demonstrationsvortrag über die Krebskrankheit. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. S. 219. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 577. Wiener med. Wochenschr. Nr. 6. S. 226. (Wie bekannt, wirken namentlich chemische, mechanische und parasitäre Reize mit, begünstigen vielleicht die Bildung von Krebsen, wenn man diese Reize auch nicht als Ursache der krebsartigen Bildungen ansehen kann. Parasitäre Reize führen, wie die Forschungen der letzten Jahre gelehrt haben, bei Tieren zu Gewebswucherungen, welche zuweilen den Charakter einer Geschwulst haben. Auf den einzelnen Parasiten als auch die in den tierischen Geweben durch sie gesetzten Veränderungen geht Verf. dann näher ein.)

288. Wedd, B. H., A. C. Morson and S. Russ, On the immunity conferred upon mice by radium-irradiated mouse carcinoma. Journ. of pathol. and bact. Bd. 18. Nr. 4. S. 566—571. (Diese Immunität wurde nachgewiesen; sie braucht zu ihrer Ausbildung einige Zeit. Der immunisatorische Effekt nimmt mit der Dauer der Bestrahlung ab.)

289. Weibel, W., Über Spätrezidive nach der erweiterten abdominalen Operation bei Carcinoma uteri. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. S. 141—151. (Die Nachforschungen nach Spätrezidiven der in der Klinik Wertheim Operierten ergaben für das Kollumkarzinom, dass die Prozentzahl der Rezidive vom ersten bis zum dritten Jahre beständig und beträchtlich abfällt, dann vom vierten bis siebenten Jahre konstant bleibt und dass das fünfte Jahr keine Grenze bildet; nach dem Ende des siebenten Jahres wurde kein Rezidiv mehr gesehen. Es genügt daher entweder die von den Chirurgen geübte dreijährige Kontrolle oder es muss für sichere Dauerheilung der Termin auf sieben Jahre erstreckt werden. Für das Korpuskarzinom ist eine dreijährige Kontrolle hinreichend. Es wird also für die Herabsetzung der üblichen fünfjährigen Kontrollzeit auf drei Jahre plaidiert, wenn auch seitens der Klinik Wertheim die Nachforschungen nach Spätrezidiven bis nach sieben Jahren fortgesetzt werden sollen.)

290. Weichselbaum, A., Ätiologie und Diagnose der bösartigen Geschwülste. Wiener med. Wochenschr. Nr. 26. S. 1442—1445. (Zusammenfassender Fortbildungsvortrag.)

291. Weinberg, M., Bewertung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens zur Diagnose und Differentialdiagnose maligner Geschwülste. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. S. 1617—1620. Nr. 30. S. 1685—1688. (Nur im Verein mit den klinischen Befunden ist die Methode wertvoll. — Erfahrungen an 28 Fällen. — Nur zwei Misserfolge.)

292. Weiss, E., Beitrag zur Karzinomfrage. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2. S. 66—67. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 13. S. 339. (Verf. hat das Blut Magenkarzinomkranker nach der Abderhaldenschen Methode untersucht und fand gleich in den ersten Versuchen (vier! Ref.) die Vermutung bestätigt, dass in der Tat der Organismus des magenkarzinomkranken Menschen nicht befähigt ist, gegen parenteral einverleibte Substanz von anatomisch normaler Magenschleimhaut Abbaufermente zu produzieren, während der Organismus des Gesunden auf diesen Eingriff mit der Erzeugung solcher Abbaufermente antwortet. Er hält diesen Befund für eine wertvolle Stütze einer Reihe von Problemen betreffend der Karzinomgenese und -Diagnose.)

293. Weiss, E. A., Some diagnostic errors in differentiating lesions of the cervix. Including the annual report of the cancer commission of the medical society of the State of Pennsylvania. Pennsylvania med. Journ. Nr. 4. S. 301—306. (Nichts Neues.)

294. — et L. Sencert, Présentation de quelques pièces de carcinomes utérins enlevés par hystérectomie abdominale avec évidement pelvien. Réunion obst. et gyn. de Nancy. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 3. Jahrg. Nr. 1. Jan. S. 66—70. (Demonstration der pathologisch-anatomischen Präparate von 12 abdominalen Totalexstirpationen. Eine Patientin ist primär an Infektion, eine später an Pneumonie zugrunde gegangen. Von den übrigen hat bisher — 8—12 Monate seit der Operation — eine Rezidiv. Technik der Wertheimschen Operation.)

295. Weller, C. V., Age incidence in carcinoma. Arch. of int. Med. Bd. 12. Nr. 5. S. 539 bis 545. (An einem Material von über 1100 Krebsfällen aller Art wurde festgestellt, dass der Krebs das Alter von 58—62 Jahren bevorzugt; später tritt dann eine Abnahme ein. Die Alterskurve verläuft beim männlichen und weiblichen Geschlecht parallel, jedoch schreitet die der Frauen der der Männer um 5—10 Jahre voran, was durch das frühe Auftreten von Brust- und Gebärmutterkrebs bedingt ist.)

296. Werner, P., Über gleichzeitiges Vorkommen von Karzinom im Uterus und in den Adnexen. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. S. 725—773. (Keineswegs seltenes Vorkommnis: es wurde unter 374 Radikaloperationen 14 mal gefunden, also in fast 4% aller Fälle. Nur in drei von diesen 14 Fällen liess sich die gegenseitige Unabhängigkeit der Tumoren mit einiger Sicherheit feststellen. Bei den 10 Fällen mit voneinander abhängigen Karzinomen waren in sechs Fällen die Adnexe [immer die Ovarien] primär und der Uterus sekundär, in vier Fällen der Uterus primär und die Adnexe [immer die Tuben] sekundär erkrankt. In den sechs Fällen von sekundärer Erkrankung des Uterus nach Ovarialkarzinom handelte es sich zweimal um eine Verbreitung des Prozesses per contignitatem und viermal um echte Metastasenbildung.)

297. — Bericht über die Tätigkeit des Samariterhauses zu Heidelberg vom 1. Oktober 1906 bis zum 1. Januar 1914. Bad. Landeskom. f. Krebsforsch. Sitzg. vom 7. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 673—674. (Zahlenmässige Angaben über Frequenz, Art und Behandlung der malignen Erkrankungen, die im Samariterhause zur Aufnahme kamen; 1999 Patientinnen wurden operiert, 2281 mit Röntgenstrahlen behandelt. Fulguration, Lichtbogenoperation und Elektrokaustik hatten mässige Erfolge, ebenso Impfbehandlung, Antimeristem- und Coley-Toxininjektionen. Aus der sich anschliessenden Diskussion (Menge, Krönig, Czerny, Wilms, Heiden-

hain usw.) geht hervor, dass die chirurgischen Methoden vorläufig nur dort, wo sie mangelhaft wirken, von den radiologischen abgelöst werden können, aber überall, wo sie günstige Resultate ergeben, beizubehalten sind, während die radiologische Therapie die Aufgabe übernimmt, die Rückfälle zu verhüten. Das Enzytol hat sich in vielen hundert Fällen, insbesondere bei den radiologisch wenig beeinflussbaren inneren Krebsen zur Ergänzung der Tiefenwirkung und zur Strahlenersparung so gut bewährt, dass es unbedingt empfohlen werden kann.)

298. Wiener, E. und A. v. Torday, Eigenartig spezifisches Verhalten luetischer und karzinomatöser Sera gegen bestimmte Chemikalien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. S. 429—430. (Kaliumgoldcyan-Reaktion [Ehrlichs Aldehydreagens]. — Technik. — Bei Karzinom war die Reaktion unter 25 Fällen 18 mal, also in 72% positiv. Dieselbe kann nicht als Reaktion der Kachexie gedeutet werden.)

299. Willmoth, A. D., Tumor formation in plant and animal life; its relation to frequency of cancer in man. Kentucky State med. Assoc. Sitzg. vom 23.—25. Sept. Ref. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 63. Nr. 17. S. 1502. (Allgemeines zur Prophylaxe.)

300. Wilson, Th., The results of radical operative treatment of cancer of the uterus. Clin. Congr. of Surg. of North America. 30. Juli. Als Original in The Lancet. Nr. 4744. 1. August. S. 318—321. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 4. S. 456. (Seit Anwendung der Wertheimschen Operation Zunahme der Operabilität auf 32% und der Dauerheilung auf 10%.)

301. Wolff, J., Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Bd. 3. Teil II. Jena, G. Fischer. (618 Seiten; 3 Textbilder. Preis Mk. 17.—.) (Schilderung der nicht-operativen Behandlungsmethoden von frühesten Zeiten bis heute. Das Buch ist damit abgeschlossen.)

302. Yamanouchi, T. et M. Lytchkowsky, Sérodiagnostic du cancer. Zeitschr. f. Immunität u. exper. Ther. Bd. 20. Heft 4. S. 374—378. (Verff. haben aus 20 aseptisch gewonnenen Krebsen 13 mal den Micrococcus neoformans von Doyen isolieren können. Dieses Antigen haben sie auf Komplementbindung mit den Seren einer grossen Zahl von krebskranken und krebsfreien Patienten untersucht. 144 Fälle von Krebs reagierten alle positiv, ausser sieben Fällen von Brustkrebs. Ferner reagierten von fünf Sarkomen zwei positiv und von 44 Syphilisfällen 10. Alle Gesunden mit Ausnahme eines einzigen Falles, bei dem Krebs nicht ganz sicher auszuschliessen war, reagierten negativ. Verff. halten die Reaktion mit Ausnahme des syphilitischen Blutserums für spezifisch für Karzinom.)

303. Zawacki, S., Vier Fälle von Gefässnaht bei der abdominellen Uterusexstirpation. Dissert. in. Berlin. Febr. (Genäht wurden die Vena iliaca externa dreimal, Iliaca communis einmal und zwar mit feiner Seide, jedesmal mit dem Erfolg völliger Blutstillung. In einem dieser Fälle trat danach eine Thrombophlebitis mit Exitus an Peritonitis ein.)

304. Zimmer, H., Über das Vorkommen des Korpuskarzinoms. Dissert. in. Strassburg i. E. März. (In den Jahren 1901—1913 kamen an der Frauenklinik in Strassburg 56 Fälle von Korpuskarzinom zur Beobachtung; 21,4% der Frauen befand sich noch nicht in der Menopause. Bei den anderen 44 war der Eintritt der Menopause weiter als gewöhnlich hinausgeschoben, im Durchschnitt bis zum 55. Lebensjahre. Schmerzen waren nur in der Hälfte der Fälle vorhanden. Der Wert der Probecurettage wird deshalb besonders betont.)

305. v. Zubrzycki, J. R., Studien über die Meiostagminreaktion bei Karzinom und Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. S. 152—164. (Die Reaktion mit rizinol-leinolsaurem Antigen ist bei Karzinom fast regelmässig positiv und kann daher bei positivem Ausfall mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit für die Diagnose des Krebses [wenigstens als Hilfsmittel] verwendet werden. Die praktische Verwendbarkeit der Meiostagminreaktion erfährt jedoch dadurch eine beträchtliche Einschränkung, dass sie in einem Prozentsatz der Fälle von Tuberkulose sowie anderer Erkrankungen positiv ausfallen kann und dass ferner die Sera der Schwangeren in späteren Monaten fast immer positiv reagieren. Das rizinol-leinolsaure Antigen übertrifft die in der Meiostagminreaktion bis jetzt gebrauchten Antigenarten durch seine einfache Darstellung, Haltbarkeit und Grösse der Ausschläge und erleichtert wesentlich die praktische Ausführbarkeit der Reaktion.)

306. Zweifel, E., Dauererfolge nach Rezidivoperationen bei Uteruskarzinomen. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 3. S. 411—431. (Bericht über 23 Fälle der Jenenser Frauenklinik. Davon wurden 20 im ganzen 31 mal operiert. Es leben 30% nach einer durchschnittlichen Rezidivfreiheit von 7½ Jahren.)

Ätiologie, Genese, Immunität, Prophylaxe, Statistik.

Die **Ätiologie** des Krebses ist noch unbekanntes Gebiet. An Versuchen, darin etwas weiter einzudringen, fehlt es jedoch nicht. Die Annahme eines **parasitären Ursprungs** hat durch die Befunde Fibigers (79a), die von v. Hansemann (113) bestätigt wurden, eine Stütze gewonnen. Yamanouchi und Lytchkowsky (302) isolierten aus 20 aseptisch gewonnenen Krebsen 13mal den Micrococcus neoformans Doyen. — Barbet und Perraudin (13) neigen der Anschauung zu, dass das Karzinom durch ein Protrozoon hervorgerufen werde und richten demnach ihre Therapie ein. Auch Roncali (234) ist der Meinung, dass der Krebs infektiöser Natur sei, die Ätiologie aber von mehreren Parasitenarten und deren Toxinen gebildet werde. Sternberg (268) widerspricht Roncalis Behauptungen. Saul (245) hat die Beziehungen der Helminthen und Askari zur Geschwulstätiologie studiert.

Es wäre für unsere Kenntnisse der Ätiologie des Krebses von grösster Wichtigkeit, wenn es gelänge, Sicherheit über die **infektiöse Natur** des Krebses zu bekommen. Eine Untersuchung in England, nach der Existenz von „Karzinomhäusern" und „Karzinomgegenden" (38) hat vollkommen negatives Resultat ergeben. Auffallenderweise werden aber doch immer noch von Zeit zu Zeit Beobachtungen, wie die von H. F. (108) publiziert, bei der unter den Bewohnern einer vier Meilen langen Strasse innerhalb fünf Jahren 17 Karzinomfälle vorkamen.

Als feststehend anzusehen ist, dass **chronische Reize** aller Art, chemischer wie physikalischer und parasitärer Natur, begünstigend auf die Entstehung von Krebsen wirken. De Keating-Hart (143), Le Dantec (168), de Quervain (223), Ulesko-Stroganowa (279), Wasielewski (287) u. a. sprechen sich wieder in diesem Sinne aus. Harzbecker (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 75) sah ein Karzinom entstehen auf lupös veränderter Haut nach Bestrahlung. Green (103) sucht auf Grund statistischer Zustellungen in Frankreich und Schottland, Zusammenhang zwischen der Verwendung stark schwefelhaltiger Brennmaterialien und dem Vorkommen von Karzinom beim Menschen.

Ob nach dieser Richtung hin auch die Erklärung für das häufige Zusammentreffen von Karzinom mit Myom resp. Tuberkulose im selben Uterus zu suchen ist, lässt sich schwer entscheiden. Nach Croner (52) und Lipschitz (174) ist die Wahrscheinlichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges von **Karzinom und Tuberkulose im selben Uterus** gross. Nach Göbel (99) und Jansen (135) wird die Entstehung von Karzinom im Uterus zweifellos durch die Gegenwart eines Myoms begünstigt. Jansen sah in seinem eigenen Myommaterial von 458 Fällen, von denen 306 operiert wurden, 13mal Korpuskarzinom, also in 2,8% der Fälle. Im Kapitel „Myome" sind mehrere kasuistische Mitteilungen über das **Zusammentreffen von Myom und Karzinom** erwähnt worden.

Philippson (208) misst den pathologischen Sekreten des Uterus, der Cervix und der Vagina als chemische Gifte eine gewisse Bedeutung für das Auftreten eines Karzinoms bei. **Trauma** ist nach Graef (102) als Entstehungsursache von Geschwülsten stets mit grösster Sepsis zu betrachten. Buist und Valentine (36) beobachteten das Auftreten eines Karzinoms in einem **missbildeten Uterus** (Uterus septus bicollis).

Jedenfalls spielen ausser chronischen Reizen noch **andere Faktoren** eine mindestens ebenso wichtige Rolle. Hopmann (131) denkt dabei an eine abnormale Druckerhöhung des Nahrungseiweisses, Little (177) an gestörte wechselseitige Beziehungen zwischen bestimmten Zellgruppen des Körpers und die dazu gehörigen innersekretorischen Drüsen. Freund und Kaminer (93) haben sich eingehend mit den pathologischen Beziehungen organischer Säuren zum Karzinom beschäftigt. Theilhaber (273) lenkt die Aufmerksamkeit auf die mangelhafte Funktion der blutbildenden Organe als mitwirkendes Moment für die Entstehung des Karzinoms hin. Eine lokale Disposition soll in einer Verminderung vor allem der Quantität, aber natürlich auch der Qualität der Bindegewebszellen und Rundzellen in der Nähe des Epithels zum Ausdruck kommen.

Carr (41) hat sich eine Hypothese der **Karzinomgenese** ausgedacht, nach der jede Epithelzelle in direkter nervöser Verbindung mit dem Zentralnervensystem steht und Störungen in dieser Verbindung zur Umwandlung karzinomatöser Art der betreffenden Zellgruppe führen kann. — Fichera (80) sieht als Grundlage der Geschwulstgenese eine Disharmonie der chronischen und morphologischen Beziehungen der Gewebe an. Vielleicht ist eine Stütze für diese Ansicht zu finden in dem Befund von Weiss (292) bei Magenkarzinomkranken, dass der Organismus dieser Patienten nicht befähigt ist, gegen parenteral einverleibte Substanz von anatomisch normaler Magenschleimhaut Abbaufermente zu produzieren, während der Organismus des Gesunden auf diesen Eingriff mit der Erzeugung solcher Abbaufermente antwortet. Weiss hält diesen Befund für wertvoll für eine Reihe von Problemen betreffend der Karzinomgenese und -diagnose. — Boveri (31) sucht die Entstehung

maligner Tumoren aus der Beschaffenheit der Zellkerne abzuleiten; ein Defekt der Kerne, ein abnormer Chromosomenbestand, bedinge abnormes Wachstum der Zelle. In ähnlicher Weise denkt sich Guthrie (106) die Ursache des Krebses als eine Störung in der Atomgruppierung der Moleküle.

Duker (67) hat nach einer Methode von Pappenheim, die es ermöglicht, an Zellen festzustellen, ob sie mehr oder weniger unreif und mehr oder weniger differenziert sind, die histologischen Bilder verschiedener Karzinome mit denen des normalen Epithels, von dem sie ausgegangen sind, verglichen. In dem Resultat seiner Untersuchungen findet sich keine Stütze für die Richtigkeit der Karzinomentstehungstheorien von Cohnheim, Hegar, v. Hansemann und Rössle.

Über die **Biologie** der Geschwülste haben Moullin (196) und Versé (284) grössere Arbeiten verfasst. De Quervain (223) und Saint (243) sehen in gewissen Beziehungen eine Ähnlichkeit zwischen der Geschwulstbildung und der reparatorischen und entzündlichen Reaktion normalen Gewebes. Mit der Wachstumsphysiologie der bösartigen Geschwülste hat sich Friedenthal (94) befasst und auf Grund seiner Überlegungen Sauerstoffentziehung als Mittel zur Bekämpfung derselben angegeben.

Estes (76) glaubt an irgendwelche Umwandlungsmöglichkeit von Karzinom in Sarkom und umgekehrt unter Einfluss innersekretorischer Organe, speziell der Hypophyse.

Zur Erweiterung unserer Kenntnisse über die Biologie des Karzinoms werden vielfach **Versuche an Mäusen** herangezogen. Nach v. Hansemann (113) sind die Krebse beim Menschen und bei der Maus Erkrankungen ganz verschiedener Art und ist aus dem Studium der letzteren für die Praxis beim Menschen keinerlei Erfolg zu erwarten. — Henke (122) lieferte einen Beitrag zur Frage der Malignität der Mäusekarzinome. Die Übertragungsmöglichkeit des Mäusekrebses scheint nach experimentellen Untersuchungen von Henke und Schwarz (123), Praussnitz (217), Roffo (232) u. a. an das Vorhandensein intakter Zellen im Impfungsmaterial gebunden zu sein. Auch Apolant und Bierbaum (8) haben darüber Untersuchungen angestellt. Über die Lebensdauer der Mäusekarzinomzellen bei Bruttemperatur haben Russell und Bullock (241) Versuche gemacht. Keysser (150) publizierte seine Methode und Technik der Züchtung infiltrativer Mäusetumoren. Kelling (146) demonstrierte auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie mittelst sensibilisierter Embryonalzellen erzeugte Geschwülste. Koenigsfeld (154) ist die Immunisierung gegen Mäusekarzinom bei Mäusen, durch intensive Vorbehandlung mit Tumorextraktpulver in steigenden Mengen gelungen.

Maccabruni (187) hat nach einem modifizierten Verfahren nach Carrel menschliches Krebsgewebe zu **züchten** versucht. Es gelang ihm, üppiges Wachstum der Aussaat zu erzielen. Von den neugebildeten Elementen waren die meisten als Bindegewebszellen zu bezeichnen; die übrigen waren unbestimmter Art.

Ein orientierender Überblick über den derzeitigen Stand der experimentellen Krebsforschung stammt von Simon (260).

Statistiken über das **Vorkommen** und die **Häufigkeit** des Krebses sind aus den verschiedensten Weltteilen veröffentlicht worden. Bashford (15) fand in Amerika seit dem Jahre 1876 eine Zunahme der Krebskranken von 37,2 auf 80,5 zu 100000 Einwohnern. Ebenfalls aus Amerika stammen die Statistiken von Benedikt (19), Hoffmann (128) und Weiss (293). In England soll dagegen die Krebskrankheit nicht zunehmen (38). — Behla (17) hat die Gesamtmortalität an Krebs in Preussen im Jahre 1913 zusammengestellt und darin trotz der Strahlenbehandlung eine geringe Steigerung feststellen können. Auch vom Badischen Landeskomitee für Krebsforschung (159) sind wiederum Statistiken veröffentlicht worden. Lüpke (186) liefert in seiner Dissertation einen statistischen Beitrag zum Uteruskarzinom, während gleichfalls in einer Doktorarbeit Zimmer (304) nähere Angaben macht über das Vorkommen von Korpuskarzinom an der Strassburger Frauenklinik. Weller (295) hat aus einem grossen Material Statistiken über das Vorkommen von Karzinom in den verschiedenen Lebensaltern zusammengestellt.

Zur Kenntnis der **geographischen Verbreitung** des Krebses bringen v. Hansemann (112) und Kolb (155) neue Baustoffe heran. Letzterer bearbeitete die Topographie des Krebses in Bayern.

Wenn auch aller Wahrscheinlichkeit nach ein gewisses **Lebensalter** der Patienten das Auftreten des Krebses begünstigt, so sind doch wieder Fälle publiziert, in denen ausserordentlich jugendliche Personen von dieser Krankheit ergriffen wurden. Dissertationen über dieses Thema stammen von Holtz (130), Leprévost (170; Französisch) und Takahashi (271). Ayers (9) exstirpierte einem 17jährigen Mädchen mit gutem Dauererfolg den Uterus wegen Karzinom; eine 27jährige Frau war inoperabel erkrankt. Er stellt aus der

Literatur die Fälle zusammen von Frauen unter 30 Jahren, die an Uteruskrebs litten. Grad (101) sah ein 19jähriges Mädchen mit Korpuskarzinom. Ross (239) beschreibt sogar den Fall eines inoperablen Karzinoms vom Drüsenepithel der Uterusschleimhaut ausgehend bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde. Weller (295) hat an Hand eines grossen Materials eine Alterskurve für das Auftreten des Krebses zusammengestellt.

Nach englischen Untersuchungen (38) konnte eine **Heredität** des Karzinoms beim Menschen nicht festgestellt werden.

Wedd, Morson und Russ (288) gelang es, bei Mäusen mittelst bestrahlten Karzinomgewebes eine **Immunität** gegen Karzinom hervorzurufen. Der immunisatorische Effekt nimmt mit der Dauer der Bestrahlung ab und braucht einige Zeit zu ihrer Ausbildung. — Aus dem Bestreben, eine künstliche Immunität gegen Karzinom beim Menschen herzustellen, ist die Autolysatbehandlung (s. d.) hervorgegangen.

Hauptsache bei dem **Kampfe gegen die Krebskrankheit** ist die frühzeitige Diagnose, welche ermöglicht werden muss durch Vermehrung der Kenntnisse der Hausärzte, Hebammen und des Publikums über die ersten Erscheinungen der Erkrankung. In diesem Sinne sind die Publikationen von Broun (32 und 33), Bryan (34), Childe (45), Engel (72), Forgue (85), Kennedy (149), Lambinon (164), S. Lewin (172), W. Meyer (194), Willmoth (299) u. a. verfasst. Meist wird eine Information des Publikums im Sinne Winters empfohlen. Krönig (161) kann sich jedoch mit dem Inhalte des vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Krebskrankheit herausgegebenen Merkblattes nicht vereinigen. — Nach Carstens (42) dürfte kein bei einer Curettage herausbefördertes Gewebe ununtersucht verloren gehen. Childe (45) hält die Einrichtung unentgeltlicher mikroskopischer Untersuchungsstellen für erwünscht, während Forgue (85) den Frauen Blutungskurven in die Hand geben will, durch deren Gebrauch ihre Aufmerksamkeit auf Unregelmässigkeiten in der Menstruation hingelenkt werden soll. (Im Kapitel „Physiologie und Pathologie der Menstruation" sind ähnliche Kurven erwähnt.) — Fünf Professoren der Universität Basel haben ihre Vorträge über die Bekämpfung der Krebskrankheit herausgegeben (118). Espreáfico und Patino (74) heben in spanischer Sprache die Vorteile der frühzeitigen Diagnose bei malignen Neubildungen des Uterus hervor.

Histologie, Pathologische Anatomie, Chemie und Stoffwechsel.

v. Hansemann (113) macht auf die Schwierigkeiten der **mikroskopischen Diagnose** des Krebses und den Einfluss derselben auf die Beurteilung der Erfolge der Krebsbehandlung aufmerksam. Auch E. Schmidt (248) beschreibt ausführlich die histologischen Befunde bei einer schwierigen Diagnose eines Portiokarzinoms. Liegners Dissertation (173) handelt über die Histologie des Carcinoma cervicis uteri. Das **histologische Bild** des Verteidigungsprozesses des Organismus gegen die Zellwucherung des Krebses wird von Rubens-Duval (240) studiert, beschrieben und abgebildet.

Siredey (261) fand in 12 von 30 Fällen von Uteruskrebs gleich um die Karzinomnester herum einen ununterbrochenen Wall von charakteristisch gefärbten eosinophilen Zellen. Die Erscheinung soll unabhängig von Entzündungsprozessen in der Umgebung des Karzinomgewebes sein und hat wahrscheinlich den Zweck, eine Abwehr zu bilden gegen die von der Neubildung abgesonderten Gifte.

v. Hansemann [112) fand in den Tropen, dass Karzinome, die von der Epidermis ausgingen, keine Pigmentierung aufwiesen. Die Fähigkeit, Pigment zu bilden, geht also in den Krebsgeschwülsten verloren.

Als Band II des Liepmannschen Handbuches der gesamten Frauenheilkunde hat Frankl (90) die **pathologische Anatomie** und Histologie der weiblichen Genitalorgane bearbeitet. Von der Ribbertschen Geschwulstlehre (226) ist eine neue Auflage erschienen.

Ein Vergleich zwischen Entzündungsprozess und Tumorbildung wird von Saint (243) vorgenommen.

Sowohl Dinermann (64) wie Schneersohn (249) liefern in einer Dissertation einen Beitrag zum klinischen und pathologisch-anatomischen Studium des **Einflusses des Karzinoms auf den Harnapparat.** Clark und Keene (46) befassten sich mit demselben Thema.

Die **Ausbreitung und Metastasierung** des Uteruskrebses wurde von Haendly (109) an Hand der Operations- und Sektionsbefunde der in den letzten Jahren in der Berliner Universitäts-Frauenklinik beobachteten und behandelten Fälle studiert. Die Resultate bewegen sich im Rahmen der bisherigen Beobachtungen. — Über experimentelle Untersuchungen und Beobachtungen über die Metastasenbildung beim Mäusekrebs berichtet Koenigsfeld (154). Seine Erfahrungen stehen in diametralem Gegensatz zu der athrepti-

schen Theorie Ehrlichs. — Drutmann (65) hat in seiner Münchener Dissertation einen Fall von primärem Tubenkarzinom mit Übergreifen auf die Uterusschleimhaut genau beschrieben. In einer Berliner Dissertation veröffentlicht Litwak (178) einen Fall von primärem, papillärem Adenokarzinom des Corpus uteri mit Metastasen am Ovarium. Einen Fall von multiplen Metastasen im Gehirn, Niere und Lungen, an denen die Patientin zugrunde ging, ohne dass das primäre Karzinom im Cavum uteri Erscheinungen gemacht hatte, wurde von Lorenz (181) beschrieben. Ähnliche Beobachtungen **allgemeiner Karzinose** werden von Ferrari (cf. Kapitel „Karzinom und Schwangerschaft", Nr. 5) mitgeteilt. In einem der Fälle wurden über 300 kleine metastatische Tumoren gezählt.

Multiple primäre Karzinome wurden von Barwenka (14) und Czerwenka (54) an Mamma und Uterus, von Bonney (27) an der Cervix (Plattenepithelkarzinom) und am Corpus uteri (Adenokarzinom), von Händly (109) an den Adnexen und am Corpus uteri gefunden. Über das gleichzeitige Vorkommen von Karzinom im Uterus und in den Adnexen, was keineswegs ein seltenes Vorkommnis zu sein scheint, hat Werner (296) Untersuchungsresultate veröffentlicht. Dieses Zusammentreffen wurde unter 374 Radikaloperationen 14 mal gefunden, also in fast 4% aller Fälle. Nur in drei von diesen Fällen liess sich die gegenseitige Unabhängigkeit der Tumoren mit einiger Sicherheit feststellen. Bei den 10 Fällen mit voneinander abhängigen Karzinomen waren in sechs Fällen die Adnexe (immer die Ovarien) primär und der Uterus sekundär, in vier Fällen der Uterus primär und die Adnexe (immer die Tuben) sekundär erkrankt. In den sechs Fällen von sekundärer Erkrankung des Uterus nach Ovarialkarzinom handelte es sich zweimal um eine Verbreitung des Prozesses per contignitatem und viermal um echte Metastasenbildung. Egli (71) fand überhaupt unter 966 Tumorsektionen des Baseler Pathologischen Instituts in den letzten sieben Jahren 263 primär multiple Tumorfälle. Es soll eine besondere Neigung der Individuen zur Geschwulstbildung bestehen. Die Kombination ist aber eine zufällige.

Zur Frage der karzinomatösen **Implantationsmetastasen** im Uterus liefert Heinemann (121) einen kasuistischen Beitrag. Dürst (68) benutzte zu seiner Doktorarbeit den Fall eines Karzinoms in der Laparotomienarbe nach Totalexstirpation.

Die Arbeiten über das gleichzeitige Vorkommen von **Myom und Karzinom** im selben Uterus wurden schon im Kapitel „Myom" erwähnt.

Als pathologisch-anatomisch besondere oder seltene Formen des Uteruskarzinoms wurden u. a. beschrieben: **Adenokarzinome** von Bovee (30), Gemmell (98), Litwak (178; Dissertation), Macnaughton (188), Mendes de Leon (192) u. a. — **Maligne Adenome** von Drutmann (65) und Fitz Gibbon (83). Händly (110) demonstrierte ein **alveoläres Korpuskarzinom.**

Pyometra bei Karzinom war in den Fällen von Eden (69), Purslow (221), Roberts (229) und Spencer (265) entstanden.

Untersuchungen über den **Stoffwechsel** bei Karzinomkranken sind in grosser Anzahl veröffentlicht worden. Bestimmungen des **Stickstoffgehaltes im Urin** stammen von de Bloeme, Swart und Terwen (23). Reid (225), Robin (230 und 231) und Wallersteiner (286). Nach letzterem Untersucher liess sich bei ausreichender Ernährung stets annähernd Stickstoff-Gleichgewicht erzielen. Das Karzinom führt öfters zu einer erheblichen Steigerung des Gesamtstoffwechsels. Da eine Ursache für die Steigerung nicht aufgefunden werden konnte, wird sie im Sinne Fr. Müllers als toxische Steigerung zu bezeichnen sein. Untersuchungen über den **Kieselsäurestoffwechsel** bei Krebs sind von Kahle (140) angestellt worden und auch Desgrez (61) teilt Beobachtungen mit über den Urin bei Krebskranken.

Die Dissertation von Caufment (43) handelt über die **Anurie** beim Krebs des Uterus.

Diagnostik.

Allgemein **orientierende Arbeiten** über den heutigen Stand der Krebsdiagnose stammen aus der Feder von Daniel (57), Marenduzzo (190), Rigall (227), Weichselbaum (290) u. a.

Unter den diagnostischen Methoden hat sich heute die **Serodiagnostik** einen hervorragenden Platz errungen.

Die Methode der **Komplementablenkung nach v. Dungern** wurde in Freiburg i. Br. sowohl von Dietz (63) wie von Edzard (70) in einer Dissertation bearbeitet. Dick (62) hatte mit ihr gute Resultate. Apolant (7), Piorkowski (211) und Rosenthal (237) sind jedoch der Ansicht, dass der v. Dungernschen, ebenso wie allen anderen bisherigen Methoden trotz ihres hohen theoretischen Interesses vorläufig nur ein bedingter Wert für die Krebsdiagnose zuerkannt werden kann. Hara (115 bis 117) hat auf Veranlassung von v. Dungern eine grosse Anzahl chemischer Substanzen an Stelle des Extraktes zur Tumor-

reaktion verwandt, unter denen sich Maltose und Phenolphthalein für die Komplementablenkungsreaktion am geeignetsten erwiesen. Diese sind als Ersatzmittel des Blutextraktes durchaus brauchbar, wenn sie auch keine absolute Übereinstimmung aufweisen. Yamanouchi und Lytchkowsky (302) prüften den Micrococcus neoformans Doyen als Antigen auf Komplementbindung mit den Seren von 144 Krebsfällen, die bis auf sieben Brustkrebse alle positiv reagierten. Verff. halten die Reaktion für spezifisch für Karzinom.

Bei einem Vergleich der letztgenannten Reaktion mit der **Meiostagminreaktion nach Ascoli und Izar,** an 34 Sera von Tumorkranken vorgenommen, fand Hara (116), dass die Resultate dieser beiden Reaktionen sich nicht decken. Man könnte eher sagen, dass sie sich ergänzen. Die Meiostagminreaktion ist für die Serodiagnostik der malignen Geschwülste recht brauchbar, besonders wenn isotonische Traubenzuckerlösung zur Verdünnung des Serums angewandt wird, jedoch ist die Komplementbindungsreaktion immer noch etwas spezifischer. — Auch nach Apolant (7) und Rosenthal (237) hat sie nur vorwiegend theoretisches Interesse. Nach Blumenthal und Fränkel (24) ist sie für weibliche Genitalkarzinome nur schlecht verwendbar; dagegen gut bei Krebsen des Magendarmtraktus. Im ganzen waren bei 106 klinisch sicheren Karzinomen aller Art 74,5% der Reaktionen positiv. Bucco (35), Kelling (147), Roosen und Blumenthal (236), Stammler (267) u. a. hatten gute Resultate und halten die Reaktion für klinisch brauchbar. Izar (132 bis 134) selbst beschäftigte sich mit seiner Reaktion und glaubt, dass der Auffassung derselben als Immunreaktion durch die jüngsten Untersuchungen jeder Boden entzogen ist. Auch di Quattro (222) stellte Versuche über die Antigene an.

Die Ansichten über die klinische und diagnostische Brauchbarkeit und die Spezifizität der **Fermentreaktion nach Abderhalden** beim Karzinom sind noch recht verteilt. Die „Medizinische Klinik" (4) hat danach eine Umfrage an 15 deutsche Frauenkliniken veranstaltet und die Antworten publiziert. Es gibt eben so viele Autoren, welche den Wert der Methode für die Praxis nicht sehr hoch anschlagen als andere, die sie bereits für klinisch und diagnostisch brauchbar erklären. Manche Untersucher nennen die Reaktion absolut spezifisch, andere behaupten das Gegenteil. Zu denjenigen, die gute Resultate mit der Reaktion beim Uteruskarzinom erzielten und sie für wertvoll in der Praxis halten, gehören Blackstein (22; 91 Fälle), Erpicum (73; 51 Fälle), Fasciani (77), Fetzer (79), Lampé (165; 82 Fälle), Lowy (182), Guggenheimer (50 Fälle, cf. Pincussohn, 209), Schawlow (247), Ssokolow (266), Stresemann (270) u. a. Dagegen wird der Methode nur ein bedingter Wert für die Klinik und Diagnose anerkannt von Apolant (7), Ball (10 und 11; 50 Fälle), Benech (18), Bornstein (28), Bullock (37), Carles und Lousteau (40), Fiessinger und Siredey (81), E. Fränkel (87 bis 89), Fritsch (97), Heimann (120; 34 Fälle), Leitch (169), Oeller (198), Pincussohn (209), Piorkowski (211), Schumkowa-Trubina (251), Stammler (267), Weinberg (291; 28 Fälle) u. a. Meist ist es so, dass abgesehen von kachektischen Fällen zwar die Mehrzahl der Karzinomkranken eine positive Reaktion zeigt, dass aber auch Nichtkarzinomatöse (bis 35%), besonders Schwangere, ebenfalls positiv reagieren. Dies war auch das Ergebnis der Statistischen Erhebungen des „Imperial Cancer Research Fund" (38). Während einige Autoren, wie E. Fränkel (87; Erfahrungen mit der Reaktion am Institut für Krebsforschung in Heidelberg), Oeller (198), Schumkowa-Trubina (251) u. a. der Reaktion jeder Spezifizität in der Praxis entsagen, wird ihr diese Eigenschaft von Fasciani (77), Fetzer (79), Primsar (218), Stresemann (270) u. a. gerade zuerkannt. Abderhalden (1) selbst hält, abgesehen von den richtigen, alle Angaben über die Resultate seines Verfahrens für wertlos, wenn nicht genau angegeben wird, 1. was für ein Karzinom als Substrat zur Verwendung kam, und 2. welche Art von Karzinom beim Patienten vorlag. Weiter muss unbedingt auch mitgeteilt werden, in welchem Zustand der Patient sich befand (Anfangsstadium, Kachexie usw.). Abderhalden zweifelt nicht daran, dass sich bald herausstellen wird, weshalb zurzeit die Angaben über die Brauchbarkeit des Dialysierverfahrens zur Erkennung von Karzinom noch so sehr verschieden sind. Hauptsache bei der Karzinomuntersuchung ist, dass das befallene Gewebe bei der Anstellung des Versuches im Substrate zugegen ist.

Ball (10 und 11), Carles und Lousteau (40) und Piorkowski (211) haben technische Modifikationen in der Methode angegeben. Die Dissertation von Cytronberg (53) handelt über die Karzinomdiagnose mittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Slovtsov (264) schrieb eine russische Monographie über die Reaktion.

King (151) hat das Prinzip des Eiweiss-Abbaufermentnachweises in Form der **Koagulationsmethode nach Williams und Pearce** angewandt und ist über die Resultate sehr zufrieden.

Józsa und Tokeoka (138) konnten bei Krebskranken mit Hilfe der **Epiphaninreaktion** Antikörper des Krebseiweisses im Blute nachweisen. Die Reaktion war bei klinisch sicheren Karzinomen in 81,5% der Fälle positiv, bei karzinomfreien Kranken fast immer negativ.

Die **Reaktion nach Freund-Kaminer** wurde von Manna (189) angewandt in 26 Fällen. Der Ausfall der Reaktion stimmte mit den klinisch, pathologisch-anatomischen Befunden überein.

Die **Reaktion nach Kelling** wurde vom Verfasser selbst (147) modifiziert. Er bekam dann damit bei Karzinomen in 90% positive Resultate und bei Gesunden in ca. 97% negativen Ausfall der Reaktion. Auch Delbet (60) untersuchte das hämolytische Vermögen des Serums Krebskranker.

Die Methode der **Antitrypsinbestimmung** wurde von Delbet (60), Heimann (119), Joltrain (137) u. a. ausgeführt. Es kann dieser Methode anscheinend nur eine unterstützende Rolle für die Diagnosenstellung des Krebses anerkannt werden.

Pasetti (200) hat die **Reaktion nach Salomon und Saxl** an 46 Tumorkranken nachgeprüft und gefunden, dass sie in 56,1% der Fälle positiv ausfiel; negativ in allen Fällen von Lues. Die Methode soll brauchbar, aber nicht charakteristisch sein.

Wiener und v. Torday (298) fanden ein eigenartiges spezifisches Verhalten karzinomatöser Sera gegen **Ehrlichs Aldehydreagens.** Die Reaktion war in 72% der Fälle positiv; sie kann nicht als Reaktion der Kachexie gedeutet werden.

Cohnreichs Dissertation (50) handelt über die klinische **Bestimmung der Erythrozytenresistenz** bei Krebskranken, Hillgers Doktorarbeit (125) über die **Leukozytenresistenz** bei Karzinomatösen, besonders im Dienste der Krebsdiagnose. Lohmeyer (180) stellte eine verstärkte Wirkung der **proteolytischen Fermente der Leukozyten** bei Krebskranken fest.

Mit der Bestimmung der **Viskosität des Blutes** bei Karzinompatientinnen hatte Pestalozza (206) keine befriedigenden Resultate.

Harnuntersuchungen zu diagnostischen Zwecken wurden von de Bloeme, Swart und Terwen (23) vorgenommen. Sie fanden das ursprüngliche Salkowski-Kojo-Verfahren zur Bestimmung des kolloidalen Stickstoffs des Harns für die klinische Karzinomdiagnostik nicht verwendbar. Jedoch erfährt der adialysable Anteil des Niederschlags beim Karzinom eine deutliche Vermehrung. Reid (225) konnte feststellen, dass bei Kranken mit malignen Tumoren der Oxyproteinsäuregehalt im Harn zwar erhöht ist, jedoch bei beginnenden, nicht ausgedehnten Geschwülsten nur unwesentlich, so dass die Reaktion die Frühdiagnose nicht erleichtert. Eine Vermehrung der Aminosäuren im Harn soll nach Robin (230 und 231) eine Andeutung schnelleren Fortschreitens der Erkrankung sein.

Mit der **histologischen Diagnose** des Krebses haben sich Alberger (5) und viele andere Untersucher befasst, deren Arbeiten bei der Besprechung der Histologie Erwähnung finden. E. Schmidt (248) hatte in einem Falle Schwierigkeiten mit der mikroskopischen Differentialdiagnose zwischen tuberkulösen und karzinomatösen Veränderungen am Uterus.

Der Wert der **Probecurettage** wird von Zimmer (304) auf Grund seiner Untersuchungen nach dem Vorkommen von Korpuskarzinom besonders betont.

Cheval (44) hat einen Apparat konstruiert, der es ermöglicht, **photographische Aufnahmen von der Portio** herzustellen. Kraus (cf. Kapitel „Pathologie des Uterus", 5. „Sonstiges", Nr. 7) gibt ein Verfahren an, um **Gipsabgüsse der Portio** anzufertigen. Heineberg und Knipe (cf. Kapitel „Pathologie des Uterus", 1. „Allgemeines", Nr. 12 resp. 15) beschreiben Instrumente zur **intrauterinen Endoskopie.**

Die Bedeutung der **Kystoskopie** für die Diagnose des Krebses kommt unten, bei der operativen Behandlung des Uteruskrebses, zur Sprache.

Forgue (85), Figueroa und Mac Farlane (cf. Kapitel „Physiologie und Pathologie der Menstruation", Nr. 31 resp. 75) empfehlen aus diagnostischen Gründen den Gebrauch von **Blutungskurven** zur Erleichterung der Beurteilung von Stärke und Dauer des vaginalen Blutverlustes.

Poprawskis Dissertation (215) handelt über die Forderung der Karzinomdiagnose durch das **Röntgenbild.**

Gordon (100) meint die Beobachtung gemacht zu haben, dass bei Krebskranken die **Herzdämpfung** beim Liegen kleiner ist wie beim Stehen.

Über die Art der neuen Methode Hinrichs (126) zur Diagnose der bösartigen Geschwülste gibt der Titel der Dissertation keinen Aufschluss.

Operative Behandlung.

Allgemeines über die chirurgische Behandlung der Uteruskrebse, über deren Indikationen und die verschiedenen operativen Methoden findet sich in den Publikationen von Botin (29; Spanisch), Can Dela y Pla (39; Spanisch), Cobb (47 und 48; Amerikanisch), Crile (51), Esquerda (75; Spanisch), Faure (78), Franz (92), Gutierrez y Gonzalez (107; Spanisch), Hedinger usw. (118), v. d. Hoeven (127; Holländisch), Kakuschkin (141; Russisch), Pujol y Brull (220; Spanisch), Simon (256), Veit (282), Werner (297) u. a.

Zur Beurteilung der **Operabilität** zieht Bégouin (16) das Symptom der Schmerzen heran; letztere sollen jedoch nicht immer ein Zeichen sein, dass die Neubildung bis ins Ligamentum latum fortgeschritten ist und können auch von einer gleichzeitigen Adnexentzündung herrühren. Daniel (58) hat versucht, genau die Grenzen der Operabilität der Cervixkrebse festzustellen. Welche Bedeutung der **Kystoskopie** zur Bestimmung der Operationsmöglichkeit zukommt, hat Dawydoff (59) festzustellen versucht. Auf Grund von 120 eigenen Fällen gibt dieser Autor an, dass bei normalem kystoskopischem Bilde die volle Garantie dafür gegeben ist, dass beim Ablösen der Blase keine Schwierigkeiten eintreten werden. Franco (86) veröffentlicht über dasselbe Thema eine Arbeit. Zwei Dissertationen, die von Dinermann (64) und Schneersohn (249) und die Arbeit von Clark und Keene (46) beschäftigen sich mit den klinischen und pathologisch-anatomischen Beziehungen zwischen Uteruskarzinom und Harnapparat.

Allgemeine **statistische Angaben** über Operabilität, Mortalität und Rezidive nach Krebsoperationen an europäischen und amerikanischen Kliniken finden sich in den Publikationen von Cobb (47 und 48), v. d. Hoeven (127), Korante (156; französische Dissertation), Kouinne (158; Dissertation in Genf), Lüpke (186; Dissertation in Tübingen), Rosenthal (238) u. a.

Speziell über die **erweiterte abdominale Totalexstirpation nach Freund-Wertheim** sind mehrere Arbeiten erschienen, die sowohl direkte und Dauerresultate wie Technisches enthalten. Das **Technische** wird im Kapitel „Gynäkologische Operationslehre“ referiert. Was die **Resultate** betrifft, hatte Cobb (48) auf 34 Operationen eine Primärmortalität von 14,3% (auf sieben Fälle von einfacher abdominaler Exstirpation wegen Korpuskarzinom kein einziger Todesfall). Die 21 Fälle Kakuschkins (141) liegen erst höchstens 1 1/2 Jahre zurück. Korante (156), Kouinne (158) und Unckell (280) berücksichtigten diese Frage in ihren Dissertationen. Nach letzterem Autor wurden 1901—1913 in der Strassburger Universitäts-Frauenklinik an 103 Patientinnen die Wertheimsche Radikaloperation wegen Karzinom der Portio oder der Cervix ausgeführt. Die primäre Mortalität betrug 30%. Die Operation liegt bei 51 Fällen länger wie fünf Jahre zurück. Heilungsziffer 12%. Rechnet man die primären und interkurrenten Todesfälle ab, so ergeben sich bei diesen 51 Fällen 19% Heilung. Im Obuchow-Frauenhospital (Kriwsky, Nr. 160) wurden von 736 Fällen von Uteruskrebsen 18,4% operiert, d. h. 109 Kranke. Von diesen starben 15 = 13,7%. Rezidivfrei waren 11 Patientinnen noch 2—3 Jahre nach der Operation; 27 bekamen Rezidive, von den übrigen fehlen Nachrichten. Prima intentio wurde in 50% erzielt. Weiss und Sencert (294) haben Erfahrungen an 12 Fällen, von denen zwei primär starben und von den übrigen nach 8—20 Monaten eine Rezidiv hat. Wilson (300) veröffentlicht aus Amerika eine Dauerheilung von 10%. Dobbert (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome“, Nr. 45) hatte bei seinen 109 Operationen eine Mortalität von 8,2%. In der Leipziger Frauenklinik (Zweifel, cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome“, Nr. 233) beträgt die Dauerheilungsziffer der operativen Behandlung des Uteruskrebses 51 resp. 44,5%.

Von grossem Interesse sind die Nachforschungen, die Weibel (289) anstellte nach den **Spätrezidiven** bei an der Klinik Wertheim operierten Krebskranken. Diese ergaben für das Kollumkarzinom, dass die Prozentzahl der Rezidive vom ersten bis zum dritten Jahre beständig und beträchtlich abfällt, dann vom vierten bis siebenten Jahre konstant bleibt und dass das fünfte Jahr keine Grenze bildet. Nach dem Ende des siebenten Jahres wurde kein Rezidiv mehr gesehen. Es genügt daher entweder die von den Chirurgen geübte dreijährige Kontrolle, oder es muss für sichere Dauerheilung der Termin auf sieben Jahre ausgedehnt werden. Für das Korpuskarzinom ist eine dreijährige Kontrolle hinreichend.

Spencer (265) berichtet über eine Frau, die jetzt sieben Jahre nach der Operation rezidivfrei blieb; Drüsen wurden damals nicht gefunden.

E. Zweifel (306) hat die **Dauererfolge nach 23 Rezidivoperationen** der Jenenser Frauenklinik zusammengestellt. Es leben von den Patientinnen noch 30% nach einer durchschnittlichen Rezidivfreiheit von 7 1/2 Jahren.

Übrigens hat **Haim** (111) Ratschläge publiziert, die allgemeine Peritonitis bei Operationen im kleinen Becken, insbesondere bei der erweiterten abdominalen Totalexstirpation möglichst zu verhüten.

Cobb (48) macht Morbiditäts- und Mortalitätsvergleiche zwischen der erweiterten und der einfachen abdominellen Radikaloperation.

Zwecks **Erweiterung der Grenzen der Operabilität** und radikaleren Vorgehens empfiehlt Tichow (277): 1. beiderseitige Unterbindung der Arteria uterina und hypogastrica; 2. Transplantation der Ureteren; 3. Isolierung der Bauchhöhle von den Organen des kleinen Beckens. Über Dauerresultate kann wegen der kurzen Beobachtungszeit noch nicht berichtet werden. Die Primärmortalität betrug bei der Unterbindung der Arteria uterina 23%, der Arteria hypogastrica 16% und der Transplantation der Ureteren 15%. Erstere misslang einmal unter 200 Operationen. Ebenso wie Tichow empfehlen auch Proust und Maurer (219) die **Unterbindung der Arteria hypogastrica** zur Erweiterung der abdominalen Totalexstirpation.

Die **Gefässnaht** lässt sich mit Erfolg ausführen, wie Zawacki (303) aus eigener Erfahrung mitzuteilen weiss. Dreimal wurde die Vena iliaca externa, einmal die iliaca communis genäht. Eine Patientin ging an Thrombophlebitis und Peritonitis zugrunde.

Auch Latzko (166) musste bei einer Patientin die **Resektion der Vena iliaca externa dextra** vornehmen, weil ein Drüsenpaket innig mit der Venenwand verwachsen war.

Die Dissertation von Kotzulla (157) handelt über die **Chirurgie der tiefen Beckendrüsen.**

Ureterenverletzungen wurden von Franz (91) und Kayser (142) beschrieben. Letzterer gibt eine Übersicht über sämtliche derartige Fälle, die in der Charité-Frauenlinik seit Oktober 1910 zur Behandlung kamen. Tichow (277) hatte mit seiner Ureterentransplantation angeblich 15% Primärmortalität.

Poucher (216) publizierte zwei Fälle, die trotz sicher nicht radikaler Operation jetzt 9 resp. 3 Jahre rezidivfrei geblieben sind, was er an einer postoperativen Infektion zuschreibt.

Ein Fall von **Karzinom in der Laparotomienarbe** nach Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus wird von Dürst (68) veröffentlicht.

Ob **vaginal oder abdominal** zu operieren sei, kommt u. a. in den Arbeiten von Esquerda (75), Faure (78) und Kakuschkin (141) zur Sprache.

Leistungsfähigkeit und Indikationen der **vaginalen Radikaloperation** beim Uteruskrebs werden von Jung (139) und Rosenthal (238) einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Besonders letzterer geht auf die Technik nach Schauta näher ein.

Die **Ligatur der Arteria hypogastrica** beim inoperablen Uteruskrebs kam im Ungarischen Ärzteverein zur Diskussion. Die histologischen Befunde im Tumor, vier Monate nach der Operation, werden von Frigyesi (96) beschrieben. Bársony (96) übt dieses Verfahren in allen Grenzfällen; die Kranken erholen sich bald. Doch zirka jeder dritte Fall wird nach vier- bis fünftägigem Wohlbefinden plötzlich ungünstig, der Puls wird frequent und die Kranke stirbt an Herzsymptomen. Barsony glaubt an Autointoxikation des vom frischen Blute abgesperrten Organes als Todesursache. Tóth (96) versuchte die Operation erfolglos in einem inoperablen Falle zur Stillung der heftigen Blutungen. Das Präparat zeigte starke Anastomosen von allen Seiten. Kubinyi stimmt dem bei.

Boldt und seine Diskussionsredner (25), Grad (101) und Saltykow (244) glauben durch **Curettage** ein Korpuskarzinom geheilt zu haben, konnten wenigstens später auf keine Weise noch karzinomatöse Veränderungen im Uterus nachweisen, resp. die Patientin blieb bisher rezidivfrei.

Nichtoperative Behandlung (ausschliesslich der Strahlentherapie).

Natürlich handelt es sich dabei an erster Stelle um Fälle, bei denen radikale Entfernung der karzinomatösen Neubildung durch Operation nicht mehr möglich ist. Eine **Übersicht über die in Frage kommenden Verfahren** und der Indikationen dazu ist zu finden in den Publikationen von Daniel (57), Floercken (84), Frigyesi (95), de Keating-Hart (145) und besonders Wolff (301), der im III. Band, II. Teil (Schlussband) seines Sammelwerkes über die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart eine Schilderung gibt von allen früheren und noch gebräuchlichen nichtoperativen Behandlungsmethoden.

Die **thermokaustische Behandlung** hat besonders Percy (202 bis 204) zu einem eigenen Verfahren ausgearbeitet und Zinke (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Myome", Nr. 85) weiss über gute Resultate mit der Methode in der Praxis zu berichten. Kelly und Neel

(148) glauben, durch Kauterisation inoperable Tumoren operabel machen zu können. Nach de Keating-Hart (144) soll die operative Therapie mit der Fulguration kombiniert werden. Aber auch bei Röntgen- und Radiumbehandlung wird dadurch bei vielen inoperablen Tumoren die therapeutische Wirkung gesteigert.

Zur **Kaustik mit chemischen Mitteln** wird von Ducor (66) Kalziumkarbid, von Mendes de Leon (193) Chlorzinkpasta, von Roith (233) Arsenpasta, von Voigt (285) Azeton empfohlen. Alle diese Autoren berichten über günstige Erfolge ihrer Therapie an einigen Fällen aus der Praxis.

Seyderhelm (255) fand bei Karzinommäusen eine elektive Wirkung des **elektrischen Schwachstromes** auf die Tumorzellen, analog den Röntgenstrahlen. Die Anwendung am lebenden Menschen findet aber ihre Grenze an der Unfähigkeit, bei der Durchströmung grösserer Körperteile die Stromdichte zu beherrschen.

In letzter Zeit ist die **Serumbehandlung** sehr in den Vordergrund getreten. Berkeley (20) hat schon Erfahrungen über drei Jahre mit einem eigenen Antiserum und teilt ausführlich an Hand von Krankengeschichten die Resultate mit. Vaughan (281) ist sehr zufrieden über die Behandlung der ersten 100 Karzinomkranken mit einem Vakzin. Auch Abderhalden (3) hat versucht, ein Serum zu bereiten, das gegen Tumoren eingestellt ist. Er hoffte damit erstens Besserung herbeiführen zu können durch fermentative Entfernung der im Blute kreisenden blutfremden Stoffe; dann wäre die Möglichkeit gegeben, dass es gelingen werde, die Tumorzellen selbst zu beeinflussen. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass in einzelnen Fällen das Allgemeinbefinden und in ganz vereinzelten auch das Karzinom günstig beeinflusst worden ist. Es liegt ein Obduktionsbefund vor, der sicher beweist, dass das angewendete Serum auf das vorhandene Karzinom energisch eingewirkt hat. Zu demselben Resultat kommt Kohlhardt (154a) auf Grund von Erfahrungen an 4 eigenen Fällen. Auf welchem Grunde er das von ihm benutzte Serum den Namen Abderhaldens beilegt, ist nicht recht klar.

Allmann (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 3) hat drei Frauen Serum von bestrahlten Patienten eingespritzt; sie befinden sich klinisch von allen Karzinomkranken am besten. Green und Konrad (104) haben mit der Aszitesflüssigkeit eines inoperablen Karzinomfalles die Patientin selbst und fünf andere, die gleichfalls an inoperablem Gebärmutterkrebs litten, vier Monate lang gespritzt. Der Erfolg war nur sehr gering und Besserung liess sich nur in zwei Fällen feststellen. Auf die Neubildung übte die Injektion keinen Einfluss aus.

Bei Mäusen konnte Koenigsfeld (154) durch intensive Vorbehandlung mit Tumortrockenpulver in steigenden Mengen fast stets und einwandsfrei einen Schutz gegen eine nachfolgende Impfung mit einem vollvirulenten Tumor (Mäusekarzinom) herstellen. Oft wurde eine Rückbildung schon angegangener Tumoren beobachtet. Vorbehandlung mit getrockneten normalen Geweben hatte dagegen keine Immunität zur Folge. Koenigsfeld verspricht sich von dieser Autovakzination auch beim Menschen Erfolg.

Fichera (80) nimmt das Prioritätsrecht für die **Autolysatbehandlung** der Karzinome in Anspruch, mit der jedoch Lunckenbein (184 u. 185) schon mindestens ebenso lange Versuche gemacht hat. Lunckenbein selbst (185) hält auf Grund seiner jetzt etwa 40 Fälle umfassenden Erfahrungen die systematisch durchgeführte intravenöse Einspritzung von Tumorextrakten für eine der erfolgreichsten Methoden der bisherigen Krebstherapie. Durch die Einverleibung der Geschwulsteiweisskörper wird die Bildung spezifischer, auf das Substrat eingestellter Fermente angeregt, die sich der eigenen Abwehrtätigkeit des Körpers harmonisch anpasst und sie im Kampfe mit dem Tumor unterstützt. Die Wirkung macht sich schon nach den ersten Einspritzungen durch Verkleinerung und Beweglichwerden der Geschwülste geltend. Man muss aber die Injektionen sehr lange fortsetzen, um gute Resultate zu erzielen. Anaphylaktische Erscheinungen wurden bisher nicht beobachtet. Als Extraktmaterial wurde ausschliesslich Mammakarzinom benutzt.

Auch Pflaumer (207) hat schon in 15 Fällen die Autolysatbehandlung mit Lunckenbeinscher Technik versucht. Der Autor bezeichnet sein Material nicht als Autolysat, sondern als Extrakt. Völlige Heilung wurde in keinem Falle erzielt, doch wurden bei ulzerierten Krebsgeschwülsten oberflächliche Nekrotisierung und Reinigung des Geschwürs beobachtet. Durch Sensibilisierung der Geschwulst auf chemischem oder physikalischem Wege und gleichzeitiger Extraktbehandlung ist wahrscheinlich Einwirkung nicht nur auf den schon hinfälligen Teil der Geschwulst, sondern auch auf ihren eigentlichen Wachstumsbezirk zu erwarten.

Pionitzki (20) hat über die Behandlung des Krebses mit Autolysaten eine Dissertation verfasst. Polák (213) hatte mit ihr weder bei intramuskulärer noch bei intravenöser

Applikation Erfolg. Schädliche Nebenwirkungen traten bis auf eine rasch vorübergehende Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle und leichte Temperatursteigerungen nicht auf. Dagegen teilt Schubert (250) einen Fall mit, bei dem es nach intravenöser Injektion des Lunckenbeinschen Extraktes zu schweren Kollapserscheinungen kam. Vorsichtiges Vorgehen ist unbedingt notwendig. Stammler (267) hat von 15 mit Autolysat behandelten Fällen einen heilen sehen. Drei wurden vorübergehend gebessert, bei dreien konnte man eine einschmelzende Wirkung auf den Tumor beobachten, während bei den übrigen kein Einfluss, aber auch keine Schädigung konstatiert wurde.

Blumenthal und Lewin (cf. Kapitel „Sarkome", Nr. 3) machen den Vergleich zwischen der Chemotherapie und der Autolysatbehandlung bei Sarkomratten und kommen zum Schluss, dass die Ergebnisse der letzteren erheblich besser sind. Besonders die langsame Wirkung ist der Vorteil der Tumorextraktbehandlung.

Übersichtliche Zusammenfassungen über **Stand und Aussichten der Chemotherapie** des Karzinoms sind von Mayerol (191; Spanisch), Roffo (232; Spanisch), Schwenk (254), Tuchler (278) und Vermeulen (283; Holländisch) erschienen. Keysser (150) hat die Wassermannschen Tierversuche mit Eosin-Selen fortgesetzt. Roffo (232) sah von diesen Injektionen bei Ratten gute Erfolge. Pentimallis chemotherapeutische Tierversuche an Karzinommäusen (201) dagegen fielen negativ aus. Gelegentlich von anderen Forschern gefundene Nekrosen sind aller Wahrscheinlichkeit nach auf traumatische und andere akzidentelle Einflüsse zurückzuführen. Verflüssigung des Tumors bedeutet noch keine Heilung, sie bewirkt aber Autoimmunisation.

Von der **Enzytol- resp. Cholinbehandlung,** die aber vorwiegend in Kombination mit der Bestrahlung angewandt wird, haben Rapp (224), Ritter und Allmann (228) u. a. Erfahrungen mitgeteilt.

Über die Wirkung der **Metallkolloide** (kolloidales Selen, Kupfer, Elektrokobalt usw.) sind die Meinungen geteilt. Auch sie kommt zumeist zusammen mit der Strahlenbehandlung in Anwendung. Man siehe deshalb die in dem betreffenden Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome" referierten diesbezüglichen Arbeiten nach. Daels (55 und 56), Knauer (152) u. a. haben diese Therapie aufs wärmste empfohlen und schon wiederholt günstige Erfahrungen darüber mitgeteilt. Vollständiges Verschwinden der Tumoren konnte jedoch nicht festgestellt werden. Dagegen hält Thomas (276) die Selentherapie für völlig wertlos. Spezifische Wirkung auf die malignen Zellen kommt ihr nicht zu, welches Präparat auch in Anwendung kommt. Popow (214) hat seine Dissertation über dieses Thema verfasst und auch Hölder (87) und Klotz (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 106) haben darüber grössere Arbeiten publiziert.

Nach Krym (162) ergab bisher die Chemotherapie bösartiger Neubildungen nur im Tierexperiment ermunternde Resultate. Beim Menschen ist sie gänzlich ergebnislos geblieben. Eine Besserung im subjektiven Befinden mancher Patientinnen erklärt sich wohl durch psychische Beeinflussung.

Jayle (136) sah von der Verabreichung von **Hypophysenextrakt** bei einem inoperablen Karzinom Aufhören der Blutung und Jauchung, Besserung der Schmerzen und Kräftigung des Allgemeinbefindens. Der Lokalzustand änderte sich jedoch nicht.

Barbet und Perraudin (13) empfehlen auf Grund ihrer Anschauung, dass das Karzinom durch ein Protozoon hervorgerufen werde, tägliche intramuskuläre Injektionen von 3—4 ccm **Sol. chinin. hydrochloric.** 1 : 10, die lange Zeit fortgesetzt werden müssen. Schmerzen, Blutungen, Ausflüsse und Allgemeinzustand werden angeblich günstig beeinflusst; inoperable Tumoren werden eventuell operabel; nach Radikaloperationen werden Rezidive verhütet.

Morosoff (195) hat in 14 Fällen von inoperablen Karzinomen täglich ein Klysma aus **Jodkalium** verabreicht und subkutan Natr. arsenicosum injiziert. Er behauptet, Besserung der lokalen und allgemeinen Erscheinungen, dagegen Steigerung der Blutungen infolge dieser Behandlung auftreten gesehen zu haben. Allmann (cf. Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 4) gibt Jodkalium innerlich zur Verstärkung der Strahlenbehandlung.

Friedenthal (94) will durch **Sauerstoffentziehung** den Krebs günstig beeinflussen.

Nach v. Hansemann (113) ist von internen Mitteln nur bei solchen Erkrankungen Erfolg zu erhoffen, die auch dann und wann **spontan heilen.** Echte Krebse gehören jedoch nicht dazu; sie heilen nie von selbst.

Strahlentherapie der Karzinome[1]).

(S. a. „Strahlentherapie der Myome“ und für die Technik: Kap. II, „Elektrizität usw.“)

1. Abbe, R., Die Anwendung von Radium bei Karzinom und Sarkom. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. (Cf. dieses Kapitel Jahresbericht 1913. Nr. 1.)
2. Aikins, W. H. B., The value of radium in malignant gynaecological conditions. Canada Lancet. Bd. 47. Nr. 10. S. 742—748. (Übersicht. Nichts Eigenes.)
3. Allmann, J., Zur nichtoperativen Karzinombehandlung. Strahlentherapie. Orig. Bd. 4. Heft 2. S. 626—635. (Technik der Mesothoriumbestrahlung im Hamburger Krankenhaus St. Georg: 150—200 mg je 24 Stunden mit 2—5wöchentlichen Pausen. Messingfilter. Tenesmen und leichte Blasenstörungen sind nicht immer zu vermeiden. Fast immer wurden Intoxikationserscheinungen, wie Störungen von seiten des Nervensystems, Appetitmangel, Gewichtsverlust, Temperatursteigerungen usw. beobachtet. Grosse Tumormassen sind deshalb mit Messer oder Paquelin zu entfernen, geschlossene Karzinome zu öffnen. Jodwasserstoffsaures Cholin [intravenös oder subkutan] machte niemals Schmerzen, wie Enzytol. Drei Frauen bekamen Serum von bestrahlten Patientinnen eingespritzt; sie sind klinisch von sämtlichen Karzinomkranken die besten Von 85 starben 15; 15—20 inoperable Fälle wurden durch die Behandlung operabel. 15 mit Rezidiven resp. die eine Operation ablehnten sind beschwerdefrei und arbeitsfähig geworden. Die anderen sind noch in Behandlung.)
4. — Die unblutige Karzinombehandlung. Vereinig. nordwestdeutsch. Chir. in Hamburg. Sitzg. vom 7. Febr. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 10. März. Ref. La Gyn. Mai. S. 377—378. Diskussion 24. März: Seeligmann, Spaeth, Prochownick, Frank, Staude usw. Als Original erschienen i. d. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 21. S. 1064—1066. (Bei 80 Frauen mit Uteruskarzinom, welche mit Mesothorium behandelt wurden, ergab sich mit der Zeit als das zweckmässigste Verfahren: Bestrahlung mit grossen Dosen [150—200 mg] kurze Zeit, nicht umgekehrt; besser etwas länger als zu kurze Pausen; Filterung mit 1 mm vernickeltem Messing; zur Ausschaltung der Sekundärstrahlen wird Karton zwischengelegt. Nebenher innerlich Arsen oder Jod [2,25 Jodkali pro die] oder endlich Cholin; am besten hat sich die subkutane Injektion von jodwasserstoffsaurem Cholin (Bayer & Co.] bewährt.)
5. Altschul, W., Über den derzeitigen Stand der Strahlentherapie. Fortschr. d. Med. Nr. 9. S. 250. (Allgemeines. — Indikationen zur Bestrahlung maligner Geschwülste am Heidelberger Samariterhause.)
6. Amann, J. A., Bisherige Resultate der Mesothoriumbehandlung bei Uteruskarzinom in der kgl. II. gynäkologischen Universitäts-Klinik. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 7. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. S. 514 bis 516. (Die tatsächlichen primären günstigen Resultate sind in die Augen springend und müssen unter allen Umständen berücksichtigt werden — durch keine andere Methode ist bisher auch nur ähnliches erreicht worden.)
7. — Wandlungen in der Krebsbehandlung mit Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 31. S. 1716—1717. (Arbeitsmethode nach Bumm-Warnekros — cf. Nr. 28 — und dieselben günstigen Resultate an 52 eigenen Uteruskarzinomfällen. Von den früheren Misserfolgen der Röntgentherapie beim Karzinom kann bei dieser neuen Methode nicht mehr die Rede sein. Es handelt sich nunmehr um die Erzeugung ganz anderer Strahlenarten unter bestimmten physikalischen und technischen Voraussetzungen neuer Art. Dass diese den früher erzeugten Strahlengruppen gegenüber ganz verschieden sind, zeigt sich schon daraus, dass auch in den Fällen, in denen man die Bestrahlung gewaltsam bis zu einer Verbrennung zweiten oder sogar dritten Grades steigert, die Verbrennung innerhalb weniger Wochen glatt verheilt, während die früheren, schweren Röntgenverbrennungen bekanntlich eine ausserordentlich schlechte Heilungstendenz zeigten und auch viel schmerzhafter waren.)
8. Arzt, L., und M. Schramek, Zur intratumoralen Radiumbestrahlung maligner Geschwülste. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 2. S. 159—178. (Nicht speziell gynäkologisch.)
9. Aschheim, S., Einiges über Mesothoriumbehandlung. Ges. d. Charité-Ärzte. Berlin. Sitzg. vom 12. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 655—656. (Histo-

[1]) Die Trennung in Röntgentherapie und Radium- resp. Mesothoriumbestrahlung ist aus praktischen Gründen aufgegeben worden.

logische Veränderungen in Probeexzisionen vor und nach der Bestrahlung. Befunde decken sich vollkommen mit denen von Wickham und Haendly, die ausführlich mitgeteilt werden. Nur bei einer Patientin wurde nach der Behandlung kein Karzinom mehr gefunden; bei den beiden anderen waren noch Krebsherde, wenn auch mit Zeichen weitgehender Degeneration, vorhanden. Praktisch sind Probeexzisionen an der Lebenden keineswegs ein Gradmesser für die zunehmende Heilung, da sie sich schwierig in die Tiefe ausführen lassen. Von 128 Karzinomen, die in letzter Zeit von Franz operiert wurden, hatten 83 = 64% der operablen eine makroskopische Ausdehnung bis 4 cm in die Uterusmuskulatur hinein (sagittal gemessen). Nach Bumm reicht die heilende Wirkung 4 cm in die Tiefe. Bei 80% Operabilität kommen auf 128 operable Fälle im ganzen also 160 Karzinome zur Beobachtung und könnten davon demnach 83 = 52% lokal durch Strahlen geheilt werden. Davon haben aber wieder 24% karzinomatöse Lymphdrüsen, deren Beeinflussung durch die Bestrahlung kaum zu erwarten ist. Definitive Heilung durch Bestrahlung also bei 63 = 40%. Operative Massnahmen geben Franz 27% absolute Heilung. Rein theoretisch wäre also das Resultat der Strahlenbehandlung ein wesentlich besseres. Jedoch muss praktisch erst die fünfjährige Rezidivperiode abgewartet werden.)

10. Baisch, K., Erfolge der Mesothoriumbehandlung des Uteruskarzinoms. Württemb. Korr.-Bl. Bd. 84. Nr. 26. S. 442.

11. Barcat, Die Radiumtherapie maligner Tumoren. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 51.

12. Bayet, A., Indications et contre-indications du radium dans le traitement des cancers profonds. Acad. de méd. de Belgique. Sitzg. vom 28. Febr. Ref. Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique. Nr. 2. S. 147—161. La Sem. méd. Nr. 9. S. 108. Als Original erschienen im Journ. de Bruxelles. Nr. 14. S. 175—179. (Die Radiumbehandlung soll ganz aus Frankreich stammen, die Untersuchungen der Deutschen haben nichts Wesentliches zur Förderung der Therapie beigetragen. Die Indikation zur Bestrahlung ist zum grossen Teil abhängig von der Lage des zu bestrahlenden Tumors. Beim Uteruskarzinom soll vorläufig noch operiert werden, wenn ausgiebige Entfernung der Neubildung möglich ist; die Radiumbehandlung eignet sich speziell für inoperable Fälle.)

13. — Les limitations actuelles de la radiumthérapie dans le traitement des cancers profonds. Journ. de radiol. et d'électrol. Jahrg. 1. Nr. 4. S. 193—200. Journ. de méd. interne. Nr. 11. S. 101—104. Bull. et mém. de la Soc. de rad. méd. de France. Nr. 53. S. 72—82. Deutsch erschienen i. d. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 205. (Die Grenzen werden gebildet von: 1. der verschiedenen Radiosensibilität der Tumoren, die abhängig ist von der histologischen Struktur, dem biologischen Typus, der Lokalisation in bestimmtem Gewebe, der Entwicklungsperiode usw.; 2. der Tiefenlage des Tumors; 3. der verfügbaren Radiummenge und 4. der Gefahr der Metastasierung während der Zeit, die für die Bestrahlung nötig ist.)

14. Le Bec, A propos du traitement des cancers par le radium. Soc. des chir. de Paris. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. La Presse méd. Nr. 11. S. 112. (Zwei Fälle, ohne Erfolge. In einem Fall soll die Bestrahlung sogar das Wachstum angeregt haben. Nähere Angaben fehlen. — Diskussion: Péraire hatte nur Erfolge bei oberflächlichen Karzinomen.)

15. Bérard, L., Quelques résultats du traitement par le radium des néoplasmes inopérables de l'utérus et du rectum. Soc. de chir. de Lyon. Sitzg. vom 19. Febr. Ref. Revue de chir. 34. Jahrg. Nr. 5. S. 698. (Ein Fall eines durch Radiumbestrahlung günstig beeinflussten inoperablen Portiokarzinoms, das auf die Scheide und die Blase übergegriffen hatte. Jetzt ist nur noch eine derbe Narbe zu fühlen.)

16. Bertolotti, M., Röntgen- und Radiumbehandlung bei Frauenkrankheiten. Atti del I Congresso italiano di radiologia medica. (Pavia, Mattei u. Co.)

17. Bickel, A., Moderne Radium- und Mesothoriumtherapie. Berlin, Hirschwald. (40 Seiten Preis 1 Mk.)

18. Borell, H., Zur Karzinombestrahlung mit grossen Röntgendosen. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. 60. Sitzg. vom 24. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. S. 170. Soll als Original erscheinen i. d. „Strahlentherapie". (Besserung, aber noch keine Heilung erreicht.)

19. Braude, J., Zur Technik der Mesothoriumtherapie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. S. 69 bis 74. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 311—313. (Wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert.)

20. Braude, J., Zur Behandlung des Karzinoms der weiblichen Genitalien mit Mesothorium. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. (44 Fälle aus der Strassmannschen Klinik. Nur in 3 Fällen war die Mesothorium- mit der Röntgenbehandlung kombiniert. Alle, auch die profusesten Blutungen, kamen dabei zum Stillstand. Jedoch haben auch alle menstruierenden Frauen, jüngere wie ältere, ihre Menstruation verloren, und zwar manchmal schon nach einer geringen Dosis von 4—6000 mg-Stunden. Störungen der Nierenfunktion wurden nie beobachtet. In vier Fällen trat vorübergehend eine Cystitis auf. Beim Kollumkarzinom wurde die vaginale gegenüber der intrazervikalen Applikation bevorzugt. Blasen- oder Rektumfistel, Darmerscheinungen wie Tenesmen oder Reaktionen in Form von Temperatursteigerung, Anämie u. dgl. kamen nicht vor. Klinisch „geheilt" wurden im ganzen 20 Fälle; sie datieren aber alle erst seit Oktober 1913. Gesamtdosis 10—12000 mg-Stunden.)

21. Bruns, J., Radium- und Mesothorium, die neuesten Heilmittel. Oldenburg, A. Littmann. (31 Seiten; Preis 40 Pf.) (Vortrag.)

22. Büchner, E. H., Neue Methode zur Erzeugung von Radiumstrahlen. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 7. März. (Holländisch.) Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. S. 661.

23. Bucky, G., Röntgenverbrennung nach gynäkologischer Tiefenbestrahlung. Berl. vereinigte ärztl. Ges. Sitzg. vom 25. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. S. 2330. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. S. 2137. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51. S. 1942—1943. (Mit 2 photogr. Abb.) (41jährige Patientin, die wegen Uteruskrebses in einer Frauenklinik bis zum Auftreten von Hautrötung bestrahlt worden und sogar auf einem Kongress als besonders günstiger Fall demonstriert worden war. Nach kurzer Zeit bildeten sich tiefe Geschwüre der Haut, des Gesässes und der Schamgegend. Einlegung von 25 mg Radium in der Scheide wegen eines Rezidives führte zu einer Blasenscheidenfistel. Bei der Sektion fand sich ein Uteruskrebs mit ausgedehnten Metastasen. Vortragender warnt vor den möglichst hohen Dosen in kurzen Zeiträumen und empfiehlt statt dessen mässige Dosen über lange Zeiträume verteilt.)

24. Bucura, K. J., Einige aktuelle Fragen aus Geburtshilfe und Gynäkologie. 2. Das Radium in der gynäkologischen Therapie. Wiener med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1590 bis 1591. (Kurzer Überblick. Nichts Neues.)

25. Bumm, E., Weitere Erfahrungen über Karzinombestrahlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 193—198. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. S. 440—441. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 309—310. (Cf. dieses Kapitel Jahrgang 1913 dieses Jahresberichts, Nr. 16.)

26. — Zur Klärung der „Aktinotherapieprobleme" bei Karzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. S. 193—195. (Erwiderung auf Flataus gleichnamigen Artikel [cf. Nr. 58]. Für Bumm ist es sicher, dass Krebsformen jeder Art durch Radium, Mesothorium und Röntgenstrahlen lokal zur Ausheilung kommen. In Tiefen von 5—9 cm wurden allerdings noch lebensfrische Krebsnester gefunden. Doch glaubt Verf., dass es mit lokalen Rezidiven nach der Bestrahlung kaum schlechter werden wird, als nach der Operation.)

27. — und K. Warnekros, Heilung tiefliegender Karzinome durch Röntgenstrahlen von der Körperoberläche aus. Hufeländische Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 9. Juli. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41. S. 1712—1713. (Diskussion: Franz, P. Lazarus, Levy-Dorn, A. Fraenkel usw.) Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 29. S. 1601—1605. (Cf. Nr. 28.)

28. — — Heilung tiefliegender Karzinome durch Röntgenbestrahlung von der Körperoberfläche aus. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. S. 1601—1605. (Aus Warnekros Untersuchungen geht hervor, dass es jetzt möglich ist, durch Röntgenbestrahlung auf 10 cm Tiefe unter der Haut genügend Strahlen hinzubringen und Karzinomzellen zu vernichten, ohne die Haut dauernd zu schädigen. Eine Reihe Krankengeschichten werden als Beispiele angeführt. Nur mit Ovarialkarzinomen waren bisher die Erfolge noch gering. — Bemerkung zu dieser Arbeit siehe Schwarz, Nr. 192.)

29. Butcher, W. D., The rationale of Roentgen- and Radium-therapy. Arch. of the Roentgen ray. 1913. Bd. 18. Nr. 1. S. 16—24. (Deutsch erschienen i. d. Strahlentherapie. 1913. Bd. 2. Heft 2. S. 396—402. Referat im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichts, dieses Kapitel Nr. 18.)

30. Caan, A., Über Radiumbehandlung des Karzinoms. Ärztl. Ver. zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 5. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6. S. 285. (Nur nicht-gynäkologische Fälle. Vortragender kommt zu dem Schluss, dass die Radiumbehandlung in

der Hauptsache als Ergänzung bei operablen und als selbständige Behandlungsmethode bei inoperablen Erkrankungen dienen soll. 12 Fälle von Sarkom wurden durch die Bestrahlung kaum beeinflusst. — Technik.)

31. Chéron, H. et H. Rubens-Duval, Valeur de la radiumthérapie des cancers utérins et vaginaux. Arch. d'électr. méd. exp. et clin. Nr. 374. 25. Jan. S. 64—74. Journ. de méd. et de chir. Nr. 4. S. 131—140. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2782. 25. April. Ep. of curr. med. litt. S. 67. Deutsch erschienen i. d. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 80. (Cf. diesen Jahresbericht Bd. 27, 1913, dieses Kapitel Nr. 26.)

32. Chirurgie, 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für —, in Berlin vom 15.—18. April. Zum Thema der Krebsbehandlung mit radioaktiven Stoffen. Ref. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 17. S. 816—817. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 934—935. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. S. 1016. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 592—593. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. S. 737—739. La Sem. méd. Nr. 16. S. 186 bis 187. (Gynäkologische Berichte von Krönig, Werner, Heimann, Warnekros u. a.)

33. de Courmelles, Foveau, Les rayons X et le radium en gynécologie. Ann. d'électrobiol. et de radiol. Nr. 1. S. 26—49. (Technik. — Verf. hat bisher unter 100 inoperablen Karzinomen 70% durch Bestrahlung mit Radium für 1—4 Jahre geheilt.)

34. — Radium et tumeurs malignes. Rev. intern. de méd. et de chir. Nr. 1. S. 5—7. (Sammelreferat über die bis jetzt bestrahlten malignen Tumoren.)

35. — Le radium en thérapeutique gynécologique. Gaz. d. hôp. 87. Jahrg. Nr. 4. S. 57—58. (Für Myome bei Frauen jenseits 40 Jahren empfiehlt Foveau de Courmelles die kombinierte Radium-Röntgenbehandlung. Uteruskarzinome operiert er und will hier die Radiumbehandlung nur hinterher als Prophylaktikum gegen die Rezidive selbst angewendet wissen, ferner für die Rezidive und für inoperable Karzinome. Besonders in den erstgenannten Fällen plädiert Foveau de Courmelles für die lange Anwendung kleiner Dosen.)

36. Degrais, P. et A. Bellot, Cancer de l'utérus et radium. Faits cliniques et histologiques. Clinique (Paris). 9. Jahrg. Nr. 15. S. 228—231. (Gute Erfolge, sowohl in operablen wie in inoperablen Fällen. Letztere werden von keinem anderen Verfahren erreicht. Es wurden relative Heilungen erzielt, die sich auf 2, 3 bis 4 Jahre erstrecken. Stets bildete sich im Scheidengewölbe eine Narbe, ähnlich wie nach totaler Hysterektomie. Auch in zwei Sarkomfällen wurden sehr gute Resultate erreicht.)

37. — — Cancer de l'utérus et radium. Considérations histologiques. Clinique (Paris). 9. Jahrg. Nr. 19. S. 294—297. Deutsch erschienen i. d. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 102. (Histologische Veränderungen infolge der Bestrahlung: die ganze Zelle hypertrophiert, der Kern schwillt an, wird gelappt, sein Protoplasma zeigt Eosinophilie, später zerfallen die Kerne. Ein Teil der Elemente verhornt. Im Bindegewebe treten junge Fibroblasten auf; Lymphozyten und neutrophile polynukleäre Elemente finden sich in reichlicher Anzahl; schliesslich tritt eine echte Narbe auf. Der Krebszelle kommt zweifellos eine besondere Aufnahmefähigkeit für Radiumstrahlen zu.)

38. Dessauer, Fr., Radium, Mesothorium und harte X-Strahlung und die Grundlagen ihrer medizinischen Anwendung. Leipzig, O. Nemnich. (156 Seiten mit 40 Textabb. Preis 3.— Mk.) (Im Anhang ein Radium-Merkblatt, das diejenigen Vorschriften enthält, die der Arzt beim Ankauf von Radium und Mesothorium zu berücksichtigen hat, wenn er nicht riskieren will, alte und daher bald minderwertige Mesothoriumpräparate zu erhalten. Im übrigen glaubt Dessauer offenbar, dass die Röntgenstrahlung in absehbarer Zeit die radioaktiven Präparate überflüssig machen wird.)

39. — Radium, Mesothorium und harte Röntgenstrahlung. Fortschr. d. Med. Nr. 1. S. 12—22. (Die verschiedenen Strahlungsformen der radioaktiven Körper in ihrem engen Zusammenhange mit den verschiedenen in der Röntgenröhre auftretenden Strahlungen werden besprochen. Für die schwankenden Resultate der Radiumtherapie macht der Autor den Grundfehler verantwortlich, dass eine homogene Durchstrahlung nicht immer erreicht wird. Sie ist unter jeder Bedingung anzustreben. Die Röntgentechnik hat sich bemüht, die Strahlen durchdringungsfähiger zu machen.)

40. — Radium, Mesothorium und harte Röntgenstrahlen. In: Eine Woche Bauchchirurgie. Düsseldorf, Schmitz u. Olbertz. S. 51.

41. — Lässt sich die γ-Strahlung des Radiums künstlich in Röntgenröhren herstellen? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. S. 989—990. (Technisch. Kurzer Auszug aus einer grösseren Arbeit, die in der „Strahlentherapie" erscheinen soll.)

42. Dessauer, Fr., Die technisch erzeugte γ-Strahlung. (Zweite Mitteilung.) Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. S. 1804. (Mitteilung über eine Maschine, die eine Strahlung von vielleicht 100 g Radium liefert. Noch nicht im Handel. Es handelt sich dabei nicht um ein Surrogat, sondern um physikalisch das nämliche wie die γ-Strahlung der radioaktiven Präparate.)

43. Diefenbach, W. H., Radium in the treatment of cancer. Med. Record. 1913. Bd. 84. Nr. 24. S. 1068—1072. (11jährige Erfahrungen. Zeitweise, aber nie andauernde Heilung. Verf. glaubt nicht an die spezifische Wirkung auf die Tumorzellen.)

44. Dobbert, Th., Unmittelbare Erfolge der Radiumtherapie bei Uteruskrebs. 1. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. 31. März bis 3. April. Ref. Verhandl. d. 1. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. (Russisch.) (In 15 Fällen mit inoperablen Uteruskarzinomen wurde achtmal Besserung erreicht, dreimal keine Veränderung und viermal Verschlechterung. Die Behandlung ist jedoch noch in keinem Falle abgeschlossen. Es wurden manchmal Komplikationen, wie lokale Schmerzen, Fieber usw. beobachtet. Verf. bestrahlt auch Krebse im Anfangsstadium.)

45. Dobbert, Th., Ergebnisse der Behandlung des Gebärmutterkrebses mit Radium. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 8. S. 97—104. (Russisch.) Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. S. 718—734. (Russisch.) (Biologie und Technik der Bestrahlung; Mitteilung der Krankengeschichten von 44 bestrahlten Fällen. Die Erfolge entsprechen den bekannten, auch von anderen Autoren errungenen subjektiven und objektiven Besserungen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Nahwirkung des Radiums ist einwandsfrei erwiesen, es ist daher in beginnenden Fällen eine Radiumbehandlung zulässig, um damit der doch noch grossen Mortalität der Radikaloperation [in Dobberts 109 Fällen 8,2%] erfolgreich entgegenzutreten. Bei weiter fortgeschrittenen Fällen ist die Operation angezeigt, da die Tiefenwirkung der Strahlen doch noch eine durchaus zweifelhafte ist. Dagegen sind inoperable Fälle die dankbarsten Objekte für eine energische Strahlentherapie, die dann nicht zur Heilung, wohl aber zu subjektiver und objektiver Besserung führt. Bei sehr weit vorgeschrittenen Fällen können dagegen durch Fiebersteigerungen die Kräfte der Kranken stark dezimiert werden.)

46. Döderlein, A., Vergeblich bestrahltes Korpuskarzinom. Gyn. Ges. zu München. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. S. 390. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. S. 677. (Patientin wurde vom Juli bis September mit grössten Dosen — 223 Stunden in neun Sitzungen — bestrahlt. Der Zustand der Patientin besserte sich zwar, doch hörten die Blutungen nicht auf, deshalb Operation — die erste Karzinomoperation seit Februar 1913!)

47. — und E. v. Seuffert, Unsere weiteren Erfahrungen mit der Mesothoriumbehandlung des Karzinoms. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. S. 225—227. Nr. 6. S. 313 bis 315. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 315—317. (Cf. Jahrgang 1913, dieses Kapitel, Nr. 37.)

48. Dolz, E., Über Schädigungen bei der therapeutischen Anwendung des Radiums. Dissert. in. Leipzig. Mai.

49. Dominici, H., Le traitement du cancer par le radium. Soc. de l'internat. d. hôp. de Paris. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 49. S. 473—474. (Physik und histologische Wirkung der Radiumbestrahlung maligner Tumoren.)

50. Dürck, H., Demonstration histologischer Befunde an Karzinomen nach Mesothoriumbestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. S. 1855. (Schädigung der Krebszellen mit nachfolgender Phagozytose. In einem zweiten Falle dringen Ausläufer zwischen die Krebszellen hinein.) (J. Veit.)

51. Ebeler, F., Die Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Strahlentherapie. Orig. Bd. 4. Nr. 2. S. 579—616. (Fünf Karzinome wurden allein mit Röntgenstrahlen, eins mit Röntgenstrahlen und Radium kombiniert behandelt. Rückgang der Jauchung und der Schmerzen, Reinigung der Ulzerationen.)

52. Eder, A., Zur Kenntnis der Eigenschaften der radioaktiven Substanzen und ihrer Anwendung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. (Bei intravaginaler Bestrahlung verwendet Verf. einen Metreurynter oder einen diesem ähnlichen Ballon. Durch Aufblasen desselben werden die gesunden Scheidenwände in genügendem Abstand vom Präparat gehalten.)

53. v. Eiselsberg, A. Freih., Über Radium- und Röntgenbehandlung maligner Tumoren. 43. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Chir. in Berlin vom 15.—18. April. Als Original erschienen im Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 1. S. 68—90. (Nicht speziell gynäkologisch.)

53a. Essen-Möller, E., Das Aussehen der Schleimhaut des Uterus nach Radiumbehandlung. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

54. Fehling, H., Operative und Strahlenbehandlung bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten der Gebärmutter. Ver. d. Ärzte zu Metz. Sitzg. vom 5. Juli. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. S. 2333—2336. (Übersichtliche Zusammenfassung.)

55. Finzi, N. S., Review of recent literature on X-rays and radium. Practitioner. 1913. Nr. 2. S. 471—483. (Übersichtsreferat.)

56. Fischer, B., Demonstration zweier Uteruskarzinome, längere Zeit mit Radium behandelt. Ärztl. Ver. in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 19. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. S. 443. (In der Wand der ausgedehnten Zerfallshöhle mikroskopisch Karzinom nicht mehr nachzuweisen. Durchbrüche in Blase und Rektum.)

57. — Demonstration eines Falles allgemeiner Sepsis, ausgehend von einer Pyometra bei zerfallenem Cervixkarzinom, das längere Zeit mit Radium behandelt wurde. Ärztl. Ver. in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 6. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. S. 1256. (Ref. enthält nichts Näheres.)

58. Flatau, G., Zur Klärung der Aktinotherapieprobleme bei Karzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. S. 24. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 308—309. (Flatau schlägt vor, dass jeder, der über Behandlung mit Mesothorium oder Radium berichtet, alle Fälle mitteilt und dabei nach einem bestimmten Schema einen Fragebogen ausfüllt, der 19 Fragen enthält, die Flatau aufführt. — Erwiderung cf. Bumm, Nr. 26)

58a. Forssell, G., Erfahrungen über Radiumbehandlung von Genitalkrebs an dem Radiuminstitut zu Stockholm 1910—1913. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Ein sehr lesenswerter Aufsatz! Nach dem Verf. ist Radium in manchen Fällen ein grossartiges Palliativum bei dem weiblichen Genitalkrebs, besonders bei Cervixkrebs, imstande, eine langdauernde Verbesserung, ja Symptomfreiheit hervorzurufen, wo eine andere Behandlung nicht mehr helfen kann. Die Resultate von Radiumbehandlung bei dem inoperablen Krebs sind ein Schritt über die Grenze der Chirurgie hinaus. Was die operablen Fälle betrifft, gehören diese in der Regel unbedingt der Chirurgie an, wenn man auch die Radiumbehandlung in denjenigen operablen Fällen, von solchen Krebsen bei welchen die inoperablen Fälle vorteilhafte Resultate gegeben haben, versucht.) (Silas Lindqvist.)

59. Fowler, F., The place of X-rays in the treatment of cancer. The Brit. med. Journ. Nr. 2789. 13. Juni. S. 1284—1286. (Nicht speziell gynäkologisch.)

60. Frankl, O. und C. P. Kimball, Über die Beeinflussung von Mäusetumoren durch Röntgenstrahlen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. S. 1448—1450. (Verff. haben untersucht, ob das Angehen des Tumorinokulates nicht auch indirekt durch die Bestrahlung beeinflusst werden kann. Aus ihren Experimenten geht hervor, dass die harte X-Strahlung nicht bloss, wie dies bekannt ist, die Tumorzelle selbst, sondern auch den Nährboden des Tumors zu beeinflussen vermag, woraus eine bedeutsame Hemmung des Tumorwachstums resultiert.)

61. Freund, H., Die therapeutische Verwendung von Radium und Mesothorium. Strassburger med. Zeitg. Heft 1. S. 2—5. (Behandlung von operablen Fällen als Vorbereitung zur Operation, von inoperablen, um sie, wenn möglich, operabel zu machen und dann möglichst radikal zu operieren. Nach der Operation wiederum systematische Nachbehandlung mit Radium. Beschreibung der Besserung eines Karzinomrezidivs in der Scheidennarbe nach Uteruskarzinom und eines Scheidenkarzinoms, während ein diffuses Peritonealkarzinom unbeeinflusst blieb.)

62. — Intraperitoneale Verwendung von Radium. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. S. 1252—1254. (Eine 47jährige Frau bekam sieben Jahre nach der abdominalen Totalexstirpation wegen Cervixkrebs ein Rezidiv in der Narbe — eventuell ein neues primäres Karzinom des Rektum. Der Tumor schwand durch Radiumbestrahlung vollständig. Ein halbes Jahr später Krebsmetastasen längs der Wirbelsäule. Da die Krebswucherung anscheinend gut auf Radium reagierte, wurde Laparotomie gemacht und zwei Radiumkapseln [50 resp. 30 mg] in Mikulicz-Gazebeutel in die Bursa omentalis eingelegt. Die hauptsächlichsten Erscheinungen waren Erbrechen, solange die Kapseln lagen. Patientin befindet sich jetzt wohl. — Verf. will diese Methode bei allen Operationen in Anwendung bringen, bei denen sich herausstellt, dass das Karzinom inoperabel oder nicht ganz zu entfernen ist.)

63. Fürstenberg, I., Über die Beeinflussung des Blutbildes durch die X-Strahlen und die radioaktiven Substanzen. Dissert. in. Berlin. März.
64. Gambaroff, G. G., Die Röntgentherapie bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten. 1. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. 31. März bis 3. April. Ref. Verhandl. d. I. russ. Krebskongr in St. Petersburg. (Russisch.) (Erfahrung an 50 Fibromyomen des Uterus und 137 bösartigen Geschwülsten verschiedener Organe. Bei Myomen 100% Heilungen: Amenorrhoe und völliges Verschwinden der Geschwulst. Beim Uteruskrebs waren die Resultate weniger ermutigend, nur in einem Falle von beginnendem Vaginalkrebs trat völlige Heilung ein, sonst in allen Fällen nur eine Besserung der klinischen Erscheinungen. Mikroskopisch konnten immer noch Krebszellen, wenn auch degenerierte, nachgewiesen werden.)
65. Gauss, C. J., Über die Prinzipien der Strahlenbehandlung der Tumoren. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u Geb. 60. Sitzg. v. 24. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. S. 165—166. (Diskussion: Tillmann, Graessner, Stern, Füth, Wanner, v. Franqué, Menzer, Dietrich.) Als Original erschienen i. d. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 379. (Zusammenfassung. Alle operablen Karzinome werden operiert und nachher bestrahlt; alle inoperablen bestrahlt.)
66. Geinatz, W. N., Die Behandlung bösartiger Geschwülste mit Radium. I. russ. Krebskongr. St. Petersburg. 31. März bis 3. April. Ref. Verhandl. d. I. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. (Russisch.) (Allgemeiner Überblick über den heutigen Stand der Radiumtherapie.)
67. Gorwitz-Kalitejevskaja, R., Radium und Mesothorium in der Gynäkologie. Novoje w Med. Nr. 8. S. 449—455. Nr. 9. S. 526—533. (Russisch.) (Übersichtsreferat.)
68. Gould, A. Pearce, Radium and cancer. The Brit. med. Journ. Nr. 2766. 3. Jan. S. 1—6. (Cf. Jahrgang 1913, dieses Kapitel, Nr. 57.)
69. Graser, E., Demonstration zur Mesothoriumbehandlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. S. 1820. (Gute Erfolge.) (J. Veit.)
70. Gunsett, A., Die Frage der Radiumbehandlung der gynäkologischen Krebse in Frankreich. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. S. 36—43. (Cf. dieses Kapitel Jahresbericht 1913, Nr. 60.)
71. Haendly, P., Die Strahlenbehandlung des Karzinoms. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 12. S. 353—358. (Fortbildungsvortrag.)
72. v. Hansemann, D., Krebsheilmittel in Theorie und Praxis. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 14. Heft 1. S. 139—150. (Kritische Betrachtungen über die Anwendbarkeit der Krebstherapie durch Strahlen und Schwermetalle. Die Strahlentherapie ist zwar kein Krebsheilmittel in dem Sinne, wie das Arsen oder Quecksilber ein Syphilisheilmittel ist. Ein solches Heilmittel gegen alle Karzinome wird wohl auch kaum gefunden werden. Aber die Strahlentherapie hat die Leistungen der Krebstherapie enorm gesteigert, da sie auch da noch helfen kann, wo die operative Behandlung unmöglich ist.)
73. — Über Veränderungen der Gewebe und der Geschwülste nach Strahlenbehandlung. Hufeland. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 19. März. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. S. 1064—1065. (Verf. berichtet über zwei klinisch geheilte Fälle, die rezidiviert waren und knüpft daran die Frage, ob wirklich so grosse Dosen [13—20000 mg-Stunden) angebracht erscheinen. In beiden Fällen drängt sich die Anschauung auf, dass durch die Radiumbehandlung ein Reiz entstanden ist, der die Krebsproliferation gesteigert hat. Aus dem Grunde schlägt der Verf. eine fraktionierte Behandlungsmethode mit kleineren Dosen vor, die sich besonders auf die Erfahrung basiert, dass die älteren Krebszellen leichter zerstört werden als die jungen und dass man die jungen erst zu alten werden lassen muss, um sie mit Erfolg vernichten zu können.)
74. Haret, G., Radiotherapy by the electrical transport of radium ions into the interior of the tumour. Arch. of the Roentgen ray Bd. 19. Nr. 2. S. 68—73. (Ergibt sich aus der Überschrift. Technik der Methode. Gute Erfolge bei Sarkomen [Beschreibung eines geheilten Falles], bei Myomen und zur Vermeidung von Rezidiv nach Uterusexstirpation, wobei speziell das lymphatische System des Beckens erwähnt wird.)
75. Harzbecker, O., Karzinom nach Finsen- und Röntgenbestrahlung. Deutsche med. Wochenschr. S. 1679. (Das Karzinom war auf lupös veränderter Haut nach Bestrahlung entstanden.) (J. Veit.)
76. Heidenhain, L., Die Aussichten der Strahlentherapie wider die Karzinome. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 25.

77. Heidenhain, L., Operation oder Bestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. S. 1781—1783. (Kritik zu der Arbeit Chr. Müllers — cf. Nr. 154. Erwiderung Müllers, cf. Nr. 155.)

78. Heimann, F., Zur Strahlenbehandlung der Uteruskarzinome. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1. S. 12—14. (Referat im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichts, dieses Kapitel Nr. 69.)

79. — Erfahrungen in der Gynäkologie mit der Kombination Mesothorium-Röntgen-Behandlung. Med. Klinik. Nr. 6. S. 189—191. (Bericht über 21 inoperable Uteruskarzinome und 5 inoperable Rezidive, die mit zum Teil ausgezeichnete Erfolge nach der genau wiedergegebenen Technik bestrahlt wurden. Die Dauerresultate sind jedoch noch abzuwarten.)

80. — Zur Histologie bestrahlter Karzinome. Med. Sekt. d. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 19. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. S. 2140. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32. S. 1516. (Die histologische Untersuchung gibt heute noch keinen Aufschluss über die Heilungsmöglichkeit der Karzinome, aber soviel steht fest, dass die Beeinflussung der karzinomatösen Zellen durch die Strahlen eine phänomenale ist. Tiefenwirkung ca. 3 cm. Verf. untersuchte die durch Operation gewonnenen, vorher bestrahlten Karzinome.)

81. — Röntgenstrahlen und Mesothorium in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 13. S. 465. (Erfahrungen an der Breslauer Klinik, sowohl mit der Myombestrahlung [mittlere Dosen] wie mit der Mesothorbestrahlung von Karzinomen. — Technik und Indikationsstellung. Die Unterstützung der Mesothorbehandlung durch intensivste Röntgenbestrahlung ist ein unbedingtes Erfordernis. Die hohe Bedeutung der Strahlentherapie muss unbedingt anerkannt werden; die Operation kann jedoch nicht entbehrt werden. Das Karzinommaterial des Verf. setzt sich aus 60 inoperablen Uteruskrebsen und Rezidiven zusammen.)

82. Heineke, H., Zur Theorie der Strahlenwirkung, insbesondere über die Latenzzeit. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. S. 807—810. (Die von anderer Seite — Hertwig, Halberstädter und v. Wassermann — festgestellte Fähigkeit der Strahlen, an gewissen Zellen die Teilungsfähigkeit aufzuheben, ohne sie direkt abzutöten, gibt uns die lange gesuchte Erklärung für die Latenzzeit der Strahlenwirkung: Die Wirkung der Bestrahlung äussert sich an den Zellen, bei denen nur die Teilungsfähigkeit vernichtet ist, erst nach Ablauf ihrer natürlichen Lebensdauer. Neben dieser Sterilisierung der Zelle wird durch höhere Strahlendosen auch eine direkte Schädigung der Zelle hervorgerufen, die ihr Absterben beschleunigt. An den hochempfindlichen, normalen und pathologischen Zellen, deren Reaktion ohne Latenzzeit beginnt und innerhalb weniger Stunden abläuft, sind nur die Erscheinungen einer direkten Kernzerstörung nachweisbar. Das lässt den Schluss zu, dass die Natur der Strahlenwirkung an diesen Zellen prinzipiell eine andere ist, als an den langsam reagierenden. Alle Geschwulstzellen reagieren auf die Strahlen ungefähr ebenso wie die normalen Mutterzellen, von denen sie ausgehen. So werden uns die Unterschiede klar in der Strahlenempfindlichkeit der Geschwülste, wenn wir sie auf die qualitativ und quantitativ ganz verschiedene Strahlenreaktion der normalen Zellen und Gewebe zurückführen, von denen die Geschwülste ausgehen.)

83. Henkel, M., Zur Strahlentherapie in der Gynäkologie. Die Behandlung des Uteruskarzinoms. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. S. 227—230. Ref. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 14. S. 384—385. The Brit. med. Journ. Nr. 2789. 13. Juni. Ep. of curr. med. litt. S. 95. (Keine elektive Wirkung der Strahlen auf die Karzinomzellen. Das Optimum der anzuwendenden Mesothoriummenge liegt zwischen 100 und 150 bis höchstens 200 mg; darüber gibt es schwere Schädigungen: in zwei Fällen hohes Fieber, peritoneale Reizung und schwerste Kachexie. Die Strahlen dringen nicht tiefer wie 4 bis 5 cm ins Gewebe durch. Technik und Filterung der Strahlen. Wenn inoperable Fälle operabel geworden sind, werden sie operiert, am liebsten vaginal. Zurückgebliebene Krebsreste werden dann weiter bestrahlt, resp. durch intravenöse Injektionen mit borsaurem Cholin eventuell durch Anwendung grosser Röntgendosen zum Schwinden gebracht.)

84. — Die Anwendung der Strahlentherapie in der Gynäkologie. Reichsmed. Anz. Jahrg. 39 Nr. 11. S. 321—324. (Sehr vorsichtige Bestrahlungen mit 150 mg Mesothorium. Messingfilter. Wirkung sowohl wie Reaktion des Allgemeinbefindens sehr wechselnd. Gleichzeitig intravenöse Injektionen von Enzytol, um die sekundäre Aussaat der Karzinomzellen zu bekämpfen.)

85. Hernaman-Johnson, F., On the respective advantages and disadvantages of X-rays and radium in the treatment of cancer. Brit. med. Journ. Nr. 2784. 9. Mai S. 1010 bis 1012. (Vergleich der physikalischen Besonderheiten der Röntgen- und Radiumstrahlung. Erstere hat eine hervorragend günstige Wirkung auf die Umgebung, letztere beeinflusst mehr insbesondere das Karzinomgewebe selbst. Deshalb soll bei inoperablen Tumoren ein Radiumröhrchen in das Geschwulstzentrum eingeführt werden, während die Geschwulstumgebung und Metastasen mit Röntgenstrahlen behandelt werden sollen, die schmerzlindernd wirken, Ulzerationen verhindern und äussere Knoten verschwinden lassen. In beginnenden Fällen ist die Röntgentherapie zur vor- und nachoperativen Bestrahlung zu empfehlen.)

86. Heynemann, Th., Kystoskopische Befunde bei bestrahlten Kollumkarzinomen und ihre praktische Verwendung. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 82.

87. Hölder, H., Zur Verwendung von kolloidem Selen bei der Behandlung maligner Tumoren. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. S. 122.

88. — Über Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Württemb. Korr.-Bl. Bd. 84. Nr. 7. S. 105—108. (Erfahrungen an 26 Karzinomfällen. Es konnten keine genügenden Resultate erzielt werden.)

89. Holding, A. F., Technique in radiotherapy with especial reference to deep therapy as practiced at Freiburg by Krönig and Gauss. Amer. Journ. of roentgenol. 1913. Nr. 2. S. 59—64. (Technik.)

90. Hueter, K., Portiokarzinom, mit Mesothorium bestrahlt. Altonaer ärztl. Ver. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. S. 559. (Genaue Beschreibung des histologischen Befundes vor der Bestrahlung, sowie 10, 28 und 42 Tage nach der Bestrahlung. Bei der letzten Untersuchung ist das Portiogewebe fibrös-muskulär geworden, enthält zahlreiche arterielle Gefässe, keine Drüsen. Von Karzinom ist nichts mehr zu sehen. Frank gibt dazu die klinischen Daten, sowie die Bestrahlungsdosen.)

91. Jacobs, Ch., Traitement du cancer utérin par le radium. Soc. belge de gyn. et d'obst. Sitzg. vom 3. Jan. Ref. Bull. de la Soc. belge gyn. et obst. Nr. 8. S. 390. Als Original erschienen im Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 2. S. 105—109. (Klinische Heilung eines absolut inoperablen Cervix- und Scheidenkrebses bei einer 42jährigen Frau, durch eine einmalige 56stündliche Bestrahlung mit 150 mg Radiumbromid in der Scheide.)

92. — Traitement du cancer utérin par le radium. Soc. Belge de gyn. et d'obst. Sitzg. vom 4. April. Ref. Bull. de la Soc. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 8. S. 390—394. Als Original erschienen im Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 5. S. 382—385. (Kasuistisch. Jetzt 65jährige Frau. 1905 abdominale Totalexstirpation wegen Cervixkrebs. Vaginales Rezidiv im Jahre 1910. Radiumbestrahlung. Bisher Heilung. — Diskussion [Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 6. S. 484—486] Godart, Javaux, Franck, Brouha. haben keine eigenen Erfahrungen.)

93. — La radiumthérapie dans le cancer utérin. Soc. Belge de gyn. et d'obst. Sitzg. v. 6. Juni. Als Original erschienen im Journ. belge de gyn. et d'obst. Nr. 7. S. 529 bis 534. (Vier Fälle mit ausgezeichnetem Erfolg behandelt. Ausführliche Krankengeschichten und Technik.)

94. Janeway, H. H., Results of radium in cancer. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 62. Nr. 22. 30. Mai. S. 1707—1709. (Übersicht. Nicht speziell gynäkologisch.)

95. Jayle, F., Radiumthérapie métachirurgicale. Soc. de l'internat. d. hôp. de Paris. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 49. S. 474. (Bei einer 33jährigen Frau wurde der Uterus wegen eines weit vorgeschrittenen Karzinoms exstirpiert und die Patientin nachher bestrahlt. Dieselbe ist jetzt seit drei Jahren rezidivfrei.)

96. — Radiumthérapie meta-chirurgicale. Soc. de l'internat. d. hôp. de Paris. Sitzg. vom 25. Juni. Ref. La Presse méd. Nr. 54. S. 524. (Das Uteruskarzinom hatte auf die Vagina übergegriffen und war nicht mehr operabel. Es wurde bestrahlt mit drei Tuben je 11 cg Radium enthaltend 70 Stunden lang. Nachdem es bald operabel geworden war, wurde die vaginale Kolpohysterektomie vorgenommen. Die Stümpfe wurden von der Vagina aus prophylaktisch noch weiterbestrahlt. Die Operation war durch die Behandlung nicht erschwert.)

97. — La radiumthérapie métachirurgicale en gynécologie. Résultats éloignés de 5 ans ½ à 3 ans. La Presse méd. Nr. 58. S. 557. (Verf. hat in seiner Praxis nur wenige Fälle, in denen Uteruskrebse viele Jahre nach der Operation nicht rezidiviert sind. Er erhofft

von der nachoperativen Radiumbestrahlung diesbezüglich bessere Erfolge und teilt davon einige Beispiele mit. Präparate werden abgebildet.)

98. Kalmykoff, K. N., Die Behandlung des Uteruskarzinoms mit Röntgenstrahlen. Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 29. S. 393—408. (Russisch.) (Technik. — Behandlung von sechs inoperablen Fällen. Vier entzogen sich der Behandlung; bei den übrigen trat nach 520 resp. 346 X bedeutende subjektive und objektive Besserung ein. Fernresultate stehen aus.)

99. Kassogledow, W., Die unmittelbaren Resultate der Behandlung inoperabler Formen von Uteruskarzinom und postoperativer Rezidive mit Radium und Röntgenstrahlen. Wratsch. Gaz. Nr. 12. S. 481—485. Nr. 13. S. 545—549. (Russisch.) (Das Material umfasst acht Patientinnen. Bei vier von ihnen war die karzinomatöse Neubildung zwar inoperabel, aber nicht allzusehr verschleppt. Hier wurde durch die kombinierte Behandlung mit Radium und Röntgenstrahlen eine solch beträchtliche Besserung erzielt, dass, wenn nicht die verhältnismässig kurze Beobachtungsdauer [98, 83, 74 und 45 Tage] wäre, man fast von einer klinischen Heilung hätte sprechen können. Bei den vier anderen Patientinnen war das Leiden von weit schwererer Natur, aber auch in diesen Fällen konnte trotz der Kürze der Behandlungsdauer [40, 39, 31 und 22 Tage] eine unzweifelhafte Besserung festgestellt werden. In den weiter entfernten Partien des ausgedehnten Infiltrates waren allerdings einstweilen noch keine erheblichen Veränderungen zu konstatieren.)

100. De Keating-Hart, Sur la thermoradiothérapie. Soc. de méd. de Paris. Sitzg. vom 24. Jan. Ref. La Presse méd. Nr. 11. S. 112. (Je wärmer ein Gewebe, um so empfindlicher für die Bestrahlung und umgekehrt. Vortragender erwärmt die Tumoren mittelst elektrischer Ströme, während er die Elektroden in Eis der Haut aufsetzt, um letztere unempfindlich zu machen. Währenddessen wird röntgenbestrahlt. Dieselben Resultate wie sonst werden mit kleineren Dosen erreicht. Bei Myomen gelang es auch bei jungen Frauen, die Menstruation zu erhalten, während die krankhaften Symptome schwanden. Bei Karzinomen sind die Resultate gleich gute.)

101. Keetman, B., Die Absorption der β-, γ- und Röntgenstrahlen im Gewebe. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. S. 739—743. (Nach den Beobachtungen Keetmans muss ein Unterschied in der biologischen Wirkung zwischen X- und Radiumstrahlen angenommen werden, d. h. kommen gleiche Energiemengen beider Strahlensorten im Gewebe zur Absorption, so ist die biologische Wirkung nicht die gleiche. — Eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.)

102. — und M. Mayer, Gesichtspunkte für die Mesothoriumtherapie. Strahlentherapie. 1913. Bd. 3. Heft 2. S. 745—758. (Technisches.)

103. Keil, G., Technik der Mesothoriumbehandlung bei gynäkologischen Fällen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. S. 1108—1112. (Auf das genaueste wiedergegebene Technik, die im Original durchzusehen ist. Gleichzeitige intravenöse Infusionen von Enzytol, Radium-Barium-Selenat, Metallkolloiden usw.)

104. Kirstein, F., Was brachte das Jahr 1913 der gynäkologischen Röntgentherapie? Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 1. S. 47—68. (Sammelreferat.)

105. Klein, G., Primäre Ergebnisse der kombinierten Karzinombehandlung mit Mesothorium, Röntgenstrahlen und intravenösen Injektionen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. S. 115—118. (Cf. Jahrgang 1913 dieses Jahresberichts, dieses Kapitel Nr. 80.)

106. Klotz, R., Zur Frage der intravenösen Metallkolloidinjektion bei der Karzinombehandlung. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 2. S. 622—625. (Elektrokobalt [Clin-Paris] und kolloidales Selen [C. H. Burck-Stuttgart] — 5 ccm einer 0,02%igen Lösung mit 50 ccm NaCl-Lösung langsam im Verlauf von 15—20 Minuten eingespritzt — rufen keine Nebenerscheinungen hervor, sollen aber die Strahlenwirkung sehr unterstützen. Beweisende Krankengeschichten fehlen. Verwendung nur absolut klarer Ampullen. Wiederholung jeden neunten Tag. Bei Arteriosklerose und Kachexie individuelle Dosierung mit kleinen Mengen beginnend.)

107. Knox, R., Die Radiumtherapie bei malignen Tumoren. Arch. f. physik. Med. u. med. Technik. Bd. 8. Heft 4. S. 226—235. (Nicht speziell gynäkologisch. Nichts Neues.)

108. Koblanck, A., Welche Karzinome eignen sich zur Behandlung mit radioaktiven Stoffen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. S. 790—791. (Nicht speziell gynäkologisch. — Erfahrungen seit Ende März 1913 — also nicht ganz ein Jahr [! Ref.] — an 154 selbst behandelten und vielen von anderer Seite bestrahlten Fällen. Am günstigsten sollen die oberflächlichen Kankroide des Gesichts, die Karzinome des Uterus, der Scheide und der Vulva, die Krebse der Tonsillen und der Parotis sein. Verf. schliesst dies

aus folgendem Resultat der Uterus- und Scheidenkarzinombehandlung: von 36 Karzinomen dieser Art sind bisher — also innerhalb eines Jahres [! Ref.] 8 gestorben, 6 ungeheilt entlassen, die übrigen sind teils scheinbar geheilt, teils sind sie noch in Behandlung; unter den Gestorbenen befinden sich 3 operable. [Es dürfte wirklich an der Zeit sein, dass man sich betreffend der Veröffentlichung von Krebsbestrahlungsresultate darüber einigt, was man „günstige" (!) Resultate nennt! — Ref.] Weiter hat Verf. an seinen Fällen bei 7 Kranken 9 Fisteln infolge der Bestrahlung entstehen sehen. Auch Scheiden- und eine Darmstenose und enorme Brüchigkeit des Darmes. — Es werden zur Heilung der Karzinome mit radioaktiven Stoffen sechs Forderungen aufgestellt. Diese sind im Original nachzusehen.)

109. Köhler, R. und O. Schindler, Zur Karzinombehandlung mit Radium. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 6. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 684. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 859. La Sem. méd. Nr. 10. S. 120. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. S. 418—421. (11 Fälle; davon ist eine gestorben, und vier Frauen sind noch in Behandlung. Sechs werden vorgestellt. Die Tumoren sind vollkommen verschwunden, Metastasen sind anscheinend nicht vorhanden. In einem Fall entstand eine Rektovaginalfistel. Lokale Schädigungen sind wohl infolge der Sekundärstrahlung an den Bleifiltern entstanden. Empfehlung von Messingfiltern; ausführliche Mitteilung der Technik. Zur Behandlung inoperabler Fälle sind keineswegs enorm hohe Dosen nötig, um befriedigende Resultate zu erzielen. Im Gegenteil dürfte es sich empfehlen, noch geringere Dosen als bisher anzuwenden und die Intervalle zwischen den einzelnen Bestrahlungen zu verlängern. Keine der übrigen Palliativmethoden, wie Exkochleation und Paquelinisierung, kann annähernd so günstige Erfolge, welche bis zur völligen klinischen Heilung führen, zeitigen. Das Hauptgewicht ist auf die Ausarbeitung der Technik zu legen mit besonderer Rücksichtnahme auf individualisierende Dosierung und entsprechende Filterung und Distanzierung.)

110. Kohlrausch, Über die physikalischen Grundlagen der Radiumtherapie. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. Sitzg. vom 14. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. S. 766—767. (Nur Physikalisches, nichts Praktisches.)

111. König, F., Probleme der Krebsbehandlung im Zeichen der Radiotherapie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. S. 1224—1226. (Die Benutzung der Krönigschen Statistiken zur Empfehlung der Strahlentherapie auch bei operablen Tumoren ist absolut unzulässig. Die operative Behandlung verfügt über ganz sicher bekannte Endresultate, denen vorläufig die Strahlentherapie nicht Gleichwertiges an die Seite zu stellen hat. Eine Statistik über die Dauerresultate der Radiotherapie maligner Geschwülste ist überhaupt noch unmöglich. Nicht eine Einschränkung, sondern im Gegenteil eine Erweiterung der Indikation zur Operation ergibt sich als notwendige Folgerung aus den Ergebnissen, welche die moderne Radiotherapie bislang für die bösartigen Geschwülste aufzuweisen hat.)

112. Kossogljadoff, W. M., Die unmittelbaren Ergebnisse der Radium- und Röntgentherapie bei inoperablem Uteruskrebs und bei postoperativen Rezidiven. I. russ. Krebskongr. zu St. Petersburg. 31. März bis 3. April. Ref. Verhandl. d. I. russ. Krebskongr. in St. Petersburg. (Russisch.) (15 eigene Fälle. Die praktischen Erfolge dieser Therapie sind noch nicht eindeutig genug und sie ist deshalb zunächst nur noch in der Klinik anzuwenden. „Relative" elektive Wirkung der Strahlen: kleine Dosen wirken stimulierend auf das Krebsgewebe, ohne das normale Gewebe zu reizen, mittlere Dosen haben einen hemmenden Einfluss auf das Karzinom und rufen im normalen Gewebe die Bildung von Schutzfermenten hervor; grosse Dosen haben eine allgemeine Nekrobiose zur Folge.)

113. Kotzenberg, W., Die Röntgentherapie der malignen Geschwülste. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4. S. 784. (Hauptsächlich chirurgisches Material, aber auch 13 inoperable Fälle von Carcinoma uteri, von denen 5 gebessert resp. klinisch geheilt sind.)

114. Krakowski, I., Die Behandlung des Karzinoms mittelst Röntgenstrahlen, Radium und Mesothorium. Dissert. in. München. Juli.

115. Krebsbehandlung mit radioaktiven Stoffen. Zum Thema der —. 43. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. 15.—18. April in Berlin. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. S. 816—817. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 934—935. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 18. S. 1016. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. S. 592—593. La Sem. méd. Nr. 16. S. 186—187. (Habs, v. Eiselsberg, Wendel, Wilms, Spalitzer, Keysser,

Tillmann, Müller u. a. Gynäkologische Erfahrungen werden mitgeteilt von Krönig, Werner, Heymann, Warnekros u. a.)

116. Kreutzmann, H. J., Röntgen rays and mesothorium in gynaecologic practic. Calif. State Journ. of Med. Bd. 12. Nr. 3. S. 112.

117. Kreuzfuchs, S., Röntgen- oder Radiumbehandlung. Zentralbl. f. d. ges. Therapie. Bd. 32. Heft 3. S. 113—114. (Verf. hebt die Vorteile der Röntgenbestrahlung gegenüber der Radiumbestrahlung bei der Behandlung der malignen Tumoren hervor. Nichts Neues.)

118. Krönig, B., The Röntgen rays, radium and mesothorium in the treatment of uterine fibroids and malignant tumors. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 434. Febr. S. 205—214. (Cf. Kapitel „Strahlentherapie der Myome", Nr. 47.)

119. — Welche Schlussfolgerungen ergeben sich nach zwei Jahren zurückreichende Beobachtungen von Karzinomkranken, die mit strahlender Energie behandelt sind. Freiburger med. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Als Original erschienen i. d. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 15. S. 740—746. Nr. 16. S. 793—798. (Cf. Nr. 121). Diskussion: Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. S. 829—830.

120. — Über die biologische Reichweite der Radium-Mesothorium- und Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1715—1716. (Verf. versucht den Beweis zu erbringen, dass auch durch 10 cm Gewebe ein Karzinom mit Radium- und Mesothoriumstrahlen zu beeinflussen ist und zwar elektiv in der Weise, dass das darüber gelegene, durchstrahlte Gewebe keine wesentlichen Veränderungen aufweist. Darin stehen diese Strahlen den Röntgenstrahlen nicht nach. Auch ist die Wirkung der Radium-, Mesothorium- und Röntgenstrahlen keineswegs allein von der grösseren oder geringeren Penetrationsfähigkeit der Strahlung abhängig, sondern erstere sind den letzteren biologisch nicht gleichwertig. Ebenso wie die biologische Wirkung des roten Lichtes von der biologischen Wirkung des viel kurzwelligeren ultravioletten Lichtes sich unterscheidet, ebenso ist anzunehmen, dass sich auch die Röntgenstrahlen von den Gammastrahlen des Radiums und Mesothoriums biologisch trennen. Ausserdem verhalten sich verschiedene Karzinome gegen Radium- und Röntgenstrahlen ganz verschieden. Man kann also durchaus nicht sagen: die Radiumbehandlung hat sich überlebt, nur die Röntgenbehandlung kommt noch in Betracht.)

121. — C. J. Gauss, B. Krinski, H. Lembcke, J. Wätjen und M. Königsberger, Weitere Erfahrungen bei der nichtoperativen Behandlung des Krebses. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. S. 740—746. Nr. 16. S. 793—798. Ref. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 19. S. 628—629. (Die Arbeit hat vier Teile. Im rein physikalischen werden die Begriffe der Impulsstärke der kritischen Dosis erörtert und deren rechnerisch feststellbarer Wert mit Formeln abgeleitet. Der experimentelle Abschnitt enthält Prüfungen der Wirkung verschiedener Abstände der strahlenden Substanzen auf die Geschwulstzelle und normales Gewebe. Die histologische Untersuchung der bestrahlten Gewebe nimmt den dritten Teil ein, der letzte bringt das klinisch Wichtige. — Der Elektivitätsquotient zwischen der normalen Zelle und der Krebszelle ist so gross bei Gamma- und gefilterten Röntgenstrahlen, dass die normale Zelle viel weniger leicht geschädigt wird. Die Strahlen der Röntgenröhre und die der radioaktiven Substanzen haben in bezug auf die histologischen Veränderungen der Gewebe gleiche Wirkung. Bei der Verwendung von Mesothor und Radium für tiefliegende und tiefergreifende Krebse muss die Hautdistanz mindestens 5 cm betragen. Die vorübergehend günstige Beeinflussung der Metastasen drängt dazu, auch diese der Aktinotherapie zu unterwerfen. Keiner Strahlenart eignet etwa eine spezifische Wirkung auf den Gesamtorganismus, sondern die Strahlen gleichen einander hierin völlig. Die Applikation hoher Dosen und lange Bestrahlungsdauer kann für den Gesamtorganismus ganz unschädlich sein, was in der Krankengeschichte und dem Sektionsbericht über einen bekannten, an Melanosarkom verstorbenen Freiburger Chirurgen gezeigt wird. — Die Forderung, alle Krebse aller Arten, selbst die operablen, der Bestrahlung zu unterwerfen, scheint nach den günstigen Ergebnissen der Freiburger Schule, die in vielen Fällen bis zwei Jahre Rezidivfreiheit sah, berechtigt. — Die beste Wirkung ist immer mit möglichst hohen Dosen in kurzen Intervallen erreicht worden.)

122. Kupferberg, H., Röntgen-, Radium- und Mesothoriumstrahlen im Dienste der Gynäkologie. Fortschr. d. Med. Nr. 6. S. 145—154. (Übersicht.)

123. — Erfahrungen mit der Radiumtherapie der Karzinome. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 17. Febr. u. 3. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. S. 906—907.

(Hauptsächlich Technik und Biologie der Strahlenwirkung, mit Demonstration einiger seit „bereits" zwei Monaten [! Ref.] in Behandlung befindlicher Fälle, die auf dem Wege der Besserung sein sollen.)

124. Küstner, O. und F. Heimann, Ergebnisse der Strahlenbehandlung der Karzinome. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. S. 1651. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 43. S. 1389—1390. (Resultate der Breslauer Frauenklinik mit der kombinierten Röntgen- und Radiumbestrahlung. Gute Erfolge bei inoperablen Fällen; bei Rezidiven weniger günstige Wirkung. Drei operable Fälle, die nicht operiert werden konnten — Diabetes, Schwäche — zeigten vollkommenes Verschwinden der Tumoren. Empfehlung der prophylaktischen Bestrahlung nach und der vorbereitenden Bestrahlung vor der Operation. — Technik.)

125. Lahm, W., Cervixkarzinom. Freie Ver. mitteldeutsch. Gyn. Sitzg. vom 26. Okt. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. S. 44. (Histologische Veränderungen infolge Bestrahlung.)

126. — Über den Einfluss von Radium-Mesothoriumbestrahlungen auf das Cervixkarzinom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. S. 279—289. (Verf. kommt auf Grund histologischer Untersuchungen von Probeexzisionen zu der Ansicht, dass das Karzinomgewebe hauptsächlich durch Phagozytose zum Schwinden gebracht wird. Die Karzinomzellen werden durch die Bestrahlung geschädigt, d. h. das in ihnen aufgespeicherte Lezithin wird unter Cholinbildung zersetzt, wodurch chemotaktisch angelockte, aktivierte Leukozyten phagozytär den Tumor zerstören.)

127. Landau, L., Zur Behandlung des Carcinoma uteri mittelst radioaktiver Substanzen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. S. 398—399. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 314 bis 315. (Landau nimmt entgegen Bumm den Standpunkt ein, dass man bei operablen Karzinomfällen nicht auf die Operation [vaginale Totalexstirpation] verzichten und sich nicht mit der Strahlentherapie begnügen soll.)

128. Latzko, W., Radiumbehandlung. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. S. 1024—1027. (Lokal sehr günstige Wirkung, jedoch berichtet Verf. über einen Fall mit starker Allgemeinstörung und über drei Fälle progredienter Schädigung des Rektum. — Diskussion: v. Graff hat ebenfalls bei grossen Dosen schwere Schädigungen gesehen; Wagner hat Radiumulzera nach Exstirpation rezidivieren sehen, und Wertheim, der eine exquisite Stenosierung des Mastdarms nach Radiumbehandlung eines Uteruskarzinoms zu Gesicht bekam und nach dessen Ansicht von einer rein elektiven Wirkung des Radium in bezug auf Karzinom nicht die Rede sein kann.)

129. Lazarus, P., Stand und neue Ziele der Radium-Mesothorium-Therapie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 201—207. Nr. 6. S. 258—264. Zentralbl. f. Röntgenstr., Radium u. verw. Gebiete. Nr. 1/2. S. 6—11. Nr. 3. S. 106—114. (Cf. dieses Kapitel im Jahrgang 1913 dieses Jahresberichts, Nr. 102.)

130. — Die Radium-Mesothoriumanwendung bei inneren Erkrankungen einschliesslich der Neubildungen. Vortrag, gehalten auf dem XXXI. Deutsch. Kongr. f. inn. Med. zu Wiesbaden, 20.—24. April. Als Original erschienen in: Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 22. S. 688—697. (Verf. unterscheidet: 1. Reizbestrahlungen, welche Proliferationsimpulse, Leukozytose, Hyperämie und Wachstumsvermehrung erzeugen; 2. mittlere Bestrahlungen, die das Wachstum z. B. von lymphatischen Hyperplasien hemmen und 3. Starkbestrahlungen, welche die Zelle steril machen und so zu deren Involution führen. Anwendung dieser drei Bestrahlungsarten in der inneren Medizin. Es wird besonders auch auf die Technik der Bestrahlungstherapie von Tiefenherden eingegangen.)

131. Lazarus-Barlow, W. S., Radium and Radiation as a therapeutic agent. North London med. and chir. Soc. Sitzg. vom 12. März. Ref. The Lancet. Nr. 4726. 28. März. S. 894—895. (Biologie der Strahlenwirkung. — Diskussion: Semon, Rowntree, nicht speziell gynäkologisch.)

132. Ledoux-Lebard, R., De la valeur des substances radio-actives dans le traitement des tumeurs malignes. Journ. de rad. et d'électr. Nr. 2. S. 75—82. (Nichts Neues.)

133. Legueu, F. et H. Chéron, Guérison par la radiumthérapie d'un cancer urétro-vaginal inopérable; traitement radiumthérapique du cancer de l'utérus. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 11., 18. und 25. Febr. u. 4. März. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. S. 403—404. Als Original erschienen i. d. Revue prat. d. malad. d. org. gén.-urin. Nr. 62. S. 86—90. Journ. de méd. intern. Nr. 18. S. 171—172. (Ein inoperables Karzinom der Urethra bei einem 26jährigen Mädchen, das weit um sich gegriffen

hatte, wurde durch Radiumbestrahlung vollkommen geheilt, leider unter Zurücklassung einer Urethrafistel. Patientin starb 30 Monate später im Anschluss an die Operation dieser Fistel. Bei der Sektion konnten keine Reste des Karzinoms mehr nachgewiesen werden. — Diskussion: Savariaud hat einen Fall von inoperablem Portiokarzinom durch Radiumbestrahlung seit 18 Monaten geheilt. P. Delbet erkennt der Radiumbestrahlung nur als Palliativmittel grossen Wert an; Rezidiv und Karzinomtod lassen sich durch ihn auf die Dauer nicht verhüten. J. L. Faure teilt einen Fall aus seiner Praxis mit, der nun seit 3½ Jahren rezidivfrei blieb. Pothérat behauptet, nie wahre Heilungen infolge der Bestrahlung gesehen zu haben. Demoulin sah eine Frau nach Heilung des Primärtumors an Metastasen in der Wirbelsäule zugrunde gehen. Ch. Monod hat eine Patientin seit vier Jahren geheilt und rezidivfrei; trotzdem bestrahlt er sie alle sechs Monate prophylaktisch weiter.)

134. Levin, I., Radium and Röntgentherapy in cancer. Med. Record. 1913. Dez. S. 1064.

135. — Relation between surgical treatment and radiotherapy of cancer. Med. Record. Bd. 86. Nr. 15. S. 615.

136. Lorey, A., Kombinierte Radium- und Röntgentherapie bei malignen Tumoren. 35. Balneologenkongr. in Hamburg. 11.—16. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. S. 789. (Hervorragende lokale Heilwirkung; jedoch sind die Erfolge noch nicht so sicher, dass man auf chirurgische Eingriffe verzichten könnte.)

137. — Über Radium und Röntgentherapie der malignen Tumoren. Med. Klinik. Nr. 20. S. 841—845. (Übersicht des jetzigen Standes dieser Therapie. Warnung vor zu grossem Optimismus; über die Dauererfolge lässt sich bis jetzt noch kein Urteil abgeben. Operable Fälle sind unbedingt vorher zu operieren. — 60 eigene Fälle, davon 26 Krebse der weiblichen Genitalien, kombiniert mit Radium-, Mesothorium- und Röntgenstrahlen behandelt. Auf diesem Gebiete waren die Resultate am günstigsten. Besonders zur Verhütung postoperativer Rezidive kommt der Behandlung eine besondere Bedeutung zu.)

138. Ludwig, E., Studie über Strahlungen, speziell Heilwirkung der Bierhefe auch als Ersatz des Krebsheilmittels Radium? Frankfurt a. M., Selbstverlag, Kaulbachstr. 18. (132 Seiten; 2.40 Mk.)

139. Mansfeld, O., Die Strahlentherapie des Gebärmutterkrebses. Orvosi Hetilap. Nr. 10. (Seit Juli 1913 wurden 24 Fälle der kombinierten Behandlung mit Radiumbromid und harten Röntgenstrahlen unterzogen; nur inoperable Fälle. Glänzende Resultate. Jedoch hat das Radiumbromid folgende Nachteile: die Manipulationen im karzinomatösen Gewebe erwecken die Virulenz der Bakterien und können zur Peritonitis führen. Die Strahlentherapie tastet im Dunkeln: bei einem scheinbar solitären Krebs wurde Carcinosis peritonei gefunden.)

140. Mayer, A., Erfahrungen mit der Mesothoriumbehandlung inoperabler Karzinome. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk., Sitzg. vom 7. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. S. 518—519. (Resultate der Tübinger Frauenklinik; berechtigen dazu, die gesetzten Hoffnungen zu teilen. Erfahrungen der kombinierten Strahlen-Chemotherapie an 13 inoperablen Rezidiven sind bisher günstige. Nachteile wurden nicht gesehen.)

141. Meidner, S., Über moderne Radiotherapie der Geschwülste. Ther. d. Gegenw. Nr. 1. S. 28—35. (Bericht über die Dezember-Sitzungen [1913] der Berliner med. Gesellschaft [Bumm, Lazarus, v, Seuffert, Gauss u. a.]. Verf. kommt nach diesen und eigenen Erfahrungen zum Schluss, dass die Aktinotherapie als Palliativbehandlungsmethode geeignet, die Strahlenwirkung jedoch nur eine lokale ist. Wo Metastasen bestehen, und dies ist meistens der Fall, ist der Zustand schon irreparabel. Noch operable Tumoren sind vorläufig nach wie vor zu operieren.)

142. — Zur Mesothortherapie maligner Geschwülste. Radium-Therap. 1913. Heft 2. S. 27 bis 36. (Erfahrungen an eigenem Material. Gutes Palliativmittel; kein absolutes Heilmittel. Operable Fälle müssen auch weiterhin noch operiert werden.)

143. — Fortschritte der Röntgen-Intensivbestrahlung maligner Geschwülste. Ther. d. Gegenw. S. 365. (Gute Zusammenstellung.) (J. Veit.)

144. Menge, C., Demonstration von Kranken mit Uteruskarzinomen, welche mit Mesothorium und Radium behandelt worden sind. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 26. Okt. 1913. Ref. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. S. 309—314. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. S. 390—394. (Menge teilt auf Grund seiner Beobachtungen den Standpunkt Krönigs und Döderleins, dass vorläufig alle Karzinome, besonders auch die beginnenden und auch die Korpuskarzinome, durch

Bestrahlung behandelt werden sollen. — Diskussion: Jung, H. Freund, Fehling, Krinski, Hofmeier.)

145. Meyer, E., Zur Wertung der intrauterinen Radiumapplikation bei Carcinoma uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. S. 1092. (Zwei Fälle von Cervixkarzinom, bei denen nach endozervikaler Radiumapplikation einmal eine schwere, parauterine Entzündung des ganzen Beckenbindegewebes und der Adnexe mit Ausgang in Heilung, einmal nach gleicher Behandlung eine foudroyante Sepsis auftrat, die in kurzer Zeit den Exitus herbeiführte. Die Fälle zeigen die Gefahren der intrauterinen Radiumapplikation.)

146. Meyer, F. M., Einige Bemerkungen zur Dosierung bei der Röntgenbehandlung des Karzinoms. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 5. S. 558—561. (Technisches: wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert. Sowohl bei Myomen als bei Karzinomen soll man sich mit mittleren Dosen begnügen.)

147. Monheim, M., Demonstration eines Falles von Röntgenverbrennung bei Karzinombestrahlung. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 18. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 32. S. 1791. (Patientin wurde wegen inoperablen Karzinoms mit der Intensivbestrahlung bis zur Erythemgrenze behandelt. Der Erfolg ist befriedigend, aber die Patientin hat jetzt trotz aller Vorsichtsmassregeln und Vermeidung der Erythemdosis doch eine Röntgenverbrennung auf dem Rücken bekommen.)

148. Monod, R., Traitement du cancer par le radium. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 4. März. Ref. La sem. méd. Nr. 10. S. 117. (Eine im Jahre 1910 wegen inoperablem Cervixkarzinom bestrahlte 54jährige Frau wurde subjektiv und objektiv geheilt und blieb bis jetzt gesund und rezidivfrei. — Technik.)

149. Morson, A. Clifford, Radium and cancer; histology. Pathol. Soc. of Great Britain and Ireland. Sitzg. vom 9.—10. Jan. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2768. 17. Jan. S. 145. (Nach 15 Stunden fangen die Karzinomzellen zu degenerieren an, die Kerne werden undeutlich; nach 20 Stunden ist nur noch eine strukturlose Masse degenerierter Zellen in verschiedenen Stadien zurückgeblieben. Die Veränderungen sind chemischer Art, sind auf die unmittelbare Umgebung der Tube beschränkt. In einzelnen Fällen scheinen Tumorzellen widerstandsfähig zu sein. Rundzellensarkome reagieren sehr leicht. Spindelzellensarkome weit weniger. Auch bei den verschiedenen Karzinomarten sind viele Abstufungen zu erkennen. Auf Metastasen wurde in vier Fällen eine gewisse Wirkung erzielt.)

150. — Changes in malignant tumours on exposure to the gamma rays of radium. Sect. of pathol. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 17. Febr. Ref. The Lancet. Nr. 4722. 28. Febr. S. 612. The Brit. med. Journ. Nr. 2773. 21. Febr. S. 427—428. (Rasche Degeneration der malignen Zellen in der unmittelbaren Nähe der Radiumtube, Vakuolisierung und Vergrösserung der Kerne in den Zellen ausserhalb des degenerierenden Bezirkes. An Tumoren ausserhalb des Körpers entstehen diese Veränderungen nicht, sind also wohl Folge chemischer Einwirkung. Karzinome sind sehr verschieden empfindlich gegen Radiumbestrahlung, Sarkomzellen sehr stark empfindlich. Auch in Metastasen konnte er nach Bestrahlung Degeneration der malignen Zellen feststellen.)

151. Müller, Ch., Die Krebsbehandlung. Drei Vorträge. J. F. Lehmanns Verlag, München. (72 Seiten. Preis 1.80 Mk.) (Cf. Jahrgang 1913, Bd. 27 dieses Jahresberichtes, dieses Kapitel, Nr. 114.)

152. — Physikalische und biologische Grundlagen der Strahlenwirkung radioaktiver Substanzen, besonders des Mesothoriums und der Ersatz derselben durch Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. S. 134. (Nachtrag zu einer Arbeit, referiert in diesem Jahresbericht, 1913, dieses Kapitel, Nr. 113.)

153. — Die Röntgenbehandlung der malignen Tumoren und ihre Komplikationen. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 19. April 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. S. 173. (Allgemeines.)

154. — Operation oder Bestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. S. 1226—1227. (Nach Ansicht und sechsjähriger Erfahrung des Verf. kann der praktische Arzt, wenn er vor die Frage gestellt wird, ob Strahlenbehandlung oder Chirurgie, die Strahlentherapie als erste Behandlungsmethode empfehlen. Nach einer, wenn auch erfolglosen Durchführung der Strahlentherapie ist die Heilmöglichkeit durch die Operation in keiner Weise beeinträchtigt. Die Anzahl der erfolgreich behandelten Fälle, die nach drei Jahren noch rezidivfrei geblieben, ist prozentual so gross, dass behauptet werden darf, dass die Rezidivierungsmöglichkeit von durch Röntgenstrahlen zum Verschwinden gebrachter Tumoren eine geringere ist, wie solcher durch Operation entfernter. —

Kritik von L. Heidenhain zu dieser Arbeit cf. Nr. 77 und Erwiderung darauf von Ch. Müller, cf. Nr. 155.)

155. Müller, Ch., Operation oder Bestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. S. 1809—1811. (Erwiderung an L. Heidenhain — cf. Nr. 77.)

156. Nahmmacher, F., Radium und Mesothorium in der Heilkunde (bei Geschwülsten und gynäkologischen Erkrankungen). Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. S. 109—122. (In Kombination mit der Chemotherapie recht gute Erfolge. Technik. Indikationsstellung. Auch eine Reihe von Myomen und klimakterischen Blutungen hat Verf. mit Radium und Mesothorium erfolgreich behandelt.)

157. Newzomet, Wm. S., 100 Fälle von mit Radium behandelten malignen Erkrankungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 3. (Zwei Fälle von Cervixkarzinom wurden wesentlich gebessert, sonst bei tiefsitzenden Karzinomen meist keine wesentlichen Erfolge erzielt.)

158. Nogier, Th. et Cl. Regaud, Décroissance de la radiosensibilité des tumeurs malignes traitées par des doses successives et convenablement espacées de rayons X; autoimmunisation contre les rayons. Acad. d. sciences de Paris. Sitzg. vom 18. Mai. Ref. La sem. méd. Nr. 24. S. 283—284. (Nicht-gynäkologische Fälle. Ergibt sich aus der Überschrift.)

159. Oberndorfer, S., Demonstration über die Einwirkung der Strahlenbehandlung auf menschliche Tumoren. 17. Tagung d. Deutsch. Pathol. Ges. in München. 23.—25. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 936. (Eine streng elektive Wirkung auf die Tumorzellen allein wird nicht ausgeübt und in den vorliegenden Fällen hat sich eine vollkommene Ertötung der Geschwülste nicht erreichen lassen, wenn auch erhebliche regressive Veränderungen zu verzeichnen waren.)

160. Opitz, E., Einrichtung zur Strahlenbehandlung in der vom Hessischen Landesverein für Krebsforschung errichteten Strahlenheilstätte. Med. Ges. in Giessen. Sitzg. vom 3. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. S. 1499. (1. Beckenbindegewebsrezidiv nach Korpuskarzinom durch intensive Röntgenbestrahlung zum Verschwinden gebracht. 2. Rückbildung, aber nicht Heilung eines Uterussarkoms. 3. Korpuskarzinom wesentlich durch Bestrahlung verändert. 4. Rektumkarzinom ähnlich beeinflusst.) (J. Veit.)

161. Pagenstecher, A., Über die Dauerbehandlung mit Röntgenstrahlen. 10. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. in Berlin vom 19.—21. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. S. 1088. (Bei den bisherigen Methoden der kurzzeitigen Intensivbestrahlung ist die Metastasengefahr recht erheblich. Bestimmte Gewebsbezirke erhalten zu leicht eine Reizdosis. Von etwa 150 inoperablen Tumoren, die in den letzten zwei Jahren bestrahlt wurden, wurde keiner wirklich geheilt, abgesehen vom Uteruskarzinom. Nach Rückgang des primären Tumors trat rascheres Wachstum und dann rasche Metastasierung auf. Man sollte täglich bestrahlen, aber länger und härter und diese mehrstündigen Dauerbestrahlungen entsprechend oft wiederholen. Auch mit Radium und Mesothorium bewährten sich häufige längere Bestrahlungen mit kleinen Dosen besser als die Intensivbestrahlungen mit grossen Mengen.)

162. Pankow, O., Was hat die Strahlentherapie in der Behandlung gutartiger und bösartiger Geschwülste bisher geleistet? Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 1. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. S. 726—727. (Cf. Kapitel „Strahlentherapie der Myome", Nr. 60.)

163. — Über Blasen- und Mastdarmschädigungen bei Radium- und Mesothoriumbehandlung des Uteruskarzinoms. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 24. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. S. 168—170. (Erfahrungen an 50 Fällen. Die Blase zeigte sich, auch gegen sehr grosse Dosen, sehr resistent. Eine Blasenfistel kam nur zustande infolge Übergreifen des Karzinoms auf die Blasenwand. Dagegen wurden wiederholt Rektumscheidenfisteln beobachtet. Versuche am Kaninchen ergaben, dass bei Einlegen von Mesothoriumkapseln in die Vagina Ulzerationen im Rektum entstehen, ohne dass die Vaginalwand selbst Veränderungen zeigt. Die Rektovaginalfisteln beim Menschen sind auf Überdosierung zurückzuführen.)

164. — Die Strahlentherapie in der Gynäkologie. In: Eine Woche Bauchchirurgie. Düsseldorf, Schmitz u. Olbertz, S. 188.

165. Peham, H., Röntgen- und Radiumbehandlung in der Gynäkologie. Med. Klinik. Nr. 12. S. 487—490. (Cf. Kapitel „Strahlentherapie der Myome", Nr. 62.)

166. Pentimalli, F., Über die Wirkung des Mesothoriums auf den Mäusekrebs. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 59. Heft 3. S. 674—711.

167. Pförringer, S., Beiträge zur Radiotherapie inoperabler Tumoren. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 6. S. 680—687. (In der Behandlung inoperabler Tumoren ist die kombinierte Strahlentherapie der chirurgischen Therapie überlegen. Sie ermöglicht noch weitgehende Besserung und sogar noch Beseitigung von Tumoren, wo die chirurgische Therapie versagt. Bei operablen Tumoren kann sie unter Umständen primäres Verschwinden der Neubildung bewirken. Ob sie imstande ist, Heilung herbeizuführen, ist noch ungewiss. Die Strahlentherapie ist als ein eminent wirksames Palliativmittel zu betrachten.)

168. Pierra, L., Une enquête allemande sur la radiothérapie et la radiumthérapie en gynécologie. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 4. S. 258—261. (Tabellarische Wiedergabe der Resultate der von der „Medizinischen Klinik" veranstalteten Rundfrage an den Deutschen Kliniken über die Erfolge der Radio- und Radiumtherapie.)

169. Pinch, A. E. Hayward, Radium Therapy. Med. Soc. of London. Sitzg. vom 9. März. Ref. The Lancet. Nr. 4724. 14. März. S. 749—750. The Brit. med. Journ. Nr. 2777. 21. März. S. 652. (Technik. — Ausgezeichnete Resultate beim Uteruskarzinom. Jedoch sollen operierbare Fälle operiert werden. — H. Williamson hat nur inoperable Fälle bestrahlt und keine Heilungen gesehen, jedoch äusserst günstige Beeinflussung und Verlängerung des Lebens. Ohne Ausnahme ist aber das Karzinom später plötzlich in erhöhtem Masse gewuchert.)

170. — A report of the work at the Radium Institute from Jan. 1 to Dec. 31, 1913. The Lancet. Nr. 4734. 23. Mai. S. 1441—1446. The Brit. med. Journ. Nr. 2786. 23. Mai. S. 1107—1111.

171. Pinkuss, A., Weitere Erfahrungen über die Mesothoriumbestrahlungstherapie bei Karzinom. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5. S. 207—209.

172. Potherat, G., Traitement du cancer par le radium. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 25. Febr. Ref. La Sem. méd. Nr. 9. S. 104. (Vortragender hat Besserung, aber nie Heilung gesehen. Mitteilung eines Falles, der als geheilt vorgestellt wurde, bei dem sich das Karzinom ins Parametrium weiterentwickelt hatte. Die Patientin starb. — Diskussion: Demoulin wurde getroffen von der günstigen lokalen Wirkung, daneben traten aber immer schnell Rezidive ein. Mitteilung eines Falles.)

173. Ransohoff, J. und J. L. Ransohoff, Radium treatment of cancer. Lancet-clin. Bd. 111. Nr. 23. S. 661—670. (Nicht speziell gynäkologisch.)

174. Regaud, Cl. et Th. Nogier, Décroissance de la radio-sensibilité des tumeurs malignes traitées par des doses successives et convenablement espacées de rayons X. Acad. d. sciences de Paris. Sitzg. vom 8. Juni. Ref. La Presse méd. Nr. 51. S. 491. (Beispiele an mehreren Fällen, besonders stark bei Mammakarzinomen und Hauttumoren. Ursache unbekannt, wahrscheinlich in Blutveränderungen durch Resorption von Zellzerfallsprodukten zu suchen. Für die Praxis ergibt sich daraus, dass man zuerst mit Massendosen bestrahlen soll, dann operieren und schliesslich weiterbestrahlen.)

175. Ricker, G. und R. Foelsche, Eine Theorie der Mesothoriumwirkung auf Grund von Versuchen an der Kaninchenniere. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 3. Heft 2. S. 71—90. (Die Wirkung des Mesothoriums soll in einer Erweiterung der Strombahn und Verlangsamung der Blutströmung bis zum Erlöschen derselben bestehen.)

176. Riddell, J. R., Radium in the treatment of malignant disease. The Brit. med. Journ. Nr. 2784. 9. Mai. S. 1006—1008.

177. Riehl, G., Demonstration mehrerer durch Radiumbestrahlung günstig beeinflusste Karzinome. K. k. Ges. d. Ärzte zu Wien. Sitzg. vom 30. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. S. 339.

178.* — Radium und Krebs. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. (Cf. dieses Kapitel Jahresbericht 1913, Nr. 128.)

179. Ritter, H. und J. Allmann, Experimentelle Beiträge zur Cholinwirkung. Zeitschr. f. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. S. 398—411. (Experimentelle Untersuchungen an der Haut hoffnungsloser Karzinomkranker ergaben, dass bei gleichzeitiger Behandlung mit Röntgenstrahlen bzw. Radiumpräparaten und Enzytol die Haut nur etwa die Hälfte der Strahlenmenge ohne Erythem vertrug. Es bleibt daher zu untersuchen, ob das Enzytol imstande ist, die andere Hälfte der Strahlenmenge, die mit Rücksicht auf die Haut nicht appliziert werden kann, hinsichtlich der Wirkung auf den Tumor zu ersetzen. Schädigungen des Gesamtorganismus durch das Enzytol sind, abgesehen von den schnell vorübergehenden, allerdings recht schweren Kollapszuständen, nicht in Erscheinung getreten.)

ᵣière, J. A., La physicothérapie du cancer. Ann. d'électrobiol. et de radiol. 1913. 9. S. 572—584. Nr. 10. S. 641—649. (Nicht speziell gynäkologisch.)
senthal, J., Einiges zur Frage der Strahlentiefentherapie. X. Kongr. d. Deutsch. ıtgenges. zu Berlin vom 19.—21. April. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. chenschr. Nr. 19. S. 1058—1060. Arch. d'électr. méd. 22. Jahrg. Nr. 381. S. 484 488. (Ausschliesslich Technisches; wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert.)
uffart, E., Traitement du cancer utérin par le radium. — Soc. belge de gyn. et ɔst. Sitzg. vom 3. Jan. Ref. Bull. de la Soc. belge gyn. et d'obst. Nr. 8. S. 394. Original erschienen im Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 2. S. 110—113. (Klinische lung eines absolut inoperablen Cervixkrebses, der auf die Vagina übergegriffen te, bei einer 82 jährigen Frau durch einmalige Radiumbestrahlung von der Vagina aus.)
uhier, G. et S. Fabre, Hysteréctomie vaginale partielle pour épithélioma utérin ıplétée par des applications ultérieures de radium. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. ;g. vom 11. Mai. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5. S. 400—402. ei Wochen nach der unvollständigen vaginalen Operation war schon starke krebsige ltration des Wundtrichters fühlbar. Radiumbestrahlung. Patientin ist jetzt t Monate nach der Operation rezidivfrei. — Diskussion: Doléris teilt einen l von vollkommener Heilung eines absolut inoperablen Uteruskrebses durch Radium- ;rahlung mit. Seit sieben Monaten ohne Rezidiv.)
vsing, Th., Ist Radiumbehandlung operabler Krebsgeschwülste zulässig? Hospital- ende. Nr. 27. (Dänisch.) Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1915. Nr. 12. S. 406. f 10 Krankengeschichten gestützt, in welchen nach der Meinung des Verf. die liumbehandlung die Bösartigkeit des Leidens begünstigt hatte, warnt er vor der liumbehandlung operabler Krebsgeschwülste, die er als unzulässig betrachtet.)
bin, I. C., The therapeutic value of X-ray and the radioactive substances in car- ›ma of the uterus as determined by pathological examinations. Amer. Journ. of :. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 438. Juni. S. 969—982. (Material Wertheimschen Klinik. Histologische Befunde vor und nach der Bestrahlung nachfolgender Radikaloperation an 18 Fällen. Dabei fanden sich in 16 noch Reste Karzinoms am Uterus. Zwei unter neun operablen Fällen wurden durch die Radium- andlung inoperabel; in dem einen bildete sich eine Rektovaginalfistel, in dem anderen Striktur des Rektums. Es wurde eine elektive Wirkung der Mesothoriumstrahlen die Karzinomzellen nachgewiesen. Die Radiotherapie kommt vorerst zur Nach- ındlung Operierter, zurückgelassener Reste und Metastasen in Betracht.)
›p, A., Krebsbehandlung mit Radium. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. S. 2098 2100. (Hauptsächlich Technik und nicht-gynäkologische Fälle. Unter 16 weit eschrittenen Uteruskarzinomen „sind die vor mehreren Monaten bestrahlten ›ch vollkommen geheilt, andere, vor kurzem noch bestrahlte, fast geheilt". [Nähere ıben fehlen. Ref.]. — Noch operable Fälle sollen operiert und nachbestrahlt en.)
ıs, E., Über die Gefahren der „Reizdosen" bei der Röntgenbehandlung inoperabler inome. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Ref. Deutsche med. ıenschr. Nr. 29. S. 1498. Als Original erschienen i. d. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 39. Heft 4. S. 507—513. (Zwei Fälle von Karzinomrezidiv nach Wertheim in Osteosarkom des Beckens wurden mit kleinen Dosen und schwacher Filterung ıhlt mit dem Erfolg, dass bei allen ein rasches Wachstum des Tumors beobachtet . Die Königsberger Klinik ist deshalb auch zu den Riesendosen der Freiburger ik übergegangen, mit zum Teil ganz guten Resultaten. — Genaue Beschreibung inischen Befunde und Behandlung der drei Fälle, sowie sechs schematische Zeich- n.)
ͤr augenblickliche Stand der Röntgentherapie maligner Uteruserkrankungen. ıarzt. Heft 5. S. 194—204. (Kurzer historischer Überblick und Bericht über ıe Fälle. Drei wurden klinisch günstig beeinflusst; in den drei anderen wuchs ırzinom im Anschluss an die Bestrahlung rascher als zuvor [Reizdosen]. — Indi- ͤn zur Bestrahlung. Verf. warnt davor, operable Karzinome nur mit Röntgen- n ohne Mithilfe von Radium oder Mesothorium zu behandeln. Eine Fernwirkung ne einer Beeinflussung der Metastasen durch das in den bestrahlten Zellen ent- le Cholin hält Verf. für möglich.)
iaud, M., A propos de la guérison du cancer par le radium. Soc. de chir. de Sitzg. vom 18. Febr. Ref. La Sem. méd. Nr. 8. S. 91. (45jährige Frau mit blem Kollumkarzinom. Abkratzen der Wucherung mit der Curette und mit

dem Messer. 150 mg Radium dreimal 24 Stunden innerhalb 40 Tagen eingelegt. Heilung seit 18 Monaten.)

189. Schauta, F., Über Radiumbehandlung bei Gebärmutterkrebs. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. S. 961—964. (Verf. berichtet über seine Fälle, die er in drei Gruppen trennt. Die erste Gruppe wurde ununterbrochen mit Radium bestrahlt. Von 11 Fällen entzogen sich 3 der Behandlung, die übrigen 8 starben alle, aber kein einziger Fall zeigte bei der Sektion mehr lokales Karzinom. Die zweite und dritte Gruppe wurde intermittierend bestrahlt. Von der zweiten erschienen 4 [unter 11] als geheilt, von der dritten 7 von 11. Alle diese Fälle waren von Haus aus inoperabel. Von 22 Patientinnen konnten also 11 = 50% durch die Radiumbehandlung als primär geheilt bezeichnet werden. Solange jedoch noch nicht Dauerresultate vorliegen, werden alle operablen Fälle nach wie vor operiert. Zur Nachbehandlung sollen schwache Dosen mit kurzer Bestrahlungsdauer und langen Pausen zur Anwendung kommen.)

190. Schiffmann, J., Über Ovarialveränderungen nach Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. S. 760—766. (Die Versuche wurden an Meerschweinchenovarien angestellt. Sie ergaben eine intravenöse und charakteristische Schädigung des Eierstockgewebes. Granulosazellen und die Eizelle kamen zum Schwinden, dafür kam es zu zystenartiger Umwandlung der reifen Follikel. Auffallend war die Integrität des Keimepithels. Die Alteration der Zwischenzellen war lange nicht so auffällig und konstant, wie der Follikelschwund. — Es besteht also eine weitgehende Analogie zwischen Radium- bzw. Mesothorium- und Röntgenveränderungen der Ovarien.)

191. Schmidt, H. E., Zur Strahlenbehandlung des Krebses. Arch. f. physik. Med. u. med. Technik. Heft 4. S. 223—226. (Nicht speziell gynäkologisch. Wenn man die klinischen Erfolge betrachtet, ist bisher noch nicht der geringste Beweis erbracht, dass das Radium oder Mesothorium bei der Krebsbehandlung mehr leistet, als die Röntgenstrahlen.)

192. Schwarz, G., Heilung tiefliegender Karzinome durch Röntgenbestrahlung von der Körperoberfläche aus. (Bemerkungen zu der Arbeit von Bumm und Warnekros, cf. Nr. 28). Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1733. (Technisches. Die von Bumm und Warnekros angegebenen Bestrahlungsdosen — cf. Nr. 28 — beruhen auf irreführenden Messungen.)

193. Schweitzer, B., Die bisherigen Erfolge der Mesothoriumbehandlung beim Gebärmutter- und Scheidenkrebs. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 26. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1585.—1586 Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. S. 1562. Als Original erschienen im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. S. 1121—1127. (Ausführliche Mitteilung der Technik und der Resultate — seit Januar dieses Jahres — an 31 Fällen. Von acht Patienten, bei denen die Behandlung abgeschlossen ist, fehlen jetzt bei fünf die Symptome des Karzinoms vollkommen. Diskussion: Payr, der zur Indikationsstellung der Strahlentherapie für die Chirurgie spricht und sich einzelnen Ansichten Krönigs entgegenstellt. — Siehe auch weitere Diskussion bei Zweifel, dieses Kapitel. Nr. 233.)

194. Seitz, L., Mesothoriumbehandlung von Karzinomen. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 7. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. S. 517 bis 518. (Erfahrung an 13 Fällen, davon drei aussergenitale. Die Resultate an den acht Uteruskarzinomen sind glänzend. Bestätigung der Erfahrungen von Döderlein und Klein. Jedoch ist der Einfluss auf weiter entfernt liegende Metastasen gering. Die Erfahrungen mit Enzytoleinspritzungen sind nicht eindeutig.)

195. v. Seuffert, E., Heutiger Stand, Probleme und Grenzen der Strahlenbehandlung des Krebses. Auf Grund der bisherigen Erfahrungen hauptsächlich bei der Behandlung des Uteruskarzinoms. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 2. S. 740—784. Französisch ist dieselbe Arbeit erschienen im Arch. d'électr. méd., 22. Jahrg. Nr. 382. S. 552—571. Nr. 383. S. 610—625. (Auch bei operablen Fällen ist der Erfolg der Strahlenbehandlung hinsichtlich des Dauerresultates zum mindesten nicht schlechter als der der Operation. Die elektive Wirkung der Strahlen auf das Geschwulstgewebe ist als erwiesen anzunehmen. Die biologische Wirkung der Strahlen ist je nach ihrer Entstehung eine ganz verschiedene. Auch ist die Strahlenempfindlichkeit der bestrahlten Gewebe sehr verschieden. Die Wirkung ist eine direkte; eine Fernwirkung ist bis jetzt nicht erwiesen. Ebensowenig ist bis jetzt sichergestellt, ob die eigentliche wirkende Kraft von den Primärstrahlen selbst oder deren Sekundärstrahlen im Gewebe ausgeht. Sen-

sibilisierungsmethoden sind alle noch unsicher, teilweise gefährlich. Röntgenstrahlen und die Strahlen der radioaktiven Substanzen sind zurzeit für die Karzinombehandlung vollkommen gleichwertig. — Technik und Dosierung.)

196. Sielmann, R., Hundert Fälle von Frauenleiden mit Röntgenstrahlen behandelt. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 3. S. 277—290. (Erfahrungen u. a. an 16 malignen Erkrankungen der Genitalien. Prophylaktische Bestrahlung nach der Operation. Enzytolinjektionen. Übersicht der behandelten Fälle in Tabellenform.)

197. Skrobansky, K., Moderne Karzinomtherapie. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Petersburg. Sitzg. vom 31. Okt. 1913. Ref. La Gyn. Jan. S. 57—58. (Übersicht; nichts Neues. In der Diskussion bespricht F. Iline die Veränderungen des Karzinomgewebes unter Einfluss der Bestrahlung mit radioaktiven Stoffen.)

198. Sluys, F., Emploi des radiations nouvelles en gynécologie. Journ. Belge de gyn. et d'obst. Nr. 7. S. 549—565. (Allgemeines.)

199. Stern, S., Der gegenwärtige Stand der nichtoperativen Therapie benigner und maligner Geschwülste in europäischen Kliniken. Med. Record. Bd. 85. Nr. 14. S. 615. (Sammelbericht der in den radiologisch-führenden deutschen Kliniken angewandten Technik (Krönig, Bumm, Döderlein, Menge, Czerny). Warnung vor zu optimistischer Beurteilung der Strahlentherapie, die bei den noch bestehenden Unklarheiten hinsichtlich Dosierung, Filterung, Bestrahlungspausen usw. nicht die operative Therapie ersetzen kann, sondern vom Verf. nur für inoperable, schwer zugängliche Fälle, sowie in Kombination mit der Operation empfohlen wird.)

200. Steuermark, Z., Neue Behandlungsmethoden von Neubildungen mit Röntgenstrahlen. Przegl. lekarski. Nr. 2—4. (Übersicht.)

201. Strahlentherapie, Umfrage über die Bedeutung der — für die Gynäkologie. Von E. Runge, J. Veit, O. v. Franqué, Sellheim, Sippel, O. Küstner, Albers-Schönberg, Landau, Fehling, Zangemeister, v. Herff, Krönig, Bumm, Winter, Opitz und Pankow. Med. Klinik. Nr. 1. S. 19—21. Nr. 2. S. 59—60. Nr. 5. S. 192—194. (Bei inoperablen Fällen erzielt man: Hebung des Allgemeinbefindens, Besserung der Schmerzen und der Schlaflosigkeit, Gewichtszunahme; Blutung und Sekretion verschwinden, der Krater schliesst sich bisweilen, an Stelle des Karzinoms tritt dann gesundes, mit gesundem Epithel bedecktes Gewebe und Metastasen gehen bisweilen zurück, verschwinden aber nie ganz. — Operable Fälle sind, wenn eine Operation aussichtsvoll, zu operieren. — Rezidive reagieren im allgemeinen schlechter als primäre Karzinome. Prophylaktische Bestrahlung nach Operationen mit ausreichender Dosis, lange Zeit durchgeführt. — Technik.)

202. Strahlenbehandlung, Die — der Neubildungen innerer Organe. XXXI. Deutscher Kongr. f. inn. Med. zu Wiesbaden. 20.—24. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. S. 1247—1248. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. S. 1003—1004. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. S. 1091—1092. Therap. Monatshefte. Bd. 28. Heft 5. S. 355. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 10. S. 311. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 24 u. f. (Vorträge von R. Werner, C. Lewin, Ch. Müller, P. Lazarus, Alwens u. a., nicht speziell gynäkologischen Inhalts.)

203. Strebel, H., Äussere Kathodenstrahlen als Ersatz für Radium und Mesothorium. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. S. 133. (Wird im Kapitel „Elektrizität usw.“ referiert.)

204. v. Streit, W., Patientinnen, die mit Mesothorium behandelt werden. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. 60. Sitzg. vom 24. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. S. 170—172. (Zwei Fälle, vorher inoperabel, können jetzt bald operiert werden. Der dritte Fall, Rezidiv nach abdominaler Totalexstirpation, ist durch die Bestrahlung anscheinend geheilt.)

205. Tavildaroff, F., Das Mesothorium in der Behandlung des Karzinoms der weiblichen Genitalorgane. Wratsch. Gaz. 1913. 24. Nov. S. 1697. Ref. La Gyn. Jan. S. 77—78. (Übersicht. Nichts Eigenes. Nichts Neues.)

206. Thévenard, A propos du traitement du cancer par le radium. Soc. des chir. de Paris. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. La Presse méd. Nr. 9. S. 93. (Drei Fälle. Der eine wurde operabel; die Operation war erschwert durch Verhärtung des parametranen Gewebes. In den beiden anderen stand die Blutung und schwanden die Schmerzen; der eine befindet sich seit zwei Jahren wohl, der andere starb nach einem Jahre. — Diskussion: A. Desjardins hat das Operieren „operabel“ gewordener Tumoren nach Radium-

bestrahlung aufgeben müssen, weil die Operation infolge der Verkürzung und Vernarbung des Beckeninhaltes unmöglich wurde. Jetzt operiert er zuerst soviel wie möglich von der Geschwulst weg und bestrahlt dann.)

207. Thomas, J. J., Treatment of carcinoma of female genitals with mesothorium. Cleveland med. Journ. Nr. 2. S. 95—101. (Allgemeines. Keine eigenen Erfahrungen. Eindrücke von einer Reise in Deutschland.)

208. Turner, D. F. D., Radium: its Physics and Therapeutics. 2. Aufl. London: Baillière, Tindall and Cox. (170 Seiten. Preis 5.— Schilling.)

209. Uhle, K. H., Über die Behandlung des Gebärmutterkrebses mittelst Radium- und Röntgenstrahlen. Med. Ges. zu Chemnitz. Sitzg. vom 11. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 674—676. (Auffallend gute Resultate in drei eigenen Fällen; ausführliche Mitteilung der Krankengeschichten. — Diskussion: Rupp hat ebenfalls gute Resultate. Doch reagieren die Karzinome sehr verschieden. Auf ein Rektumkarzinom hatte die Bestrahlung gar keinen Einfluss. Warnung vor zu hohen Dosen. Man soll zuerst operieren und dann bestrahlen. Praeger hat gute eigene Resultate an drei Fällen; jedoch kommt die Strahlentherapie nur als Nachbehandlung und für inoperable Fälle in Betracht. Reichel weist auf die nicht zu unterschätzenden Gefahren der Bestrahlung für das umgebende gesunde Gewebe und für den Gesamtorganismus hin.)

210. Ulesko-Stroganowa, K. P., Der Einfluss des Radiums auf bösartige Geschwülste. I. russ. Krebskongr. St. Petersburg. 31. März bis 3. April. Verhandl. d. I. russ. Krebskongr. (Russisch.) (Erfahrungen an 16 Karzinom- und zwei Sarkomfällen. Die Verkleinerung der Geschwulst wird einerseits durch die Einwirkung auf die Krebszellen, andererseits durch die Ernährungsstörung, welche durch die Veränderungen in den Gefässen hervorgerufen wird, bedingt.)

211. Versé, M. A., Demonstration von pathologisch-anatomischen Präparaten von zwei Karzinomfällen, in denen eine ziemlich ergiebige Bestrahlung mit Mesothorium intra vitam vorgenommen worden war. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 26. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1586—1587. (Ausführliche pathologisch-anatomische und histologische Beschreibung der Sektionspräparate. Deutliche Tumorschädigungen erwiesen.)

212. Vogt, E., Erfahrungen mit der kombinierten Enzytol- und Röntgenbehandlung maligner Tumoren. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 19. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 667. (Im ganzen acht Fälle. Bei längerer Anwendung wurden zwar gewisse Nebenerscheinungen beobachtet, aber niemals Dauerschädigungen. Ein abschliessendes Urteil über die kombinierte Behandlung lässt sich bisher noch nicht fällen. — Diskussion: Klotz erlebte ebenfalls von diesem Verfahren, bei langsamer Zuführung der chemischen Substanzen [Elektrokobalt und Elektroselen] niemals üble Zufälle.)

213. Wagner, G., Schädigungen durch Anwendung grosser Radiummengen in der Klinik Wertheim. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 10. S. 386. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. S. 451. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 674. La Sem. méd. Nr. 7. S. 84. (In drei vorgestellten Fällen kam es zur Bildung grosser Röntgengeschwüre, resp. von Rektovaginalfisteln durch Schorfbildung. Es werden aus diesem Grunde jetzt ausschliesslich nur kleinere Radiumdosen in Anwendung gebracht.)

214. Walthard, M., Demonstrationen von Präparaten eines sechs Monate alten Dauerresultates bei einem radiumbestrahlten Karzinom. Wissenschaftl. Ver. am städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 19. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1583. (Mitteilung der ausführlichen Krankengeschichte. Nach einer erweiterten abdominalen Radikaloperation und transperitonealer handbreiter Resektion der Flexura sigmoidea auf der Höhe des Uterus bei einer 62jährigen Patientin im Jahre 1912 trat im Oktober 1913 nach scheinbar vollkommener Heilung ein mächtiges Rezidiv im subserösen Raum, gegen die Vagina und das Lumen des Rektums durchbrechend, ein. Bildung einer Rektovaginalfistel. Nachdem ein künstlicher After am oberen Ende der Flexura sigmoidea angelegt worden war, wurde nun das Rezidiv von der Vagina aus bestrahlt — 150 mg Radiumbromid während ca. 18000 Milligrammstunden. Der heutige Befund, sechs Monate nach der Bestrahlung, ist folgender: Vagina blassrosa. Im hinteren Scheidengewölbe eine lineäre Narbe. Die Rektovaginalfistel geschlossen. Von der Vagina, noch vom Rektum keinerlei Karzinomreste nachweisbar. Der subseröse Raum verhält sich bei der Palpation wie nach einer glatt geheilten rezidivfreien

abdominalen Radikaloperation. Die Frau kann allen häuslichen Aufgaben in einem grösseren Betriebe ungestört nachkommen.)

215. Walthard, M., Dauerresultate nach Radiumbehandlung von Karzinomrezidiven. Gyn. Ges. d. deutschen Schweiz (zusammen mit der Soc. de gyn. et d'obst. de la Suisse rom.). Sitzg. vom 11. u. 12. Juli in Bern. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. S. 1395. (Diskussion: Beuttner, Jung und Wormser.)

216. Warnekros, K., Zur Röntgentechnik der Karzinombestrahlung. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 5. S. 198—201. (Wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert.)

217. — Über Karzinombestrahlungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1. S. 89 bis 95. (Kurzer Bericht über den augenblicklichen Stand der gynäkologischen Strahlentherapie mit Mesothorium- und Röntgenstrahlen und der in der Bummschen Klinik angewandten Technik. Bis in 4—5 cm Tiefe kann man mit Sicherheit auf eine Abtötung der Karzinomzellen rechnen. An schädlichen Nebenwirkungen sind beobachtet: Temperatursteigerungen bis 39° und 40°, allgemeine Mattigkeit und Darmbeschwerden. Prolongierte Bestrahlung kann schwere Anämie zur Folge haben. Die Strahlen wirken nicht elektiv auf das Karzinom, sondern greifen auch gesundes Gewebe an. Ausgezeichnete Erfolge sind bei Kombination der Mesothorbestrahlung mit Röntgenstrahlen in grössten Dosen [bis zu 3500 X in 20 Tagen] zu verzeichnen.)

218. — Technische Neuerungen bei der Röntgentiefenbestrahlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 8. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1136. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. S. 1545—1546. (Das Technische wird an anderer Stelle referiert. Vortragender stellt zwei durch Röntgenstrahlen geheilte Cervixkarzinome vor. Im ersten Falle handelt es sich um eine 52jährige Frau, die 1907 von Landau operiert, 1911 ein Rezidiv hatte, dessen Operation wegen starker Blasenveränderung abgelehnt wurde. Seit Herbst 1913 ist sie mit Röntgenstrahlen behandelt worden [500—800 X] und jetzt geheilt. — Zweiter Fall: 37jährige Frau mit Cervixkarzinom. Seit 16. März 1914 nur von aussen bestrahlt. Jetzt ist alles heil; allerdings hat die Patientin ein Erythem.)

219. v. Wassermann, A., Analyse der Wirkung radioaktiver Substanzen auf Mäusekrebs. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. S. 524—528. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17. S. 523—524. La Sem. méd. Nr. 22. S. 256. (Die radioaktiven Strahlen wirken direkt auf die Krebszellen, sie töten diese nicht ab, sondern sie machen sie durch Wirkung auf den Teilungs- resp. Fortpflanzungsapparat nur unfähig zur weiteren Vermehrung. Es werden die „Genozeptoren" der Krebszellen vernichtet, nicht aber die „Nutrizeptoren". Die eigentliche Abtötung erfolgt dann durch Altern der betreffenden sterilisierten Zellen bzw. durch die normalen zelltötenden Kräfte des Organismus. Man kann für die elektive Wirkung der radioaktiven Strahlen auf die verschiedenen Gewebe des Körpers ein Gesetz aufstellen: je regenerations- und proliferationsfähiger seine Zellen sind, in desto höherem Grade ist es für radioaktive Strahlen empfindlich. Alle diese Wirkungen treten aber nur bei direkter Einwirkung zwischen Strahlen und Zelle auf. Bei Mäusekarzinom genügt es schon, die Stücke etwas grösser und dicker [3 mm] zu nehmen, um eine vollständige Abtötung auch nach Stunden nicht mehr zu erzielen. Daher scheint es bei dem gegenwärtigen Stande nicht möglich zu sein, Metastasen eines Karzinoms im Innern des Organismus in wirkungsvoller Weise treffen zu können.)

220. Watrin, M., Radium thérapie dans le cancer utérin. Scalpel et Liège méd. Bd. 66. Nr. 35. S. 561—563. (Allgemeines.)

221. Weckowski, C., Radiumbehandlung maligner Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. S. 54—56. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Mai. S. 313. (Cf. diesen Jahresbericht Jahrgang 1913, dieses Kapitel, Nr. 155.)

222. — Rotationsapparat für Radiumbestrahlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. S. 743.

223. — Meine weiteren Erfahrungen in der Radiumbestrahlung maligner Geschwülste. Med. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 8. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28. S. 1388. (J. Veit.)

224. — Weitere Erfahrungen in der Radiumbestrahlung maligner Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. S. 1453. (Die Bestrahlungsquanten von 143—187 mg erwiesen sich in keinem Fall als schädlich.. Besserung von vier Fällen, die durch Röntgenbestrahlung sich verschlimmerten. Verschiedenheit der Erfolge erklärt sich durch Geschwulstsitz. Die Erfolge bei Mammakarzinom so günstig wie bei Uteruskarzinom.) (J. Veit.)

225. Weinbrenner, C., Die Behandlung der Genitalkarzinome mit Mesothorium. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. S. 181—206. (32 Fälle; Mitteilung mehrerer Krankengeschichten und mikroskopischer Befunde bei den Probeexzisionen. Resultate im allgemeinen sehr günstig. Von einer elektiven Wirkung der γ-Strahlen auf das Karzinom kann man nicht sprechen, doch sind junge erste Entwicklungsformen von Zellen, wie Karzinom-, Sarkom- oder Epidermiszellen sensibler als andere. Empfindlich sind besonders die Blutgefässe, deren Wand sich verändert, was zu einer konsekutiven Ernährungsstörung in dem bestrahlten Bezirk führt.)

226. — Weitere Erfahrungen in der Behandlung der weiblichen Genitalkarzinome mit Mesothorium auf Grund von Operationen nach der Bestrahlung. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 29. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. S. 732—735. Als Original erschienen i. d. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. S. 483—496. (Mit fünf Abb. makroskopischer Befunde auf drei Tafeln.) (Erweiterung früherer Mitteilungen. Drei Fälle, die nach der Bestrahlung operiert wurden, werden in ihrem makroskopischen und mikroskopischen Befunde ausführlich beschrieben. Allen drei Fällen gemeinsam ist die schlechte Neigung der Scheidenwunden zur Heilung. Noch lange Zeit nach der Operation ist mit der Möglichkeit einer Fistelbildung durch späteren Zerfall des hyalin degenerierten Bindegewebes zu rechnen. Prophylaktische Nachbestrahlungen werden wegen der unberechenbaren kumulativen Wirkung abgelehnt: nur regelmässige Kontrolle. — Diskussion: Siedentopf beobachtete einmal Rezidiv und einmal Cervixstriktur mit Pyometra. Ein 22 jähriges Mädchen, das wegen schwerer gonorrhoischer Adnexerkrankung bestrahlt wurde, bekam atrophische Ovarien und Uterus und wurde amenorrhoisch. Penkert hat nicht so günstige Erfahrungen und sah wiederholt Stenosen der Vagina, die Heilung vortäuschten. Habs gibt ausführlich die Technik an zur Erlangung einer „Homogenbestrahlung" von Tumoren. Wendel hält es noch verfrüht, allgemeinere Vorschriften über Anwendung und Technik festzustellen.)

227. Werner, R., Kombination der Strahlenbehandlung mit Enzytolinjektionen. Bad. Landeskom. f. Krebsforsch. Sitzg. vom 7. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 673—674. (An mehr als 600 Fällen geprüft. Bei 20% einen aussergewöhnlich guten Erfolg. In Fällen, in denen der chirurgische Eingriff schlechte Chancen bietet, oder unmöglich ist und als Nachbehandlung nach Krebsoperation soll man die radiologisch-chemische Behandlung anwenden. — Diskussion: Menge plädiert für die ausschliesslich radiologische Behandlung der krebsartigen Frauenleiden. Wilms wendet sich gegen die Anwendung des Enzytols zur Unterstützung der Strahlenbehandlung, da das Mittel die strahlenempfindlichen Gewebe, insbesondere die Haut angreife und gegen die Strahlenwirkung empfindlicher mache, nicht nur die Tumoren selbst.)

228. — Über die Grenzen der Wirksamkeit der kombinierten Strahlenbehandlung maligner Tumoren. Naturhist.-med. Verein zu Heidelberg (Med. Sekt.). Sitzg. vom 17. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. S. 1423. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1144.

229. Wetterer, J., Handbuch der Röntgentherapie, nebst Anhang: Die radioaktiven Substanzen in der Therapie. 2. Aufl. Bd. 2. (Spezieller Teil.) Leipzig, Verlag von Otto Nemnich. (1000 Seiten; 340 Textfig.; 47 Tafeln. Preis 26 Mk.) (Die Tiefenbehandlung wird eingehend erörtert, sowohl bezüglich der neuen Technik, als auch bezüglich der Wirkung auf Karzinom, Sarkom, Myom etc. — Literatur.)

230. Wickham, L. und P. Degrais, Kann das Radium in der Chirurgie bei der Behandlung maligner Tumoren von Nutzen sein? Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1913. Bd. 21. Heft 3. S. 333—340. Strahlentherapie. 1913. Bd. 3. Heft 2. S. 457—472. (Nicht gynäkologisch. Vortrag auf dem XVII. intern. med. Kongress in London, September 1913.)

231. Wilms, M., Zur Strahlenbehandlung bösartiger Geschwülste. Naturhist.-med. Verein zu Heidelberg (Med. Sekt.) Sitzg. vom 17. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. S. 1423. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1144. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1452. (Allgemeines zur Frage, wie die kombinierte Behandlung der Karzinome mit unserer Kenntnis über die Entstehung und das Wachstum der Geschwülste harmoniert und in welcher Weise durch diese Methoden die normalen Abwehrbestrebungen des Organismus gegenüber dem Karzinom unterstützt werden.)

232. Witzel, O., Strahlenbehandlung der chirurgischen bösartigen Neubildungen, besonders beim Karzinom. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. 60. Sitzg. vom 24. Mai.

Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. S. 167—168. (Übersicht. — Hauptarbeit Operation; Vorarbeit Röntgenstrahlen; Rest auch Strahlentherapie.)

233. Zweifel, P., Erfahrungen über Mesothoriumbehandlung. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 26. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. S. 1584. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. S. 1562. Als Original erschienen im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. S. 1089. (Technik. — Vorzeigung von Lumièrephotographien, die augenscheinlich eine sehr starke Einwirkung des Mesothorium auf die Karzinomzellen beweisen. Im letzten Präparat einer Reihe, die von einem Vulvakarzinom gewonnen wurde, ist nur noch eine einzige Zelle im Schnitt getroffen. Die in gewissem Sinne elektive Wirkung der radioaktiven Substanzen hat ziemlich enge Grenzen, was durch die Klagen zweier Kranken über fürchterliche Tenesmen im Unterleib mit Abgehen von Gewebsfetzen per anum erwiesen wurde. Die Dauerheilungsziffer der operativen Behandlung des Uteruskrebses beträgt in der Leipziger Frauenklinik 51 % resp. 44,5 %. Die der Strahlenbehandlung kann erst nach fünf Jahren festgestellt werden. Verf. empfiehlt deshalb seinen Kranken immer noch die Operation als sicherstes Mittel. Verf. macht den Vergleich zwischen der Einwirkung der Strahlen auf das Karzinom und den Einfluss einer Streptokokkenentzündung in der Umgebung auf das Karzinom. Durch letztere wurde jedoch bis jetzt noch nie ein Karzinom des Uterus geheilt, sondern nur Hautkarzinome. — Diskussion (Sitzg. vom 9. Juni; Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. S. 1707—1708): Littauer demonstriert zwei Uteri krebskranker Frauen, acht Wochen nach Abschluss der Bestrahlung exstirpiert, in denen nichts Karzinomatöses zu finden ist. Heineke. Thies berichtet über einen Fall und zeigt Präparate, aus denen hervorgeht, dass die Mesothoriumstrahlen nicht bis in die tieferen Teile des Uterus eindringen und Bestrahlung beim Vorhandensein von tiefergelegenen Metastasen also zwecklos ist. Deshalb kann die Strahlenbehandlung nur für ganz gewisse Fälle reserviert bleiben; alle operablen Fälle müssen operiert werden. Payer. Zweifel, Schlusswort, in dem er noch auf die Dauererfolge der Karzinomoperation eingeht und Schweitzer, der noch den Sektionsbefund eines bestrahlten Falles mitteilt, in dem deutlich Nachwucherung frischer Karzinomzellen nachgewiesen wurde.)

Radium- resp. Mesothoriumbestrahlung.

Zur Orientierung über den **heutigen Stand** und die **Aussichten** der Karzinombestrahlung mit radioaktiven Stoffen können dienen die Publikationen von Altschul (5; Heidelberger Samariter-Haus), Bertolotti (16; Italienisch), Heidenhain (76), Kirstein (104), Krakowski (114; Dissertation), Ledoux-Lebard (132), Meidner (143), Ch. Müller (151), Pankow (164), Pierra (168), Sluys (198), Stern (199), v. Seuffert (195), Thomas (207), Turner (208), Wetterer (229) u. a.

Die **Biologie der Strahlenwirkung** liegt noch im Dunkeln, obschon viele Untersucher sich mit ihr beschäftigt haben. Grössere Arbeiten auf diesem Gebiete stammen von Heineke (82), Keetman (101), Krönig und seine Mitarbeiter (121), Lazarus (130), Lazarus-Barlow (131), Morson (149), Ch. Müller (152), Ricker und Foelsche (175), v. Wassermann (219) u. a.

Mit **Tierversuchen** beschäftigten sich Pentimalli (106), der fand, dass Mäusekarzinom so gut wie unempfindlich gegen die γ-Strahlen des Radiums und Mesothoriums zu sein scheint, v. Wassermann (219) und Wedd, Morson und Russ (cf. Kapitel „Karzinome“, Nr. 288), welche letzteren Autoren bei Mäusen mittelst bestrahlten Tumorgewebes eine Immunität gegen Mäusekarzinom hervorrufen konnten. Schiffmann (190) hat die Ovarialveränderungen beim Meerschweinchen unter Einfluss der Radium- resp. Mesothoriumbestrahlung studiert.

Die **biologische Reichweite der Strahlen** wird noch verschieden eingeschätzt und von Bumm (26), Henkel (83) u. a. auf 4—5 cm, von v. Wassermann (219) auf etwa 3 cm und von Krönig (120) auf 10 cm festgesetzt. Über diese Tiefen hinaus wurden selbst bei objektiv gelungenen Bestrahlungen häufig noch lebensfähige Krebsherde zurückgefunden: Aschheim (9), Bumm (26), Oberndorfer (159), Rubin (184) u. a. Letzterer untersuchte histologisch die nach vollendeter Bestrahlung radikal operierten karzinomatös erkrankten Uteri und konnte bei 16 von 18 derselben noch Reste des Karzinoms in der Tiefe der Uteruswand nachweisen.

Über die **histologischen Veränderungen** im Tumor unter Einfluss der Strahlenwirkung ist Näheres zu finden in den Publikationen von Aschheim (9), Degrais und Bellot (37),

Dominici (49), v. Hansemann (73), Heimann (80), Heineke (82), Hueter (90), Krönig und seine Mitarbeiter (121), Lahm (126), Morson (149 und 150), Rubin (184), Versé (211), Zweifel (233) u. a.

Die **elektive Wirkung** der Strahlen auf die Krebszellen wird noch nicht einstimmig zugegeben. Henkel (83) lehnt sie ab; ebenso Dieffenbach (43), Wertheim (Diskussion zu Latzko, Nr. 128), Oberndorfer (159), Warnekros (217) und Weinbrenner (225). Dagegen glauben Krönig und seine Mitarbeiter (121), Rubin (184), v. Seuffert (195), Zweifel (233) u. a. sie als bewiesen annehmen zu können, wenn sie auch nach letzteren in ziemlich engen Grenzen bleibt. v. Wassermann (219) stellt für die elektive Wirkung der radioaktiven Strahlen auf die verschiedenen Gewebe des Körpers folgendes Gesetz auf: je regenerationsfähiger und proliferationsfähiger die Zellen sind, in desto höherem Grade ist das Gewebe für die radioaktiven Strahlen empfindlich.

Die **Indikationen** zur Bestrahlung kommen natürlicherweise in zahlreichen Arbeiten zur Sprache, die hier nicht alle erwähnt werden können. Hervorgehoben seien nur die von Altschul (5; Indikationen des Heidelberger Samariter-Hauses), Bayet (12), de Courmelles (35), H. Freund (61), Koblanck (108), J. Lewin (135), Schauta (189) und Wickham und Degrais (230). Die **Grenzen der Radiumbehandlung** werden nach Bayet (13) gebildet von: 1. der verschiedenen Radiosensibilität der Tumoren, die abhängig ist von der histologischen Struktur, dem biologischen Typus, der Lokalisation in bestimmtem Gewebe, der Entwicklungsperiode usw.; 2. der Tiefenlage des Tumors; 3. der verfügbaren Radiummenge und 4. der Gefahr der Metastasierung während der Zeit, die für die Bestrahlung nötig ist. Aus dem Vergleich der biologischen Wirkung der **Röntgen- und Radiumstrahlung** und dem Befund, dass erstere eine hervorragend günstige Wirkung hat auf die Umgebung, letztere mehr insbesondere das Karzinomgewebe selbst beeinflusst, kommt Hernaman-Johnson (85) zum Schluss, dass bei inoperablen Tumoren ein Radiumröhrchen in das Geschwulstzentrum eingeführt werden soll, während die Geschwulstumgebung und die Metastasen mit Röntgenstrahlen behandelt werden.

Auch **beginnende Karzinomfälle** zu bestrahlen haben sich bisher entschlossen: Dobbert (45), der damit der noch so grossen Mortalität der Radikaloperationen entgegen treten will, Döderlein (46), der im September 1914 die erste Karzinomoperation seit Februar 1913 machte, Krönig (121), Menge (144), Ch. Müller (154), v. Seuffert (195) u. a. — Rovsing (183a) warnt davor, da er sie als unzulässig betrachtet.

Zahlreiche Autoren des In- und Auslandes haben ihre **Resultate** mit der Bestrahlung von malignen Geschwülsten mit strahlenden Substanzen veröffentlicht. Nur die Arbeiten, die über eine grössere Anzahl von Fällen berichten, sollen hier Erwähnung finden.

Allmann (3) hat von 85 Kranken bisher nur 15 verloren. 15—20 inoperable Fälle wurden durch die Behandlung operabel; 15 mit Rezidiven resp. die eine Operation ablehnten, sind beschwerdefrei und arbeitsfähig geworden. Die anderen sind noch in Behandlung. — Die bisherigen Resultate an der kgl. II. gynäkologischen Univ.-Klinik in München an 52 Fällen werden von Amann (6) mitgeteilt. Sie sind in die Augen springend; durch keine andere Methode ist bisher auch nur ähnliches erreicht worden. — Braude (20) veröffentlicht die Erfahrungen der Strassmannschen Klinik, welche sehr günstig sind. Von 44 Kranken wurden 20 klinisch „geheilt". Sie datieren aber alle erst seit einem Jahre. — De Courmelles (33) hat bisher unter 100 inoperablen Karzinomen 70 durch Bestrahlung mit Radium für 1—4 Jahre geheilt. — Dobbert (45) teilt die Krankengeschichten von 44 bestrahlten Fällen mit. Die Erfolge entsprechen den bekannten, auch von anderen Autoren erzielten objektiven und subjektiven Besserungen. Heimanns Material (81 und 124) setzt sich aus 60 inoperablen Uteruskrebsen und Rezidiven zusammen. Er hatte zum Teil ausgezeichnete Resultate. Dagegen konnte Hölder (88) an 26 Krebsfällen keine genügenden Resultate erzielen. Jacobs (93) berichtet über vier, Kassogledow (99) über acht bestrahlte Fälle, über deren Zustand die Autoren jetzt ausserordentlich zufrieden sind. Koblanck (108) hat 36 Uterus- und Scheidenkrebse bestrahlt und nennt die Resultate günstig (!). Köhler und Schindler (109) verloren von 11 Frauen eine; vier sind noch in Behandlung; bei den sechs anderen sind die Tumoren vollkommen verschwunden und Metastasen anscheinend nicht vorhanden. Auf dem 43. Kongress der Deutschen Ges. f. Chir. (32) und auf dem 31. Kongress für innere Medizin (202) wurden von zahlreichen Rednern Erfahrungen mit der Strahlentherapie mitgeteilt. Auch Krönig (119) berichtet über seine weiteren Resultate mit der nicht-operativen Behandlung des Krebses. Lorey (137) hatte die günstigsten Erfolge seiner kombinierten Radium-Mesothorium-Röntgenbestrahlung bei 26 Krebsen der weiblichen Genitalien. Mansfeld (139) bestrahlte seit Juli 1913 24 inoperable Fälle

von Uteruskrebs; er nennt die Resultate glänzend. Die Erfahrungen der Tübinger Frauenklinik (140) gehen über 13 inoperable Fälle und sind bisher günstig. Pankow (163) berichtet über 50 Fälle, Pinch (170) über die Arbeit des Londoner Radiuminstituts. Rupp (185) hatte an 16 Patientinnen gute Erfolge. Sachs (187) konnte von sechs Karzinomen drei günstig beeinflussen; bei den drei anderen wuchs der Tumor im Anschluss an die Bestrahlung stärker als zuvor. Schauta (189) bezeichnet von 22 Patientinnen 11 als primär geheilt. Schweitzer (193) hatte bei 8, Seitz (194) ebenfalls bei 8, Sielmann (196) bei 16, Ulesko-Stroganowa (210) ebenfalls bei 16, Vogt (212) bei 8, Weinbrenner (225) bei 32 Karzinomkranken günstige Erfolge. Werner (227) hat die Strahlenbehandlung an mehr als 600 Fällen geprüft und hatte bei 20% einen aussergewöhnlich guten Erfolg.

Weiter teilen noch Baisch (10), Meidner (142), Pinkuss (171), Weckowski (224) u. a. Erfahrungen an eigenem Material mit. Die „Medizinische Klinik" richtete eine Umfrage (201) an den bedeutendsten deutschen Gynäkologen über die Bedeutung der Strahlentherapie für die Gynäkologie.

Ein diffuses Peritonealkarzinom Freunds (61) blieb unbeeinflusst.

Die **Heilungsmöglichkeit** beim heutigen Stande der Strahlentherapie wird für das Uteruskarzinom durch Aschheim (9) berechnet auf 40% und Schauta (189) bezeichnet von seinen 22 Patientinnen 11 = 50% durch die Radiumbehandlung als primär geheilt.

Solange jedoch noch nicht **Dauerresultate** vorliegen, solange kann von einer definitiven „Heilung" noch nicht die Rede sein. Und was die Dauerresultate betrifft, behaupten sowohl Diefenbach (43), der angeblich aus 11 jähriger Erfahrung spricht, wie Williamson (Diskussion zu Pinch, Nr. 169) u. v. a. trotz zeitweiser objektiver und subjektiver scheinbarer Heilung noch niemals dauernde Heilung gesehen zu haben.

Trotzdem wissen aber doch mehrere Autoren über erheblich lange **Rezidivfreiheit** einzelner bestrahlter Fälle zu berichten. So u. a. de Courmelles (33), Degrais und Bellot (36), Monod (148; bis vier Jahre), Jayle (95; über drei Jahre) und Faure (Diskussion Legueu, Nr. 133; $3\frac{1}{2}$ Jahre).

Heynemann (86) beschreibt seine **kystoskopischen Befunde** bei bestrahlten Kollumkarzinomen und ihre praktische Verwendung.

Flatau (58) schlägt vor, ein bestimmtes Schema festzustellen, nach dem die Resultate der Strahlenbehandlung einheitlich zu beurteilen sind und zur vergleichsgültigen Beurteilung der Erfolge dienen können.

Behla (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 17) konnte in seinen Statistiken über die Gesamtmortalität an Krebs in Preussen im Jahre 1913 noch keine Abnahme der Sterblichkeit an Gebärmutterkrebs unter Einfluss der Strahlentherapie feststellen.

Besonders ausführlich beschriebene oder in anderer Weise besonders interessante **kasuistische Fälle** sind von Hueter (90), Jacobs (91 bis 93), Rouffart (182), Rouhier und Fabre (183), v. Streit (204), Uhle (209), Walthard (214), Warnekros (218) u. a. veröffentlicht worden.

In einigen Fällen bot sich die Gelegenheit, nach vollendeter Bestrahlung die Umgebung des vorher karzinomatös erkrankten Gewebes mikroskopisch zu untersuchen. In den Fällen von Legueu und Chéron (133), Schauta (189), Littauer (Diskussion zu Zweifel, Nr. 233) u. a. konnten dabei **keine Krebsherde mehr** nachgewiesen werden. Probeexzisionen an der Lebenden sollen nach Aschheim (9) praktisch keineswegs einen Gradmesser für die zunehmende Heilung der Neubildung sein.

Einen **das Wachstum des Tumors anregenden** Effekt der Bestrahlung wurde von Le Bec (14), v. Hansemann (73), Rubin (184), Sachs (187) u. a. beobachtet. Rubin (184) teilt mit, dass von 9 operablen Fällen der Wertheimschen Klinik zwei durch die Radiumbehandlung inoperabel wurden.

Misserfolge der Bestrahlungstherapie werden von Dobbert (44), Döderlein (46), Hölder (88), Newzomet (157), Pothérat (172) u. a. bekanntgegeben. Williamson (Diskussion zu Pinch, Nr. 169) behauptet, ohne Ausnahme gesehen zu haben, dass nach vorläufiger Besserung der Symptome das Karzinom später plötzlich in erhöhtem Masse zu wuchern anfing. Diefenbach (43), der angeblich aus 11 jähriger Erfahrung spricht, soll nur zeitweise aber nie andauernde Heilung gesehen haben.

Dass die **Operation** nach einer vorbereitenden Bestrahlung **erschwert** sein kann, geht aus der Veröffentlichung von Thévénard (206) hervor.

Was die **Wirkung auf die Metastasen** betrifft, glaubt Morson (149) eine solche in gewissem Grade erzielt zu haben. Sachs (187) hält sie für möglich im Sinne einer Fernwirkung durch das in die bestrahlten Zellen entstehende Cholin. Nach Seitz (194) ist sie

gering. v. Wassermann (219) hält es beim gegenwärtigen Stande der Strahlentherapie nicht für möglich, Metastasen eines Karzinoms im Innern des Organismus in wirkungsvoller Weise zu treffen.

In vielen Fällen werden im Anschluss an eine Bestrahlungsbehandlung **Allgemeinerscheinungen** beobachtet. Diese treten auf entweder in Form von Intoxikationserscheinungen, als Störungen von seiten des Nervensystems, Appetitmangel, Gewichtsverlust, Temperatursteigerungen: Allmann (3), Dobbert (44), Latzko (128), Warnekros (217) u. a., oder als Anämie, schwerste Kachexie, Nierenstörungen, peritoneale Reizung: Henkel (83), Warnekros (217) u. a., oder schliesslich in Form von Darmtenesmen, Blasenstörungen usw.: Allmann (3), Braude (20), Peham (165), Koblanck (108) u. a.

Meyer (145) beschreibt zwei Fälle von äusserst schwerer Infektion infolge intrauteriner Anwendung des Radium.

Die Doktorarbeit von Fürstenberg (63) beschäftigt sich mit der Beeinflussung des **Blutbildes** durch die Röntgenstrahlen und die radioaktiven Substanzen.

Auch **lokale Schädigungen** werden mehrfach bekannt gegeben. Bucky (23) sah tiefe Geschwüre der Haut, des Gesässes, der Schamgegend und eine Blasenscheidenfistel bei einer Patientin eintreten, die früher als besonders günstig verlaufener Fall auf einem Kongress demonstriert worden war. Wagner (213) teilt einen ganz ähnlichen Fall aus der Klinik Wertheim mit. Dolz (48) bearbeitete dieses Thema zu einer Dissertation. Auch Fischer (56) und Legueu (133) sahen Durchbrüche in Blase und Rektum. Ein Karzinom, das nach Bestrahlung auf einer lupös veränderten Haut entstanden war, wird von Harzbecker (75) beschrieben. Koblanck (108) hat bisher an seinen Fällen bei sieben Kranken neun Fisteln infolge der Bestrahlung entstehen sehen; auch Scheiden- und eine Darmstenose und enorme Brüchigkeit des Darmes. Scheiden- und Cervixstenosen werden auch von Siedentopf und Penkert (Diskussion zu Weinbrenner, Nr. 226) beschrieben. In einem von Köhler und Schindlers Fällen (109) entstand eine Rektovaginalfistel. Am leichtesten lassen sich die Lokalschädigungen wohl als Folge der Sekundärstrahlung an den Filtern erklären. Rektumschädigungen wurden von Latzko und Wertheim (128) und Rubin (184) beschrieben. Pankow (163) hielt einen Vortrag über die Mastdarm- und Blasenschädigungen bei der Radium- und Mesothoriumbehandlung des Uteruskrebses.

Über die **Technik der Bestrahlung** wird in einem anderen Kapitel: „Elektrizität usw." berichtet. Die Frage der **Dosierung** der Strahlen ist immer noch nicht entschieden. Für die Anwendung kleinerer Dosen über lange Zeiträume verteilt haben sich u. a. Bucky (23), de Courmelles (35), v. Hansemann (74), Henkel (84), Köhler und Schindler (109), Pagenstecher (161) und Wagner (213) ausgesprochen. Dagegen wollen Allmann (4), Krönig (121), Sachs (187) u. a. möglichst hohe Dosen auf einmal verabreichen.

Arzt und Schramek (8) schlagen die **intratumorale Radiumbestrahlung** maligner Geschwülste vor. Dagegen fürchtet Mansfeld (139) schon von der intrauterinen Anwendung, dass die Manipulationen im karzinomatösen Gewebe die Virulenz der Bakterien erwecken und zu Peritonitis führen können. Und in der Tat publiziert Meyer (145) zwei Fälle, bei denen nach endozervikaler Radiumapplikation einmal eine schwere, parauterine Entzündung des ganzen Beckenbindegewebes und der Adnexe mit Ausgang in Heilung, einmal nach gleicher Behandlung eine foudroyante Sepsis auftrat, die in kurzer Zeit den Exitus herbeiführte. Auch Braude (20) zieht bei Kollumkarzinom die vaginale vor der intrazervikalen Applikation vor.

Besondere Methoden der Bestrahlung geben Haret (74), de Keating-Hart (100) und Nassauer (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 197) an. Ersterer will auf elektrischem Wege die Radiumionen in das Innere des Tumors hineinbringen und behauptet mit diesem Verfahren gute Resultate erzielt zu haben. Nassauer hat radioaktive Bolus in die Scheide gebracht.

Viele Autoren kombinieren die Strahlenbehandlung mit der **Injektion von kolloidalen Metallen**, wie Cholin, Enzytol, Elektroselenium und -kobalt, Radium-Barium-Selenat u. a. Darüber berichten Allmann (3 und 4), Daels (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 55), Henkel (84), Hölder (88), Keil (103), Klotz (106), Mayer (140), Nahmmacher (156), Rapp (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 224), Sielmann (196), Seitz (194), Vogt (212) u. a. Ersterer injizierte auch Serum von bestrahlten Patienten zur Verstärkung der Strahlenwirkung.

Die meisten Autoren sehen Vorteile in dieser **Kombination von Radio- und Chemotherapie**, aber gerade die drei zuletzt genannten sind etwas zurückhaltend in ihrem Urteil. Und Ritter und Allmann (179), die experimentelle Untersuchungen an der Haut hoffnungsloser Karzinomkranker vornahmen, fanden dabei, dass bei gleichzeitiger Behandlung mit

Röntgenstrahlen bzw. Radiumpräparaten und Enzytol die Haut nur etwa die Hälfte der Strahlenmenge ohne Erythem vertrug. Es bleibt daher zu untersuchen, ob das Enzytol imstande ist, die andere Hälfte der Strahlenmenge, die mit Rücksicht auf die Haut nicht appliziert werden kann, hinsichtlich der Wirkung auf den Tumor zu ersetzen. Schädigungen des Gesamtorganismus durch das Enzytol traten, abgesehen von den schnell vorübergehenden, allerdings recht schweren Kollapszuständen, nicht in Erscheinung. Wilms (Diskussion zu Werner, Nr. 227) wendet sich aus denselben Gründen wie die vorigen gegen die Anwendung des Enzytols. Dagegen findet dieses Präparat in Werner (227) einen warmen Fürsprecher.

Röntgentherapie.

Viele der vorerwähnten Arbeiten beziehen sich nicht auf eine ausschliessliche Radium- resp. Mesothoriumbestrahlung, sondern auf eine kombinierte Röntgen-Radium-Behandlung.

In der **biologischen Wirkung** der härtesten Röntgen- und der γ-Strahlen des Radium dürfte immerhin ein gewisser Unterschied nicht zu verkennen sein. Den Vergleich ihrer Wirkungen auf Karzinomgewebe hat Hernaman-Johnson (85) angestellt. Die Röntgenstrahlen sollen eine hervorragend günstige Wirkung auf die Umgebung des Krebses haben, während die Radiumstrahlung mehr insbesondere das Karzinomgewebe selbst beeinflusst. Deshalb soll bei inoperablen Tumoren ein Radiumröhrchen in das Geschwulstzentrum eingeführt werden, während die Geschwulstumgebung und Metastasen mit Röntgenstrahlen behandelt werden sollen, die schmerzlindernd wirken, Ulzerationen verhindern und äussere Knoten verschwinden lassen. Auch Keetman (101) kommt aus seinen Beobachtungen zum Schluss, dass ein Unterschied in der biologischen Wirkung zwischen Röntgen- und Radiumstrahlen angenommen werden muss. Kommen die gleichen Energiemengen beider Strahlenarten im Gewebe zur Absorption, so ist die biologische Wirkung nicht die gleiche. Krönig (120) hält ebenfalls die beiden Strahlenarten nicht für gleichwertig. In der Praxis können sie aber vielleicht doch gleichwertig sein oder gemacht werden: Dessauer (42), Schiffmann (190), H. E. Schmidt (191), v. Seuffert (195), Warnekros (218) u. a.

Es ist denn auch in letzter Zeit versucht worden, **die Radiumbestrahlung durch die Behandlung mit sehr harten Röntgenstrahlen ganz zu ersetzen.** Besonders Bumm und Warnekros (27 und 28), Dessauer (38 bis 42), Strebel (203) u. a. haben sich darum bemüht und die Erfolge, von denen sie berichten, sind sehr günstig. Auch nach dem alten Verfahren, ohne die ausserordentlich grossen Dosen der Bummschen Klinik in Anwendung zu bringen, lassen sich gute **Resultate** erzielen. Nach Amann (7) handelt es sich nunmehr um die Erzeugung ganz anderer Strahlenarten unter bestimmten physikalischen und technischen Voraussetzungen neuer Art. Seine Erfahrungen an 52 eigenen Fällen sind sehr gute. Nach Pagenstecher (161) hat die Methode der kurzzeitigen Intensivbestrahlung die Gefahr der Metastasenbildung; bestimmte Gewebsbezirke erhalten zu leicht eine Reizdosis. Man sollte täglich bestrahlen, aber länger und härter, und diese mehrstündigen Dauerbestrahlungen entsprechend oft wiederholen. Wirkliche Heilungen hat Pagenstecher bei seinen 150 inoperablen Tumoren nicht gesehen, obschon die Uteruskarzinome am günstigsten beeinflusst wurden. Auch die Erfahrungen Gambaroffs (64) sind weniger ermutigend. Nur in einem Falle von beginnendem Vaginalkrebs trat völlige Heilung ein, sonst in allen Fällen nur eine Besserung der klinischen Erscheinungen. Dasselbe Resultat hatte Borell (18) bei seinen Karzinombestrahlungen mit grossen Dosen. Kotzenberg (113) berichtet, dass von seinen 13 inoperablen Uteruskrebsfällen durch Röntgenbestrahlung fünf gebessert, resp. klinisch geheilt sind.

Was die **Röntgenbeschädigungen** betrifft, wird von Monheim (147) eine schwere Verbrennung im Anschluss an die Intensivbestrahlung und von Warnekros (218) die Entstehung eines Erythems mitgeteilt. Nach Amann (7) soll sogar die Verbrennung zweiten oder dritten Grades noch innerhalb weniger Wochen glatt verheilen.

Regaud und Nogier (174) teilen mit, dass bei einzelnen malignen Tumoren nach einiger Zeit eine **Abnahme der Radiosensibilität** eintritt, deren Ursache wahrscheinlich in Blutveränderungen durch Resorption von Zellzerfallsprodukten zu suchen ist. Für die Praxis empfehlen sie deshalb die Intensivbestrahlung in möglichst kurzem Zeitraum zu Ende zu führen.

Zur Verstärkung der Strahlenwirkung wird von de Keating-Hart (100) die **Thermoradiotherapie** empfohlen, nach dem Grundsatze, dass je wärmer ein Gewebe ist, um so empfindlicher für die Bestrahlung und umgekehrt. Dieselben Resultate wie sonst werden mit kleineren Dosen erzielt.

Frankl und Kimball (60) haben gefunden, dass die harte Röntgenbestrahlung nicht bloss die Tumorzelle selbst, sondern auch den Nährboden des Tumors zu beeinflussen vermag, woraus eine bedeutsame Hemmung des Tumorwachstums resultiert.

Karzinom und Schwangerschaft.

1. Andrews, H. R., Demonstration of a carcinomatous uterus removed after performing caesarean section. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 2. Juli. Ref. The Lancet. Nr. 4742. 18. Juli. S. 159. (39 jährige Frau. Das Karzinom der vorderen Cervixwand hatte während der Schwangerschaft keine Symptome gemacht und war an der Oberfläche nicht ulzeriert. Der äussere Muttermund war so rigide, dass nach 24 stündlichen kräftigen Wehen die Geburt nicht weiter kam. Kaiserschnitt mit nachfolgender Uterusexstirpation.)
2. Berecz, J., Karzinom und Gravidität. Sectio caesarea. Wertheimsche Operation. Ungar. Ärzteverein, Budapest. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. S. 804—805. (Bei operablen Fällen: ohne Rücksicht auf die Frucht Radikaloperation. Bei inoperablen Fällen: das Kind zu erhalten suchen durch Abwarten bis ans Ende der Gravidität. — Mitteilung eines Falles einer X para mit Portiokarzinom, die am Ende der Gravidität die Klinik aufsuchte und bei der mit gutem Erfolg Kaiserschnitt mit nachfolgender Wertheimscher Operation — leicht — vorgenommen wurde.)
3. Casalis, R. et R. Lecocq, L'accouchement par hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus; l'enfant étant vivant. Ann. de gyn. et d'obst. Nr. 2. S. 67—71. (Die Operation wurde auch einmal — mit Erfolg für Mutter und Kind — bei einem Portiokarzinom ausgeführt. Übrigens dieselben Indikationen wie beim Porro.)
4. Döderlein, A., Gravidität und Karzinom. Gyn. Ges. zu München. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. S. 390. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. S. 677. (Die Gravidität wurde unterbrochen, das Karzinom bestrahlt. Jetzt nichts mehr von Karzinom zu sehen oder zu tasten.)
5. Ferrari, E., Cancer du col de l'utérus; Wertheim pendant les suites de couches; métastases multiples. Réunion obst. et gyn. d'Alger. Sitzg. vom 25. April. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5. S. 414—415. (Die vor 21 Monaten im Wochenbett operierte Kranke — siehe diesen Jahresbericht Bd. 27 [1913] „Karzinom und Schwangerschaft" Nr 1a — hat jetzt zahlreiche Metastasen unter der Haut, in den Muskeln, den Knochen, in der Niere. In der Vagina ist kein Rezidiv nachweisbar. — Diskussion: Fuster sowohl wie Cabanes haben ähnliche Fälle von allgemeiner Karzinose nach abdominaler Totalexstirpation gesehen. Letzterer hat in seinem Fall über 300 kleine metastatische Tumoren gezählt.)
6. Gemmell, J. E., Carcinoma of the cervix which had commenced during a pregnancy. North of England Obst. and gyn. Soc. Sitzg. in Liverpool am 20. Febr. Ref. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 4. S. 226. The Brit. med. Journ. Nr. 2776. 14. März. S. 596. (34 jährige VIII para. Am Ende der Schwangerschaft Blutungen. Entbindung ungestört. Später abdominale Uterusexstirpation. Heilung.)
7. v. Graff, E., Über den Einfluss der Gravidität auf das Wachstum maligner Tumoren. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. S. 7—9. (Cf. Jahrg. 1913 dieses Jahresberichts, dieses Kapitel Nr. 4.)
8. Recasens, S., Die totale Gebärmutterabtragung als Ersatz für den Kaiserschnitt in Fällen von Infektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. (Bei einer Frau im siebenten Monat mit ausgedehntem Cervixkarzinom machte Verf. die Totalexstirpation. Aus dem sofort eröffneten Uterus gelang es, ein lebendes Kind zu entfernen.)
9. Sullivan, R. Y., Pregnancy and labor complicated by carcinoma of the cervix uteri. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 62. Nr. 22. 30. Mai. S. 1715—1716. (Kasuistisch. 34 jährige V para. Weil das Karzinom inoperabel, sollte die spontane Geburt abgewartet werden. In der 32. Woche Frühgeburt, Kaiserschnitt und abdominale Amputation des Corpus uteri. Das Karzinom wird vaginal kauterisiert. Nach sechs Wochen Exitus.)

10. Walls, W. K., A case of caesarean section and Wertheims hysterectomy. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 17. April. Ref. Brit. med. Journ. Nr. 2784. 9. Mai. S. 1020. (Schwangerschaft im siebenten Monat und Karzinom der Cervix. Zystische Ovarien.)

Sarkome.

(Siehe auch unter „Myome“ und „Strahlentherapie der Myome“.)

1. Abbe, R., Die Anwendung von Radium bei Karzinom und Sarkom. Strahlentherapie. Bd. 4. Heft 1. (Vorwiegend nicht-gynäkologische Fälle. Durch die richtige, genügend grosse Dosis Gammastrahlen [„Kreuzfeuer“] lässt sich Degeneration und Resorption der Zellen herbeiführen. Gesundes Gewebe ist zweifellos viel widerstandsfähiger gegenüber den Radiumstrahlen als die Zellen maligner Tumoren.)
2. Beckmann, W., Zur Kenntnis der heterologen mesodermalen Neubildungen des Gebärmutterhalses. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. S. 566—596. (Cf. Bd. 27 dieses Jahresberichtes, Kapitel „Sarkome“, Nr. 2.)
3. Blumenthal, F. und C. Lewin, Behandlung von Sarkomratten mit den Extraktstoffen des eigenen Tumors. Ther. d. Gegenw. Nr. 3. S. 115—118. (Im Vergleich mit den auf intravenösem Wege erreichten Erfolgen der chemotherapeutischen Versuche sind die Ergebnisse der Tumorautolysatbehandlung besser, namentlich, wenn man nur die lebenden geheilten Tiere als Erfolg gelten lässt. Die Wirkungen, die das charakteristische Merkmal der Metalleinwirkung bei der Chemotherapie sind, treten bei der Tumorextraktbehandlung sehr viel geringer in Erscheinung. Grössere Blutungen haben die Autoren selten in den Tumoren gefunden; starke Erweichungen mit Verflüssigung und Nekrosenbildung kommen weniger selten vor und haben häufig trotz der Rückgänge der Tumoren den Tod herbeigeführt. Die langsamere Wirkung ist der Vorteil der Tumorextraktbehandlung. Meist resorbieren sich allmählich die Tumoren unter geringem Weicherwerden und diese Art der Heilung ermöglicht, einen hohen Prozentsatz geheilter Tiere am Leben zu erhalten.)
4. Blumenthal, N. und E. Fränkel, Untersuchungen mit der Meiostagminreaktion (Ascoli und Isar). Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. S. 1996—1997. (Cf. Kapitel „Karzinome“, Nr. 24.)
5. Davies, T. B., A case of sarcoma of the cervix uteri. Sect. of obst. and gyn. of the royal Soc. of Med. Sitzg. vom 3. Dez. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1100. (Unverheiratete 29jährige Frau, die seit drei Wochen geblutet hatte. Der weiche Tumor der vorderen Muttermundslippe füllte die halbe Vagina; der Uteruskörper war nicht vergrössert. Mikroskopisch Spindelzellensarkom. — Vortragender demonstriert weiter noch ein typisches Spindelzellensarkom des breiten Bandes, das in keiner Weise mit dem Uterus in Verbindung stand.)
6. Donald, A., Endothelioma of the cervix. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 1. S. 44—45. (Kasuistisch. Mit einer Abbildung.)
7. Ehrlich, F. B., Fall von primärem Sarkom der Portio. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 23. April. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1142. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. S. 1142—1146. (Sehr ausführlich!) (Zirkumskriptes Geschwür an der wulstigen Portio, welches makroskopisch ein sicheres Karzinom zu sein schien. Vaginale Uterusexstirpation nach Freund-Wertheim, weil die Parametrien nicht infiltriert waren und Drüsenmetastasen nicht festgestellt werden konnten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Rund- bzw. Gemischtzellensarkom handelte. In der Geschwulst wurde ein eigentümliches bräunliches Pigment gefunden, das aber für Melanosarkom keinen Anhalt bot. Auch der Verlauf des Falles — Wohlbefinden vier Jahre nach der Operation — spricht gegen die Annahme eines Melanosarkoms.)
8. Fränkel, E., Weitere Untersuchungen mit der Abderhaldenschen Reaktion bei Karzinom, Sarkom und Tuberkulose. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. S. 589 bis 590. (Cf. Kapitel „Karzinome“, Nr. 89.)
9. Geist, S. H., A contribution to the histogenesis of sarcomatous change in uterine fibromyomata. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. 1913. Bd. 68. Nr. 6. S. 1053—1063. (Die sarkomatöse Umwandlung nimmt vom Muskelgewebe,

nicht vom Bindegewebe ihren Ausgangspunkt. Es handelt sich also weder um „Degeneration", noch um regressive, sondern im Gegenteil um progressive Veränderungen. An der Hand zweier selbst beobachteter Fälle werden diese Umwandlungen genau histologisch verfolgt und an instruktiven Bildern demonstriert. — Unter 250 Fällen von Myom wurde 12 mal sarkomatöse Umwandlung gefunden. In neun dieser Fälle handelte es sich um multiple Myome mit einem solitären Sarkomherd. Fünf Fälle waren reine Spindelzellensarkome, ein Fall ein Rundzellensarkom, sechs waren von gemischtem Typus.)

10. Glynn, E. and W. Blair Bell, Rhabdomyosarcoma of the uterus. Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 1. S. 1—12. (Krankengeschichte zweier Fälle. 62 bzw. 75 jährige Frauen. Beide Male sass an der hinteren Wand ein die ganze Uterushöhle ausfüllender Tumor, welcher aus einem spindelzelligen Stroma mit eingelagerten, embryonalen, quergestreiften Muskelfasern und vielkernigen Zellen [Sarkoblasten] bestand. Aus der Literatur vermochten die Verff. 20 Fälle derartiger Uterusgeschwülste zu sammeln, die ausführlich mitgeteilt werden. 14 davon endigten letal trotz Operation. Diese Neubildungen gehören zu den mesodermalen gemischten Geschwülsten und entstehen wahrscheinlich durch Versprengungen embryonalen mesodermalen Gewebes. — 12 Abbildungen.)

11. Harmer, Coleys fluid in treating inoperable sarcoma. Boston med. and surg. Journ. Nr. 7. August. (Resultate an 32 Fällen; genau beobachteter und mikroskopisch kontrollierter Verlauf und Erfolg der Behandlung. In sechs Fällen vollständige Heilung; diese werden ausführlich mitgeteilt. Die Coleysche Flüssigkeit ist eine Mischung von Streptokokken- und Bac. prodigiosus-Toxin.)

12. Hartmann, K., Beiträge zur Frage des Sarkoms nach Trauma. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3. (Besprechung zweier — nicht-gynäkologischer — Fälle, die zur Begutachtung Veranlassung gegeben hatten.)

13. Hellier, J. B., Grape-like sarcoma of the cervix uteri. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 15. Mai. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2790. 20. Juni. S. 1355. The Lancet. Nr. 4738. 20. Juni. S. 1752. (34 jährige IIpara. Der Tumor muss schon seit zwei Jahren bestanden haben; es wurden wiederholt spontan Stücke abgestossen. Er ging gestielt von der hinteren Lippe aus. Abtragung und vaginale Hysterektomie.)

14. — Demonstration of a cystic sarcoma of the uterus. North of Engl. obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 20. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. The Lancet. Nr. 4765. 26. Dez. S. 1465. (46 jährige Multipara, die seit 14 Monaten wachsende Geschwulst im Abdomen fühlte. Supravaginale Hysterektomie.)

15. Kouwer, B. J., Sarcoma uteri; operables Rezidiv drei Jahre später. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 24. Mai. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. Jahrg. 24. Heft 1. S. 79—80. (Holländisch.) (Der Primärtumor war gestielt und allseits mit dem Darm verwachsen. Wegen des Zustandes der Patientin musste er im gesunden Stiel vom Uterus abgetrennt und vom Darm gelöst werden. Nach drei Jahren von neuem kystöses Sarkom in der Bauchhöhle, das in keiner Weise mit dem Uterus in Zusammenhang stand und von Adhäsionen genährt wurde.)

15a. Kouwer, Ein erweichtes Uterussarkom. Ned. gyn. Ver. 24. Mai. Ned. Tijdschr. voor Verlosk en Gyn. 24. Jaarg. (Mendes de Leon.)

16. Kouwer, B. J., Demonstration einiger Uteri mit Sarkom. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 18. Okt. Ref. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1915. 24. Jahrg. Heft 2/3. S. 198. (Holländisch.) (Im ersten Fall handelte es sich um eine 60 jährige Virgo. Im Dezember 1913 Curettage wegen Blutung, bei der nichts Malignes gefunden wurde. Mai 1914 Uterusexstirpation wegen der Diagnose Karzinom bei der Probecurettage. Drei Monate später Rezidiv in der Narbe: mikroskopisch Sarkom. Nachträglich meint nun der Patholog-Anatom auch im ersten Ausschabsel sarkomatöse Stellen zu finden. — Im zweiten Falle eine 60 jährigen Patientin, die wegen Blutungen im April 1912 curettiert wurde, ohne dass in der Curettage Malignes gefunden wurde. Febr. 1914 Urethralpolyp entfernt. Sieben Monate später starke Blutung, vergrösserter Uterus, Parametrium mit angegriffen. Schwierige Totalexstirpation, bei der die Vena iliaca comm. unterbunden werden musste. Exitus nach der Operation. Metastasen in der Leber.)

17. Lahm, W., Zur Frage des malignen Uterusmyoms [Leiomyoma malignum]. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 19. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 667. (Cf. Kapitel „Myome", Nr. 60.)

18. Martin, T. M., Metastasis of lung secondary to sarcoma uteri simulating pneumonia. Clin. Journ. 1913. Bd. 42. Nr. 26. S. 416. (1½ Jahr nach der Totalexstirpation des sarkomatösen Uterus traten unter der Form einer Pleurapneumonie die ersten Erscheinungen auf. Die Diagnose auf Sarkommetastasen wurde durch die Sektion bestätigt.)
19. Morson, A. C., Radium and cancer; histology. Pathol. soc. of Great Britain and Ireland. Sitzg. vom 9.—10. Jan. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2768. 17. Jan. S. 145. (Rundzellensarkome reagieren sehr leicht; Spindelzellensarkome weit weniger. Cf. „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 149.)
20. Murray, H. L. and R. M. Littler, A case of „mixed tumour" of the uterus (Adeno-Chondro-Sarcoma). Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 1. S. 26—30. (Kasuistisch. 46jährige Frau. Die Geschwulstbildung war auf das Endometrium des Uterus beschränkt; in der Uteruswand keine Tumoren. Vier Abbildungen mikroskopischer Präparate.)
21. Nagy, Th., Über ein Sarkom der Gebärmutter, entstanden auf Grund einer infektiösen Granulombildung. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Psoriasis und Leukoplacia uteri. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 3. S. 611—638. (Eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.)
22. Nürnberger, L., Sarkom des Uterus mit Durchbruch in die Bauchhöhle. Gyn. Ges. zu München. Sitzg. vom 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 681. (Demonstration mikroskopischer Schnitte durch den ganzen Uterus. Erklärung der Technik. Die Schnitte sind nicht dicker wie 10 μ.)
23. Oldfield, J., Specimens of Mesothelioma. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 17. April. Ref. Brit. med. Journ. Nr. 2784. 9. Mai. S. 1020. The Lancet. Nr. 4732. 9. Mai. S. 1328. (In einem Falle hatte der Uterus bis in der Grösse am Ende einer Schwangerschaft im Umfang zugenommen. Im zweiten Falle sass der Tumor retrocökal.)
24. Pergament, Sch., Über die Sarkome des Uterus. Dissert. in. Basel 1913. (Bericht über fünf Fälle, die alle mit Myomen kombiniert waren. Von diesen gingen drei an Rezidiv zugrunde, eine ist noch nach 4½ Jahren gesund, von der letzten Patientin fehlen die Nachrichten.)
25. Rous, P., Histologische Variationen eines Hühnersarkoms mittelst filtrierbaren Agens erzeugt. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. S. 1265. (Durch sterilisierte Berkefeldfiltrate von Tumorbrei konnte Verf. drei Arten von Hühnersarkom erzeugen, die sich durch wiederholte Inokulationen überimpfen liessen. Ferner wurden viele durch Injektion von Berkefeldfiltraten mit ausgetrocknetem und glyzerinisiertem Tumorbrei erzeugte Geschwülste untersucht.)
26. Sell, G., Ein Fall von Endotheliom des Uterus (Lymphangioendotheliom). Dissert. in. München. Jan. Als Original erschienen i. d. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 14. Heft 1. (Der Tumor sass an der Portio, er war teilweise papillär gegliedert, teilweise zystisch und führte zu profusen Blutungen. Operative Entfernung. Die histologische Untersuchung ergibt, dass es sich um ein Endotheliom handelt, da sich Übergänge von normalen Endothelien zu Tumorzellen nachweisen lassen.)
27. Solomons, B. A. H., Demonstration of a sarcoma of the uterus. Sect. of obst. of the royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 27. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. (47jährige Frau; letzte Entbindung vor sieben Jahren. Keine Blutungen; regelmässige Menstruation. Nur Leibschmerzen. Wertheimsche Totalexstirpation. Mikroskopisch gemischtzelliges Sarkom mit starker Nekrose. Drüsen wurden nicht gefunden. Vortragender sah zahlreiche Sarkome, aber immer zur Zeit der Menopause. Er hält im allgemeinen die Prognose der Totalexstirpation für gut.)
28. Watson, B. P., Perithelioma of the uterus. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 5. S. 806—810. (Kasuistisch. 48jährige Ipara. Seit einem Jahr wässeriger Ausfluss, zeitweise etwas blutig. Curettage ergibt grosse epitheloide Zellen, an einigen Stellen reihenförmig um ein Gefässlumen gelagert. Vaginale Uterusexstirpation. Später bekam Patientin ein Plattenepitheliom der vorderen Scheidenwand und Urethra.)
29. Willey, F., Endothelioma of the uterus removed from a single woman. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. The Lancet. Nr. 4735. 30. Mai. S. 1536. The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 6. S. 363.

(Kasuistisch. 45jährige ledige Frau. Vor drei Jahren waren starke Blutungen eingetreten. Jetzt wurde die subtotale Hysterektomie gemacht wegen intermittierenden Schmerzen. Der eigrosse Tumor im Fundus war nur teilweise abgekapselt und zystisch entartet. Diagnose: Peritheliom.)

Zur **Ätiologie** und **Histogenese** der Sarkome sei an erster Stelle auf die Arbeit von Geist (9) hingewiesen. Er fand, dass es sich bei der sarkomatösen Umwandlung in Uterusmyome weder um „Degeneration", noch um regressive, sondern im Gegenteil um progressive Veränderungen handle. Die sarkomatöse Umwandlung nimmt vom Muskelgewebe, nicht vom Bindegewebe ihren Ausgangspunkt. Nagy (21) hat seine Beobachtungen über ein Sarkom des Uterus, entstanden auf Grund einer infektiösen Granulombildung, ausführlich ausgearbeitet und beschrieben. Rous (25) gelang es, durch sterilisierte Berkefeldfiltrate von Tumorbrei bei Hühnern drei Arten von Sarkom zu erzeugen, die sich durch wiederholte Inokulationen überimpfen liessen. Hartmann (12) liefert Beiträge zur Frage des Sarkoms nach Trauma.

Man siehe bezüglich der Histogenese der Sarkome wie des Vorkommens und der Frequenz von **sarkomatösen Umwandlungen in Uterusmyomen** auch die betreffenden Arbeiten in den Kapiteln „Myome" und „Strahlentherapie der Myome".

Zur **Diagnose** des Uterussarkoms sind ebenso wie beim Uteruskarzinom die Serumreaktionen herangezogen.

Die **Meiostagminreaktion** wurde von Blumenthal und Fränkel (4) angewandt, jedoch gar nicht verwendbar gefunden: nur in 30—45% richtige Resultate. Auch Roosen und Blumenthal (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 236) hatten mit ihr sehr wechselnde Erfolge.

Fränkel (8) fand, dass mit der **Reaktion nach Abderhalden** 3 von 16 Sarkomen positiv reagierten mit Karzinomsubstrat. Mit Sarkomgewebe wurden 62 Sera geprüft. Von 9 Sarkomen reagierten 5 positiv, von 53 anderen Fällen 11 Karzinome, 7 Gravide usw. Die Untersuchungen ergaben beim Sarkom ebensowenig wie beim Karzinom bis jetzt klinisch und diagnostisch brauchbare Resultate. Schawlow dagegen (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 247) behauptet, nur 6,36% Fehldiagnosen gehabt zu haben.

Die Schwierigkeiten, die sich bei der **klinischen Diagnose** des Uterussarkoms vortun können, gehen u. a. aus den Fällen von Ehrlich (7) und Kouwer (16) hervor.

Pathologisch-anatomisch besondere Formen von Uterussarkomen wurden von Hellier (13 und 14), Kouwer (16), Nürnberger (22) und Willey (29) beschrieben. Über **histologische Befunde** wird in den Mitteilungen von Beckmann (2), Geist (9), Nürnberger (22), Solomons (27), Watson (28) u. a. ausführlich berichtet. Siredey (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 261) beschreibt eine lokale Eosinophilie in der Umgebung der Sarkomwucherung, die unabhängig von Entzündungsprozessen sein soll. Zweck derselben ist wahrscheinlich nicht Verteidigung gegen die Zellwucherung der Neubildung, sondern Abwehr gegen die von dieser abgesonderten Gifte.

Besondere Formen von Sarkomen sind beobachtet und beschrieben worden: ein fragliches Melanosarkom von Ehrlich (7), ein Lymphangioendotheliom von Sell (26), ein Adeno-Chondro-Sarkom von Murray und Littler (20), zwei Rhabdomyosarkome von Glynn und Blair Bell (10), die 20 Fälle derartiger Geschwülste aus der Literatur sammeln konnten und darüber ausführlich berichten, sogenannte Mesotheliome von Oldfield (23) und ein Leiomyoma malignum von Lahm (17). — Über ein **Sarkom der Portio** berichten Davies (5), Ehrlich (7), Hellier (13) und Sell (26). Ein **Sarkom des Ligamentum latum** beobachtete Davies (5); dasselbe stand in keinerlei Weise mit dem Uterus in Verbindung.

Die **Therapie** der Uterussarkome bewegt sich, wie die der Karzinome, in letzter Zeit auf radiologischem und serologischem Gebiete.

Über Erfahrungen mit der **Radiotherapie** haben u. a. Abbe (1), Caan, Degrais und Bellot, Haret, Morson, Opitz, Ulesko-Stroganowa u. a. berichtet, deren Publikationen alle im Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome" erwähnt sind. Caan (30) hatte in seinen 12 Fällen keine Erfolge mit dieser Behandlung, Degrais und Bellot (36) und Ulesko-Stroganowa (210) dagegen in je zwei Fällen recht gute. Nach Morson (19) reagieren Rundzellensarkome sehr leicht, Spindelzellensarkome weit weniger. Haret (74) hat eine Methode angegeben, auf elektrischem Wege Radiumionen ins Innere des Tumors zu befördern und hatte damit gerade bei einem Sarkom auffallend gute Erfolge.

Die **Autolysatbehandlung** der Sarkome wurde von Blumenthal und Lewin (3) mit zufriedenstellendem Erfolg an Sarkomratten versucht. Abderhalden (cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 2) bestätigt diese guten Resultate. Lunckenbein und Pflaumer (cf.

Kapitel „Karzinome“, Nr. 185 resp. 207) haben sie beim Menschen angewandt. Wenn auch keine völligen Heilungen erzielt werden konnten, war doch objektiv und subjektiv eine bedeutende Besserung der Symptome zu verzeichnen.

Harmer (11) teilt die Resultate mit, die an 32 Patientinnen mit Injektionen von **Coleyscher Flüssigkeit** (eine Mischung von Streptokokken- und Bact. prodigiosus-Toxin) erzielt wurden. In sechs Fällen trat angeblich vollständige Heilung ein.

Über die **operative Therapie** ist nichts Neues zu berichten. Beispiele von langer **Rezidivfreiheit** werden mitgeteilt von Ehrlich (7; vier Jahre) und Pergament (24; $4^1/_2$ Jahre Dagegen gingen drei von fünf von Pergaments Fällen innerhalb dieser Zeit an Rezidiv zugrunde. Martin (18) musste $1^1/_2$ Jahre nach der Uterusexstirpation das Auftreten von Metastasen in den Lungen feststellen. Kouwer (15) beobachtete drei Jahre nach der Operation von neuem ein kystöses Sarkom in der Bauchhöhle, das jedoch exstirpiert werden konnte und in keiner Weise mit dem Uterus in Zusammenhang stand.

Chorionepitheliome.

1. Brasche, P., Die Lungenmetastasen bei malignem Chorionepitheliom mit besonderer Berücksichtigung eines eigenartigen Falles. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 1. S. 106 bis 116. (Bei einer an pneumonischen Prozessen verstorbenen Patientin wurden im Uterus ein ausgedehntes Chorionepitheliom und in den Lungen sehr multiple Embolien von Tumorgewebe gefunden. Letztere sahen aus, als ob sie bei längerem Leben der Patientin resorbiert worden wären. Vor zwei Jahren war ein Abort von zwei Monaten vorangegangen. Seitdem klinische Heilung.)
2. Caturani, M., Chorionepithelioma uteri mit vaginalen Metastasen. Sect. of obst. and gyn. of the New York acad. of Med. Sitzg. vom 23. Dez. 1913. Ref. Med. Record. Bd. 85. Nr. 12. The Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Bd. 69. Nr. 435. März. S. 502—503. (Inoperabler, zu spät diagnostizierter Fall, der im Anschluss an eine Blasenmole eingetreten war. Nach Ausräumung der Blasenmole war eine vier Monate anhaltende Amenorrhoe eingetreten. Ausführliche Krankengeschichte.)
3. Cunéo, B., Chorio-épithéliome de l'utérus. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 20. Mai. Ref. La Sem. méd. Nr. 21. S. 247—248. La Presse méd. Nr. 42. S. 407. (Ein Fall nach Blasenmole, zwei Fälle nach Abort. In allen drei wurde die Hysterektomie gemacht wegen andauernder Blutung, obschon die Curettagen nichts Sicheres ergaben. Die Patientinnen sind seit zwei und einem Jahre bisher rezidivfrei geblieben.)
4. Donaldson, R., Demonstration of chorion-epithelioma of testis. Oxford and Reading Branch of the Brit. med. Assoc. Sitzg. vom 23. Juli. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2798. 15. Aug. S. 335. (Nichts Näheres.)
5. Eden, T. W., Chorion-epithelioma of the uterus with bilateral lutein cysts of the ovary. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. vom 8. Jan. Ref. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Bd. 7. Nr. 4. S. 146—150. The Lancet. Nr. 4717. 24. Jan. S. 245. The Brit. med. Journ. Nr. 2769. 24. Jan. S. 197. (Ausführliche Mitteilung des kasuistischen Falles. Es war eine Blasenmole vorangegangen. $2^1/_2$ Jahre nach der supravaginalen Hysterektomie ist Patientin jetzt gesund.)
6. Engström, O., Beobachtungen über malignes Chorionepitheliom. Mitt. a. d. gyn. Klinik in Helsingfors. 1913. Bd. 10. Heft 3. S. 175—201. (Mitteilung der ausführlichen Krankengeschichten und der histologischen Befunde von fünf Fällen. Unter anderen wird ein Fall von typischem, metastatischem Chorionepitheliom der Scheide ohne Geschwulstbildung im Uterus mitgeteilt und werden die verschiedenen Möglichkeiten der Entstehung dieses Tumors in der Scheide erörtert. In einem anderen Falle wird atypisches Chorionepitheliom in der Scheide bei destruierender Blasenmole im Uteruskörper gefunden.)
7. Faure, J. L., Demonstration d'un cas de chorio-épithéliome. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 13. Mai. Ref. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Nr. 18. S. 637—640. La sem. méd. Nr. 20. S. 238. (Es handelt sich um einen winzigen Tumor brauner Farbe unter der Uterusschleimhaut. Der Uterus hatte wegen anhaltender Blutungen exstirpiert werden müssen, obschon sich bei der vorherigen Curettage nichts Abnormes nachweisen liess. Es war vor etwa zwei Jahren eine Blasenmole vorangegangen. —

In der Diskussion teilt Lejars einen ganz ähnlichen Fall aus seiner Praxis mit. In zwei anderen wurde die Diagnose vorher bei der Curettage gestellt. Tuffier hat ein Chorionepitheliom der Vagina exstirpiert und liess bei der jungen Frau den Uterus zurück, da er bei einer Curettage in demselben nichts Malignes nachweisen konnte. Die Frau ist seit langer Zeit rezidivfrei. Trotzdem sind Dauerheilungen selten. Legueu hat bei einem Chorionepitheliom der Vagina die Hysterektomie gemacht und im Uterus einen zweiten, gleichen Tumor gefunden. Die Frau starb innerhalb drei Jahren an Metastasen.)

8. Favell, W. R., Specimen of a chorioepithelioma. North of England obst. and gyn. Soc. Sitzg. vom 20. Nov. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2817. 26. Dez. S. 1101. Lancet. Nr. 4765. 26. Dez. S. 1465. (23jährige Frau. Die einzige Schwangerschaft endete vor einem Jahre mit einem Abort im dritten Monat.)
9. Fischer, B., Demonstration eines Präparates von Chorionepitheliom mit primärem Sitz in der Tube. Ärztl. Ver. zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 4. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. S. 1144. (Näheres wird nicht mitgeteilt.)
10. Gruget et X. Bender, Un cas de chorioépithéliome après une môle hydatiforme. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. April-Sitzg. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. S. 325. (Kasuistisch. Einen Monat nach Ausstossung einer Blasenmole heftige Menorrhagien. Die Curettage ergibt verdächtiges Gewebe. Im exstirpierten Uterus findet sich das Chorioepitheliom. Diskussion: Boissard glaubt, dass die Prognose der Blasenmole nicht so schlimm ist, wie man im allgemeinen annimmt. Es wurde nach seinen 15—20 Fällen nie ein Chorioepitheliom konstatiert. Pinard hat ein 24jähriges Mädchen an Chorioepitheliom nach Blasenmole zugrunde gehen sehen. Couvelaire erinnert an eine Statistik aus der Schweiz, nach der auf 100 Blasenmolen kaum 2—3 Chorioepitheliome vorkommen sollen, dagegen von 100 Chorioepitheliomen mindestens 50 von Blasenmolen vorangegangen sind.)
11. Hartshorn, W. Morgan, Chorioepithelioma — mit Bericht eines tödlichen Falles. Med. Record. 1913. Bd. 84. Nr. 24. S. 1072. (Kasuistisch. Es war einige Wochen vorher eine zeitige Spontangeburt eines mazerierten Kindes erfolgt. Panhysterektomie mit Resektion des linken, vom Tumor ergriffenen Ureters. Exitus am 17. Tage post op. an Lungenmetastasen. Statistik von 99 wegen Chorionepitheliom operierten Fällen.)
12. Hoerrmann, A., Chorionepitheliom des Uterus mit Metastasen an den Labien, die mit Mesothorium bestrahlt wurden. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. S. 619—623. (Sehr ausführlich.) Als Original erschienen im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. S. 1128—1131. (Ein halbes Jahr vorher Blasenmole. Exstirpation des Uterus und der Knoten in den Labien. Nach kurzer Zeit traten neue Metastasen in den Labien und Parametrien auf, die mit Mesothorium behandelt wurden [Klein]. Die Metastasen in den Labien verschwanden danach sehr rasch, die im Parametrium veränderten sich nur wenig. Exitus. Die Sektion ergab Metastasen in Lunge und Gehirn. — Diskussion: Döderlein.)
13. Jenckel, F. L. A., Chorionepitheliom. Altonaer ärztl. Ver. Sitzg. vom 25. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1915. Nr. 4. S. 123. (28jährige Frau. Uterusexstirpation. Metastasen in den Lungen liegen zurzeit nicht vor.)
14. Kolde, W., Ein Fall von malignem Chorionepitheliom. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. S. 962. (Bericht über zwei typische Krankengeschichten. — Heutiger Stand der Chorionepitheliomforschung.)
15. Krönig usw., Weitere Erfahrungen bei der nicht operativen Behandlung des Krebses. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. S. 793—798. (Es wurde auch ein Chorionepitheliom, das Metastasen in der Lunge gemacht hatte, an beiden Stellen mit gutem Erfolg mit Mesothorium bestrahlt. Patientin starb kurz nachher an Gehirnblutung infolge Gehirnmetastase. Genaue Beschreibung des pathologisch-anatomischen und histologischen Sektionsbefundes. Auch beim Chorionepitheliom soll die Strahlentherapie berufen sein, die Methode der Wahl zu werden. — Weiteres cf. „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 121.)
16. Lake, G. C., The immunological reactions of the proteins of the human placenta with special reference to the production of a therapeutic serum for malignant chorion-epithelioma. Journ. of infect. dis. Nr. 2. S. 385—401. (Die Natur der isolierten Nukleoproteine ist noch zu wenig gekannt und ihr Vorkommen in den lebenden Zellen fraglich. Die damit erhaltenen Reaktionen sind nicht organspezifisch. Auch die mit den Pro-

teinen gewonnenen Antisera reagieren nicht spezifisch, es erscheint also zunächst äusserst unwahrscheinlich, dass man ein Immunserum gegen Chorionepitheliom in dieser Weise gewinnt.)

17. Miller, F., Über ein primäres Chorionepitheliom des Ovariums. Kasuistischer Beitrag mit Bildern. Dissert. in. München. Sept.
18. Misévitsch, T., Sieben Fälle von operiertem Chorionepitheliom. Geb.-gyn. Ges. in Moskau. Sitzg. vom 15. Jan. Ref. La Gyn. Heft 5. Mai. S. 381. (Krankengeschichten.)
19. Nürnberger, L., Zur Kenntnis der Placenta praevia, speziell der Placenta praevia accreta. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 6. Heft 1. S. 1—54. (Berücksichtigt auch das Chorionepitheliom und die chorionepitheliomatösen Wucherungen.)
20. Pestalozza, E., Sulla necessità di una sorveglianza accurata delle donne che partorriono una mola vescicolare. Gaz. ital. d. levatr. Nr. 3. S. 33—38. (Italienisch.) (In fast 20% der Fälle soll nach Blasenmole Chorionepitheliom folgen.)
21. Pollosson, A., Chorionepitheliomes. Lyon méd. 1913. Nr. 34. (Verf. hat die Erfahrung gemacht, dass bei einer Anzahl zweifellos festgestellter Fälle von scheinbar ausgesprochenster Malignität dennoch Spontanheilung eintrat. Trotzdem soll möglichst früh operiert werden und auch in Fällen, in denen man einen Krebs von gleicher Ausdehnung nicht mehr operieren würde. Gegebenenfalls wirkt die Neigung zum Spontanheilen in günstigem Sinne mit. — Besprechung einer Reihe anatomischer Präparate von Chorionepitheliomen, mit und ohne Metastasen, und deren klinischer Verlauf. So wurde eine Frau wegen Chorionepitheliom operiert; Rezidiv, Curettage; neues Rezidiv; Fall wird als hoffnungslos aufgegeben; trotzdem schliesslich Spontanheilung.)
22. Rieck, A., Demonstration eines Uterus mit Chorioepitheliom nach zweimaliger Ausräumung eines unvollendeten Abortus mens. 3—4 (?). Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. S. 312. (Ergibt sich aus der Überschrift. Vaginale Totalexstirpation nach Vortragenden extraperitonealer Methode konnte nicht angewandt werden, da während der Operation der Ausfluss, der im Uterus infolge Zunähung der Portio unter höherem Druck stand, sich einen Ausweg durch eine an der hinteren Fläche des Uterus sich vorbereitende Perforationsöffnung gebahnt hatte. Exitus am fünften Tage an Herzschwäche.)
23. Schridde, H., Chorionepitheliom des Uterus. Demonstration am städt. Krankenh. in Dortmund. Nov.-Dez. 1913. Ref. Med. Klinik. Nr. 6. S. 262. (Diagnose wurde durch Curettage gestellt. Haselnussgrosser Tumor.)
24. Tallant, A. W., A case of chorioepithelioma. Med. rev. of rev. Bd. 20. Nr. 5. S. 253 bis 256. (Beschreibung eines schon am siebenten Tage post partum den Exitus herbeiführenden Deciduoma malignum.)
25. Violet, H., Chorionepithelioma. Lyon méd. 1913. Nr. 34. (Violet hält es für unberechtigte Übertreibung, nach jeder Hydatidenmole den Uterus zu exstirpieren. Viele Frauen blieben nach Ausstossung einer Mole gesund [87%], würden wieder schwanger und entbänden normal am Termine. Notwendig sei aber, sie im Auge zu behalten.)
26. Williamson, H. and C. Noon, Chorionepithelioma with unusual features. Sect. of obst. and gyn. of the Royal Med. Soc. Sitzg. vom 5. März. Ref. Proc. of the royal Soc. of Med. Bd. 7. Nr. 6. S. 232—237. The Lancet. Nr. 4726. 28. März. S. 892. Als Original erschienen in The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 3. S. 150—153. (Kasuistisch. 39jährige IIpara. Februar 1912 Blasenmole. März 1912 Eröffnung eines Douglasabszesses. Vom Juli ab Wohlbefinden bis April 1913, wo die Menses wieder verschwanden. Im August geht Patientin in ein paar Wochen unter Lungenerscheinungen zugrunde. Grosser Tumor im Douglas. Auf Grund der positiven Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion wird auf Chorionepitheliom geschlossen. Verff. empfehlen nach Ausstossung einer Blasenmole längere Zeit immer wieder nach Abderhalden auf Schwangerschaftsreaktion zu untersuchen, damit frühzeitig eingegriffen werden kann.)

Das Chorionepitheliom kommt am häufigsten **nach Blasenmole** vor. Caturano (2), Cuneo (3), Eden (5), Engström (6), Faure (7), Gruget und Bender (10), Hoerrmann (12), Williamson und Noon (26) u. a. haben solche Fälle publiziert. Nach Pestalozza (20) soll in fast 20% der Fälle nach Blasenmole Chorionepitheliom folgen. Violet (25) warnt

dagegen gegen übertriebene Besorgnis und unmotivierte Exstirpation des Uterus nach jeder Hydatidenmole: 87% der Frauen bleiben nach Ausstossung einer Mole gesund, können wieder schwanger werden und normal entbinden. Nur ist es ratsam, sie im Auge zu behalten. Williamson und Noon (26) empfehlen auf Grund eigener Erfahrungen nach Ausstossung einer Blasenmole längere Zeit immer wieder **nach Abderhalden** auf **Schwangerschaftsreaktion** zu untersuchen, damit bei positivem Ausfall der Reaktion zeitig eingegriffen werden kann.

Fälle von Chorionepitheliom **nach Abort** werden von Brasche (1), Cuneo (3), Favell (8) und Rieck (22) beschrieben, **nach zeitiger Geburt** von Hartshorn (11) und Tallant (24).

Es kommen auch Chorionepitheliome mit **primärem Sitz in anderen Organen** wie dem Uterus vor, zum Beispiel in der Tube (Fischer, 9), im Ovarium (Miller, 17) und auch **bei Männern** im Hoden (Donaldson, 4).

Eden (5) hat **Ovarialveränderungen** beim Chorionepitheliom des Uterus beschrieben.

Metastasen treten bei Chorionepitheliomen häufig in sehr kurzer Zeit auf. Am frequentesten sind sie in den Lungen und im Gehirn [Brasche (1), Hartshorn (11), Hoermann (12), Krönig (15), Williamson und Noon (26) u. a.], an denen die Patientinnen bald zugrunde gehen. Ebenfalls kommen Metastasen in der Scheide [Caturani (2), Engström (6), Legueu (7)] und in den grossen Labien (Hoermann, 12) nicht selten vor, oft ohne dass im Uterus der Primärtumor zu finden wäre [Engström (6), Tuffier (7)].

Trotzdem gelingt es durch die **Operation** doch noch verhältnismässig häufig, die Frauen noch lange Zeit am Leben zu erhalten. So berichten Cuneo (3), Eden (5), Tuffier (7) über Frauen, die jahrelang **rezidivfrei** blieben. Pollosson (21) hält sogar **Spontanheilung** für möglich und eine Operation noch angezeigt in Fällen, in denen man einen Krebs von gleicher Ausdehnung nicht mehr operieren würde.

Hoermann (12) hat die Metastasen eines Chorionepithelioms in den Labien und in den Parametrien der **Mesothoriumbestrahlung** unterworfen. Erstere verschwanden danach sehr rasch, die letzteren veränderten sich nur wenig und die Patientin ging bald daran zugrunde. Krönig (15) bestrahlte Metastasen in den Lungen und wenn die Frau nicht kurz darauf an Gehirnblutung infolge Metastasen gestorben wäre, wäre sie jetzt seiner Ansicht nach vielleicht geheilt. Nach Krönig soll auch beim Chorionepitheliom die Strahlentherapie berufen sein, die Methode der Wahl zu werden.

Die Versuche von Lake (16), ein therapeutisches **Immunserum** gegen Chorionepitheliom herzustellen, haben bisher nicht zu Erfolgen geführt.

Sonstiges.

1. Bumke, E., Epitheliale Neubildung im rektogenitalen Zwischengewebe beim Weibe, ein Beitrag zur Pathologie des Gärtnerschen Ganges. Dissert. in. Berlin. Febr.
2. v. Ernst, R., Contribution à l'étude de la présence d'épithélium pavimenteux dans l'utérus. Gyn. Helvetica. 13. Jahrg. Herbstausgabe. 1913. (Genf, 357 Seiten). S. 313 bis 317. (Vier eigene Fälle. Das Vorhandensein wird nach einer der vier folgenden Theorien erklärt: 1. kongenitale Missbildung; 2. Metaplasie; 3. zufällige Implantation bei operativen Eingriffen und 4. Fortpflanzung durch übertriebenes Wachstum des Plattenepithels der Portio. Näheres im Kapitel „Anatomie und Entwicklungsgeschichte".)

2a. Find, A., Untersuchungen über die Bakterienflora pathologisch veränderter Genitalorgane. Veterinär-medizinische Dissertation in. Giessen.

3. Fitz Gibbon, G., Sections of a non-malignant adenoma of the uterus. Sect. of obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 30. Okt. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2812. 21. Nov. S. 879. (Stammt von einer 28jährigen Frau, bei der der Tumor als Polyp aus dem Uterus hing. Daneben werden Schnitte eines Uterus mit malignem Adenom einer 60jährigen Frau gezeigt [cf. Kapitel „Karzinome", Nr. 83].)
4. Frankl, O., Über tumorartige Hyperplasien im Uterus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 79. S. 1034. (Zwei Fälle. Fall 1: In toto vergrösserter und verdickter Uterus; peripher eine retrahierte, rein muskulöse Zone von 1 cm Dicke. Abgrenzung der drüsenhaltigen und drüsenfreien Partien unscharf. Schleimhaut dick, hyperplastisch. Diagnose auf Adenomyosis gestellt. Fall 2: Lokalisierte Adenomyosis. Fall 3: Zirkumskriptes Adenomyom des Corpus.)

(Heimann.)

inbaum, D., Demonstration eines papillären Zystadenom, das den ganzen Uterus vuchert hat. Nürnberger med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 9. Juli. Ref. Münchn. l. Wochenschr. Nr. 50. S. 2384.
yer, J., Ein Lymphangiofibroendothelioma cysticum retroperitoneale. Dissert. Jena. April.
citelli, M., Sekretion von Tumoren. Riform. med. Nr. 16. Ref. Deutsche med. chenschr. Nr. 20. S. 1025. (Untersuchungen an 30 Tumoren verschiedener Art ben, dass sich die vermeintlichen Sekretionszellen leicht und häufig in Tumoren her Organe finden, die normalerweise eine Sekretion haben, seltener in Tumoren Organen ohne Sekretion. Auf Grund der morphologischen Eigentümlichkeiten des Verhaltens gegen Farbstoffe lässt sich eine Entscheidung nicht treffen.)
stel, H., Ein Fall von Mukosaadenomyositis uteri. Dissert. in. München. Sept.
nt, C. F. M., A comparison of inflammation and tumour formation. The Brit. l. Journ. Nr. 2781. 18. April. S. 448—851.

XII.

vickelungsgeschichte und Anatomie der weib- en Genitalien, einschliesslich der Plazentation.

nten: Prof. Dr. Robert Meyer, Berlin und Elisabeth Weishaupt, Berlin.

chi, S., Über das Vorkommen doppelt lichtbrechender Lipoide in menschlichen ien und Uterus, nebst einer Bemerkung über Fettablagerung in denselben Organen. chr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1. p. 125.
ı, De l'indépendance qui existe entre le développement du placenta et celui de ryon. A propos d'un cas de grossesse ovarienne. Bibl. anat. Tome 24. Fasc. 3. 5.
ner, B., Über Morphologie und Funktion des Ovariums unter normalen und logischen Verhältnissen. Halle 1914. Habilitationsschr.
ber den Kampf der Teile im Ovarium. Arch. f. Entwicklungsmech. Bd. 40. Heft 4. —571.
p, E., Über die Chondriosomen der Gonozyten bei Knochenfischen. Anat. Anz. . Nr. 19. 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 7.
hr, W. B., Über die Bildung der Sexualzellen von Saccocirrus maior. Zool. d. 63. Nr. 1. S. 10.
, E., Sulla rigenerazione della mucosa dell' utero dopo il parto. Pisa, tip. succ. ri.
enberg-Gossler, W., Bemerkungen zu einem Referat von W. Felix über Arbeit: „Die Urgeschlechtszellen des Hühnerembryos am dritten und vierten ngstag" usw. Anat. Anz. Bd. 45. Nr. 10/11. p. 253.
r Herkunft und Wesen der sogenannten primären Urgeschlechtszellen der n. Anat. Anz. Bd. 47. Nr. 9./10 p. 241.
ll, Frank E., Measurements on a Human Embryo 30 mm. Long. Journ. and phys. Vol. 48. Part. II. Jan. p. 18—210.
, A., Sur la vésicule ombilicale du lapin. Compt. rend. Assoc. Anat. 1913. . f. norm. Anat. Heft 6.

12. Bromann, J., Über das Schicksal der Vasa vitellina bei den Säugetieren. Ergebn. d. Anat. u. Entw. Bd. 21. p. 99.
13. Buchner, P., Die Besamung der jugendlichen Oozyte und die Befruchtung bei Saccocirrus. Arch. f. Zellforschung. 12. Bd. 3. H.
14. Cattaneo, D., Ricerche sulla struttura dell' ovario dei mammiferi. Arch. Ital. di Anat. e die Embriol. Vol. 12. Fasc. 1.
15. — Osservazioni citologiche sugli elementi dell' ovario dei mammiferi. Bull. Soc. med.-chir. Pavia. Anno 26. 1913. Nr. 2. p. 93.
16. *Des Cilleuls, Recherches sur la signification physiologique de l'amitose. Arch. d'anat. micr. Tome 16. Heft 1. p. 132—148. 2 Taf. mit 7 Abb.
17. Coryllos, P., Corpuscules de Pacini dans la trompe utérine. Rev. de Gyn. 1913. Tome 27. Nr. 3. p. 257.
18. Dick, W., Die Injektion der Gebärmuttergefässe und ihre Technik. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 241. (Russisch.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 418. (Genaue Technik der nach Krause injizierten 19 Uteri.)
19. Dieulafé et Averseng, Aponévroses et espaces périvésicaux. Bibl. Anat. Tome 24. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 5. p. 141.
20. Donoghue, Ch. O., Über die Corpora lutea bei einigen Beuteltieren. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 84. Heft 1. p. 1—47.
21. *Van Durme, M., Nouvelles recherches sur la vitellogenèse des oeufs d'oiseaux aux stades d'accroissement, de maturation, de fécondation et du début de la segmentation. Arch. de Biol. Tome 29. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 6.
22. Fernandez, Miquel, Zur Anordnung der Embryonen und Form der Plazenta bei Tatusia novemcincta. Anat. Anz. Bd. 46. Nr. 9/10. p. 253.
23. *Firket, J., Recherches sur l'organogenèse des glandes sexuelles chez les oiseaux. Arch. de Biol. Tome 29. Fasc. 2.
24. Fischel, A., Zur normalen Anatomie und Physiologie der weiblichen Geschlechtsorgane von Mus decumanus, sowie über die experimentelle Erzeugung von Hydro- und Pyosalpinx. Arch. f. Entwicklungsmech. d. Org. Bd. 39. Heft 4. p. 578. Anat. Anz. Nr. 9/10.
25. *Frank, R. T., An experimental study of the placenta under physiological and pathological conditions (ferments: „vital" staining). Surg., Gyn. and Obst. Nov. 1912. p. 558—571.
26. *Geipel, Ein Beitrag zum Vorkommen des decidualen Gewebes in den Lymphdrüsen. Gyn. Ges. Dresden. 18. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.
27. Gille, K., Untersuchungen über die Eireifung, Befruchtung und Zellteilung von Gyrodactylus elegans v. Nordmann. Arch. f. Zellforsch. Bd. 12. Heft 3.
28. Girode, Ch., Les Vaisseaux lymphatiques de la Vulve et du Vagin. L'obst. 1913. Tome 18. p. 205.
29. Greil, Alfred, Tafeln zum Vergleich der Entstehung der Wirbeltierembryonen. Jena, Fischer. 29. 379 Seiten.
30. *— Die Gastrulation der Amniotenkeime. Anat. Ges. 28. Vers. Innsbruck. p. 223.
31. *Grosser, O., Altersbestimmung junger menschlicher Embryonen; Ovulations- und Menstruationstermin. Anat. Anz. Bd. 47. Heft 9/10. p. 264.
32. *Hadden, M. D., Anatomy of the Female Pelvis and its Bearing on Procidentia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. Heft 434. p. 316—322.
33. Halban, J., und R. Köhler, Die Beziehungen zwischen Corpus luteum und Menstruation. Wieden, Wien. Arch. f. Gyn. 103. Bd. 3. Heft p. 575—589.
34. Hegner, R., Studies on Germ cells. 3. The Origin of the Keimbahn-Determinants in a parasitic Hymenopteron, Copidosoma. Anat. Anz. Bd. 46. Nr. 3/4. Anat. Anz. Nr. 9/10.
35. *Heinricius, G., Über die Embryotrophe der Raubtiere (Hund, Katze, Fuchs) in morphologischer Hinsicht. Anat. Hefte. Abt. 1. Arb. a. anat. Inst. Heft 150. Bd. 50. Heft 1. p. 115—192.
36. *Henneberg, B., Beitrag zur Entwicklung der äusseren Genitalorgane beim Säuger. Teil 1. Anat. Hefte. 50. Bd. Heft 3. p. 425. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Heft 11.
37. *Hinselmann, Heinz, Über die Entstehung der Synzytiallakunen junger menschlicher Eier. Nach einem Vortrag auf dem 25. Gyn.-Kongr. in Halle. 1913. Mai. Anat. Bd. 50. Heft 1. p. 95—115.

38. Hoehne, O., und K. Behne, Über die Lebensdauer homologer und heterologer Spermatozoen im weiblichen Genitalapparat und in der Bauchhöhle. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 1.
39. Jones, Fred., The Arris and Gale Lectures on the Morphology of the external Genitalia of the Mammals. Lancet. Vol. 1. Nr. 15. Vol. 1. Nr. 16.
40. Ishiwata, S., Sur la sexe de l'oeuf du ver à soie. Zool. Anz. Bd. 43. Nr. 1. p. 5.
41. Iwanow, Elie, Rapports entre l'ovulation et le rut chez les Brebis. Compt. rend. Soc. Biol. Tome 77. Nr. 21. p. 115.
42. *Keiffer, H., Existe-t-il une glande myométriale dans l'utérus humain? Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Heft 7. p. 307.
43. Kervrann, Recherches anat. sur l'anastomose utéro-ovarienne. Ann. d'hyg. et de méd. coloniales. Tome 16. 1913. Nr. 4. p. 994. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Grenzgeb. Heft 9. p. 443.
44. Kingsbury, B. F., The Morphogenesis of the mammalian Ovary Felis domestica. Amer. Journ. of anat. Vol. 15. Nr. 3. p. 345.
45. *— The interstitial cells of the mammalian ovary: Felis domestica. Dep. of histol. a embryol. Cornell univ. Ithaca. Amer. Journ. of Anat. Vol. 16. Nr. 1. p. 59—95.
46. Kirkham, W. B., and H. S. Burr, The breeding Habits, Maturation of eggs and Ovulation of the Albino rat. Amer. Journ. of Anat. Vol. 15. Nr. 3. p. 291.
47. *Klaatsch, Hermann, Das Problem des menschlichen Hymen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. p. 332—361.
48. *Krainz, Kuno, Über Reizwirkungen von Fremdkörpern auf die Uterusschleimhaut der Hündin. Arch. f. mikrosk. Anat. Abt. 1. 84. Heft 1. p. 122.
49. *Kramer, Anna, Das anatomische Verhalten der Uterusschleimhaut bei klimakterischen Blutungen. Inaug.-Diss. Strassburg.
50. Kühtz, Über die Spermio- und Oogenese der Sklerostomumarten des Pferdes unter besonderer Berücksichtigung der Heterochromosomenforschung. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 83. Heft 3. 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 8. p. 241.
51. Kulesch, J., Der Netzapparat von Golgi in den Zellen des Eierstockes. Zeitschr. f. mikr. Anat. Bd. 84. Heft 1. p. 1—20.
52. Kumlin, A., Über das Keimepithel der Haussäugetiere und dessen Übergang in das Peritoneal- und Tubenepithel. Inaug.-Diss. Leipzig 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 4. p. 115.
53. Lundegarth, Zur Kenntnis der heterotypischen Kernteilung. Mit 1 Tafel. Arch. f. Zellforsch. 13. Bd. 1. H.
54. *Lams, H., Etude de l'oeuf de Cobaye aux premiers stades de l'embryogenèse. Arch. de Biol. Tome 28. Fasc. 2. p. 229—325. 1913.
55. *Lawrentjew, B., Zur Frage der Morphologie und Verteilung der Nervenendigungen in der weiblichen Urethra. Intern. Monatsschr. f. Anat. u. Physiol. Bd. 30. Heft 10/11.
56. Lazitch, Emile, Les villosités choriales humaines. Leurs formes, leurs modes de ramification. Bibliogr. anat. Tome 24. 1913. Fasc. 1. p. 37—52.
57. Leblanc, E., Le pli suspenseur péritonéal-génito-mésentérique chez la nouveau-née, (Plica génito-enterica) son rôle dans les positions paramédianes de l'utérus. Bibl. anat. Tome 24. Fasc. 3. p. 149.
58. Lécaillon, A., Sur les rapports qui existent entre les ovules définitifs et les cellules vitellogènes de l'ovaire des Collemboles. C. R. Assoc. Anat. 1913. Zentralbl. f. norm Anat. Heft 6.
59. — Sur les analogies de structure qui existent entre l'ovaire de certains insectes (les Collemboles) et celui de certains Crustacés entomostracés (les Chirocéphales). Compt. rend. Acad. Sc. Tome 158. Nr. 4. p. 280—282.
60. *Lehner, Über den feineren Bau und die Entwicklung des Dottersackes der weissen Maus. Anat. Ges. 28. Vers. Innsbruck. p. 183.
61. Lenk, H. J., Zur Anatomie und Histologie der Harnblase und der Pars pelvina der Harnröhre der Säugetiere. Inaug.-Dissert. Leipzig 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 7.
62. *Linzenmeier, G., Ein junges menschliches Ei in situ. Arch. f. Gyn. 102. Heft 1.
63. Loyez, Mlle M., Histologie de l'ovaire chez la reine de la fourmi. C. R. Assoc. Anat. 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 3. p. 81.
64. Lubosch, W., Über die Eireifung der Metazoen. Darstellung der Forschungen aus den Jahren 1902—1912 und Beurteilung ihrer Ergebnisse. Ergebn. d. Anat. u. Entw. Bd. 21. p. 244.

65. *Marcotty, A., Über das Corpus luteum menstruationis und das Corpus luteum graviditatis. Arch. f. Gyn. 103. Bd. 1. p. 63. (Literatur gut.)

66. Markus, H., Über die Struktur einer glatten Muskelzelle und ihre Veränderung bei der Kontraktion. Anat. Anz. Bd. 44. Nr. 11/12. 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Bd. 11. Heft 6.

66a. Meyer, A. W., Curves of Prenatal Growth and Autocatalysis. Arch f. Entwickelungsmech. d. Organismen. 40. Bd. 4. H. S. 497—525.

67. Meyer-Ruegg, Einiges über Befruchtung und Einbettung des menschlichen Eies. Korrespondenbl. f. Schweiz. Ärzte. Jahrg. 44. Nr. 9. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. u. Grenzgeb. Heft 11.

68. *Miller, J. W., Corpus luteum, Menstruation und Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. p. 568—619.

69. Mobilio, C., La forma dell' imene degli equidi. Monit. Zool. Ital. Anno 25. Nr. 3. p. 53—73. Anat. Anz. Nr. 9/10.

70. Montorosso, Bruno, Ulteriori ricerche sulla granulosa del folliculo ovarico nei Mammiferi. (Cagna.) Arch. f. Zellforsch. Bd. 12. Heft 2. p. 195—219.

71. — Sulla struttura e la funzione delle cellule parietali della granulosa nel follicolo ovarico del maiale. Atti Acad. Gioania di Sc. nat. Catania. Anno 84. 1912. Mem. 82a. p. 14.

72. Oppel, A., Leitfaden für das embryologische Praktikum und Grundriss der Entwicklungslehre des Menschen und der Wirbeltiere. Mit 323 Abbildungen im Text in 484 Einzeldarstellungen. Jena, G. Fischer.

73. Pampel, W., Die weiblichen Geschlechtsorgane der Ichneumoniden. Zeitschr. f. wiss. Zool. Bd. 108. Heft 2. S. 290.

74. Pawlow, V., Über einige Bildungen in den jungen Froscheiern. Trav. Soc. Imp. Natural. St. Petersburg. Bd. 44. L. 1. 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 7.

75. Pehrson, T., Beiträge zur Kenntnis der äusseren Genitalien bei Affen, Halbaffen und Insektivoren. Anat. Anz. Bd. 46. Nr. 7/8. p. 161.

76. *Péterfi, Tib., Die Muskulatur der menschlichen Harnblase. Anat. Hefte. 1. Abt. Arb. a. d. anat. Inst. Heft 152.

77. *— Beiträge zur Histologie des Amnions und zur Entstehung der fibrillären Strukturen. Anat. Anz. Bd. 45. Nr. 7. p. 161.

78. *Posner, C., Harnleiter Neugeborener. Arch. f. klin. Chir. 106. Heft 2.

79. *Regaud, Cl., et Lacassagne, A., Les follicules anovulaires de l'ovaire chez la lapine adulte. Compt. rend. Assoc. Anat. 1913.

80. *Retterer, Ed., et Jean Gattellier, De la musculature de l'appareil uro-génital dans l'espèce humaine. Compt. rend. hebd. des séanc. de la soc. d. biol. Tome 77. Nr. 23. p. 204—207.

81. — et Neuville, Du pénis et du clitoris des crocodiles et des tortues. C. R. Soc. Biol. Paris. Tome 76. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 5.

82. — Du glands des Félins. C. R. Soc. Biol. Paris 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 3. p. 81.

83. Retzius, Über die früheren Stadien der Entwicklung der Eier bei Ascaris megalocephala, mit besonderer Rücksicht auf die Protoplasmastruktur. Biol. Untersuch. N. F. 18. p. 19—29.

84. Sachs, Walter, Die Funktionsphasen der Gebärmutterschleimhaut des geschlechtsreifen Weibes im mikroskopischen Bild. Diss. Breslau.

85. Schiller, Ignaz, Über somatische Induktionen auf die Keimdrüsen bei den Säugetieren. Arch. f. Entwicklungsmech. d. Org. Bd. 28. Heft 1. p. 136.

86. *Schröder, R., Über das Verhalten der Uterusschleimhaut um die Zeit der Menstruation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 3.

87. Sessel, G., Dotterkern in den Oozyten von Rana esculenta. Nachr. Univ. Warschau. Bd. 4. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 8. p. 244.

88. Seiler, Das Verhalten der Geschlechtschromosome bei Lepidopteren. Nebst einem Beitrag zur Kenntnis der Eireifung und Befruchtung. Arch. f. Zellforsch. 13. Bd. 1. H.

89. *Strahl, Über frühe Stadien der Fruchtblase des Menschen und solche von Mycetes. Anat. Ges. 28. Vers. Innsbruck. p. 89. (Ausführliche Publikation folgt.)

90. *Sternberg, H., Zur Frage des Isthmus uteri. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 1. p. 342.

91. Swift, Charles, Origin and early History of the Primordial Germ Cells in the Chick. Amer. Journ. of Anat. Vol. 15. Nr. 4. p. 483—510.

92. Tandler, J., Entwicklungsgeschichte und Anatomie der weiblichen Genitalien. Wiesbaden 1913. p. 351.
93. Timofeew, A., Über die Entwicklung des Corpus luteum im menschlichen Ovarium. Diss. Kasan 1913. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 7.
94. *La Torre, Felice, Über die intimen Beziehungen des Peritoneums zum Muskelgewebe des Uterus. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 20. p. 733—738.
95. Torsten Pehrson, Beiträge zur Kenntnis der äusseren weiblichen Genitalien bei Affen, Halbaffen und Insektivoren. Anat. Anz. Nr. 7/8. Bd. 46. p. 11.
96. Triepel, H., Altersbestimmung bei menschlichen Embryonen. Anat. Anz. Bd. 46. Nr. 15/16. p. 385.
97. Tsukaguchi, R., Über die feinere Struktur des Ovarialeies von Aurelis aurita L. Arch. f. mikrosk. Anat. Bd. 85. Abt. 2. Heft 2. p. 114. Anat. Anz. Nr. 9/10.
98. Truzzi, Ettore, Di alcune particularita istologische riguardanti la struttura delle cosidette caruncola dell' uretra femminale. Atti R. Istit. Veneto Sc. Lett. ed Arti. Tome 71. 1912. Disp. 10. Parte 22. p. 1639.
99. *Valtorta, Francesco, Ricerche sulla regione ileo-cieco-appendicolare del feto e del neonato. Ann. di ostetr. e ginecol. Jahrg. 36. Nr. 5. p. 441—490.
100. Verhein, Adolf, Die Eibildung der Musciden. Vorl. Mitt. Sitzungsber. u. Abhandl. d. naturforsch. Ges. Rostock. N. F. Bd. 5. 1913. p. 329—340.
101. *Villandre, Plexus hypogastrique et son ganglion chez l'embryon humain avant la fin du troisième mois. Annales de gyn. et d'obst. 41. Jahrg. 2. Ser. Bd. 11. p. 107 bis 114. Févr.
102. Vogt, E., Röntgenuntersuchungen über die Arterien der normalen Plazenta. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 1. p. 31.
103. *Wallart, Studien über die Nerven des Eierstocks mit besonderer Berücksichtigung der interstitiellen Drüse. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 321—369.
104. *— Über Frühstadien und Abortivformen der Corpus luteum-Bildung (Basel). Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 3. p. 544—561.
105. Wallin, Ivan, A human Embryo of thirteen Somites. Amer. Journ. of Anat. Vol. 15. Nr. 3. p. 319.
106. Watson, B. P., Primäre maligne Tumoren der weiblichen Urethra. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women. May. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
107. *Wichmann, S. E., Über das Epithel der Anhangsgebilde des Lig. lat. Arch. f. Gyn. 102. p. 70.
108. Witschi, E., Experimentelle Untersuchungen über die Entwicklungsgeschichte der Keimdrüsen von Rana temporaria. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 85. Abt. 2. Heft 2. p. 9 bis 113. Anat. Anz. Nr. 9/10.
109. Wood-Jones, F., Some Phases in the Reproductive History of the Female Mole. (Talpa europaea.) Proc. Zool. Soc. London. Part. 1. Zentralbl. f. norm. Anat. Heft 5.

A. Entwickelungsgeschichte.

Das viszerale Blatt des Dottersackes von Maus und Ratte, der nach Lehner (60) eine weitgehende Differenzierung aufweist, besteht anfänglich aus einer einfachen Lage kubischer Epithelzellen, die dem Eizylinder anliegen. Am 7. Tage wird das Epithel gegen den Umschlagsrand in das parietale Blatt hochzylindrisch und bekleidet hier Falten oder Blätter, die gegenüber dem Plazentarrand am höchsten sind. An den Epithelzellen sind drei Zonen zu unterscheiden, eine schmale oberflächliche, die reichlich oxiphyle, hämoglobinhaltige Körnchen enthält, eine mittlere helle, vakuolisierte und eine basale dunklere, die den Kern beherbergt. Durch die konvexe Oberfläche und durch zwischenzellige Gänge ist die resorbierende Zelloberfläche vergrössert. Der protoplasmareiche basale Abschnitt der Zellen zeigt eine streifige Struktur.

Fett kommt in den basalen Zellabschnitten und zwar hauptsächlich intranukleär in feinsten Tröpfchen vor. Das Fett wird wie das der Plazenta als Resorptionsfett aufgefasst. Die Grenzmembran gegen das parietale Blatt ist zunächst ein strukturloses Häutchen, dessen innere Lamelle sich im Laufe der Entwickelung verdickt.

In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ziehen Gänge vom Dottersack in das Innere der Plazenta hinein. Die Nährstoffe scheinen die intraplazentaren Dottersackgänge rasch zu passieren und erst im extraplazentaren Teil zur Resorption zu gelangen. Das Dottersackepithel vermehrt sich zunächst auf mitotischem, später auf amitotischem Wege. (E. Weishaupt.)

Greil (30) bringt zum Verständnis der Gastrulation der Amniotenkeime, d. h. der Entstehung des Urdarmes, die Furchungserscheinungen bei den primär holoplastischen Anamnierkeimen und den meroblastischen Keimen in eine Parallele. Der grosszelligen Cöloblastula der ersteren entspricht das Keimsynzytium der Meroblastier, wobei die zentralen Elemente den Mikromeren, die peripheren Elemente den Makromeren einer Cöloblastula homolog sind. In einer zweiten Phase sondert sich bei den Meroblastiern zunächst zentral und dann peripherwärts fortschreitend eine freie Germinalschicht von einem subgerminalen Synzytium; dieses subgerminale Synzytium hat nicht den Vollwert der Germinalschichte und des peripheren Kranzes des Keimsynzytiumrestes. Eine dritte Sonderung vollzieht sich durch eine lebhafte Vermehrung der oberflächlich zentralen Zellen der Germinalschichte, zu denen Abfurchungen vom subgerminalen Synzytium und von der Peripherie her hinzutreten. Diejenigen Zellen, welche den Urdarm bilden, liegen auch bei den Meroblastiern an der Oberfläche, in der Germinalschichte und bilden ein geschlossenes Kontinuum. Weder der Subgerminalschichte noch dem subgerminalen Synzytium soll der Rang des inneren Keimblattes zukommen; ebensowenig kann nach Greil die Germinalschichte als Ektoderm bezeichnet werden, sondern sie enthält die nur graduell verschiedenen Stammzellen aller Keimblätter.

Die Keimscheibe wächst in ihrer weiteren Entwickelung über den peripheren Keimsynzytiumrest hinaus; sie bildet mit dieser Ringzone die bei den Sauropsiden sehr zellreiche Area opaca, die allmählich in das Synzytium eindringt und den Dotterinhalt verarbeitet, während von dem zentralen Teil der Germinalschichte, von der Primitivplatte, Zellmaterial, in markanten Fällen unter der typischen Erscheinung einer Invagination der Gesamtschicht, nach vorn wächst und den Urdarmkanal bildet. Am Grunde des Urdarmsäckchens erfolgt der Übergang in den entodermalen Urdarmfundus, welcher der Subgerminalschichte aufliegt. Das nach beiden Seiten und nach hinten abfliessende Zellmaterial wird zum prostomalen Mesoderm. Durch das raschere Wachstum der dorsalen Wandung wird der entodermale Urdarmboden früher oder später dehiszent, zugleich mit ihm derjenige Abschnitt der Subgerminalschichte, auf welchem der Urdarm in dichter Anlagerung vorgewachsen ist. Bei den meisten Spezies entsteht der gesamte Urdarm als solider Strang. Sowohl am vorderen wie am hinteren Ende des invaginierten Urdarmes kommt es zu einem Durchbruch des Urdarmbodens und der Subgerminalschichte, der aber nicht als Urmund oder gar als Canalis neurentericus bezeichnet werden soll.

Die Subgerminalschichte, der von Keibel die grösste Wichtigkeit für die Entwickelung des Urdarms zugeschrieben wird, kann nach Greil bei gewissen Amnioten winzigen Teilen des Entoderms des Amphioxus und der holoblastischen Anamnier entsprechen, aber niemals den phyletischen Rang des Entoderms besitzen. An dem stammesgeschichtlichen Werdegange sollen aber die Phänomene der Gastrulation kontrolliert und erkannt werden. (E. Weishaupt.)

An Hühnerembryonen fand Peterfi (77) zwei Zellformen, von denen er die grösseren mit kleinem stark färbbaren Kern für ein älteres Stadium hält. In den jüngeren Epithelzellen ist der Zelleib kleiner, kompakter, der Kern gross oval, mit zahlreichen Chromiolen und einigen Nukleolen; in diesen Zellen erscheinen dann Vakuolen, welche den Kern zur Seite drängen, und um die Vakuolen erscheinen Fibrillen; durch Wachstum und Ineinanderfliessen der Vakuolen werden die Fibrillen miteinander vereinigt zu stärkeren längeren Fibrillen, die mit den Zellgrenzen (Zellmembran) zusammenhängen.

(R. Meyer.)

H. Lams (54) stellt in den Mittelpunkt seiner Untersuchungen die Kern- und Plasmaveränderungen des Meerschweincheneies vom Ende des Wachstumsstadiums der Eizelle bis zur Bildung der ersten 12 Blastomeren.

Bei der ersten Reifebildung spalten sich die Chromatinfäden wahrscheinlich in der Längsrichtung, bei der zweiten wahrscheinlich transversal. Das zweite Polkörperchen, das erst nach der Befruchtung ausgestossen wird, enthält ausser dem halben Eichromatin etwas Dottersubstanz. Bis zur zweiten Blastomere erhält sich in der einen der Spermatozoenschwanz intakt, so dass die erste und die zweite Blastomere wohl gleiche Kernsubstanz, aber verschieden geartetes Protoplasma besitzen. Der Schwanz des Spermatozoon teilt sich in der Längsrichtung; der männliche Pronokleus ist grösser als der weibliche.

Das Meerschweinchenei ist dotterreich, polar. Die Dottersubstanz besteht 1. aus den Mitochondrien, 2. aus runden Körnchen, 3. aus Fettkügelchen.

In dem unbefruchteten Ei tritt, als Zeichen der Degeneration, eine anormale Polarität, im befruchteten Ei eine Umkehrung der Polarität auf.

Eine Deutoplasmolyse findet nach Beendigung des Eiwachstums statt. Die grösseren deutoplasmareicheren Eier sollen nach Russo beim Kaninchen vorwiegend weibliche Embryonen hervorbringen. Durch Lezithininjektionen konnte Russo Anreicherung von Deutoplasma und zugleich einen grösseren Prozentsatz von Weibchen hervorrufen. (E. Weishaupt.)

v. Berenberg-Gossler (9) hat Embryonen von Reptilien und Vögeln untersucht und kommt zu dem Schlusse, dass man von einer Keimbahn bei ihnen nicht reden kann. Das, was man bisher als Urgeschlechtszellen und primäre Genitalzellen angesehen habe, seien Mesoblastzellen, welche in verhältnismässig später Zeit aus dem Entoblast hervorgehen. Auch die von Rubaschkin bei Säugern und von Fuss beim Menschen beschriebenen Wanderzellen seien wahrscheinlich solche Mesoblastzellen des Entoderms und keine Urgeschlechtszellen. (R. Meyer.)

Morphologisch betrachtet Firket (23) die primären Gonozyten der Vertebraten als phylogenetische Erinnerung an die definitiven Gonozyten der niederen Klassen (besonders der Zyklostomen und der Akranier).

Bei den Vögeln sind sie unabhängig von den sie umgebenden somatischen Zellen; sie besitzen eine Art amöboider Bewegung; es ist nicht unmöglich, dass einzelne in der Rindenzone des Ovariums zur Reife gelangen.

Am Rete unterscheidet Firket einen kompakten und einen aus Strängen zusammengesetzten Teil. Er zählte 16 solcher Stränge in Verbindung mit ebensoviel Urnierenglomeruli, sah aber niemals eine Verlängerung der Glomerulushöhle in einen Retestrang.

Firket ist der Meinung, dass sich das Rete bei den Vögeln (Gallus domestius) durch Gewebsverdichtung aus dem subepithelialen Mesenchym herausdifferenziert und dass die Verbindung mit den Urnierenglomeruli eine sekundäre ist. (E. Weishaupt.)

Strahl (89) untersuchte fünf junge Fruchtblasen von Myzetes, deren Alter er als der zweiten bis dritten menschlichen Graviditätswoche entsprechend einschätzt; er fand weitgehende Unterschiede im Bau der Plazenta und des Embryonalschildes gegenüber menschlichen Embryonen, so dass er eine Unterscheidung auch bereits in diesen frühen Stadien allein nach Schnitten für möglich hält. Verschieden ist die erste Differenzierung von Markamnionhöhle und Nabelblase, der Aufbau des Chorion und dessen Beziehungen zur Uteruswand, ebenso wie die der Eiansiedelung voraufgehenden Umwandlungen des Fruchthalters. Als Regel betrachtet Strahl bei Myzetes das Auftreten der einem besonderen Unterbau der Plazenta gleichenden Verdickung der plazentarfreien Fläche der Uteruswand, die sich bis in späte Entwickelungsstadien hinein erhält, aber physiologisch bisher unerklärt ist; er nennt dieses Gebilde Plazentoid. Zwei Embryonen zeigten eine auffallend dorsal konkave Krümmung; die ventrale, entodermale

Seite war bei beiden stark in die obere Öffnung der Nabelblase eingebuchtet. Nach Strahl kann vielleicht die Behandlung des Präparats für den Grad der Krümmung, keinesfalls aber für diese selbst verantwortlich gemacht werden. Wahrscheinlich ist die Biegung bedingt durch ein zeitweilig rascheres Wachstum des Embryonalkörpers gegenüber dem der Hüllen. Eine annähernd gleich starke Rückenkrümmung kommt seiner Anschauung nach bei menschlichen Embryonen desselben Entwickelungsstadiums nicht vor. (E. Weishaupt.)

An menschlichen Embryonen von 25—30 mm Länge fand Villandre (101) den Plexus hypogastricus zusammengesetzt 1. aus zahlreichen Nervenbündeln, die dem Verlauf des Plexus lumbo-aorticus folgen, 2. aus einem Ganglion, das sagittal gerichtet, an der Aussenseite des Rektum, der Genitalien und der Blase gelegen ist, 3. aus Anastomosen mit dem Plexus sacralis und 4. aus Ästen, die das Rektum, die Genitalien und die Blase versorgen.

Die Nervenbündel des kranialen Teiles verlaufen dorsal von der Radix mesenterii und von der Arteria mesenterica inferior; von der Aorta sind sie durch eine dünne Bindegewebsschicht getrennt, lateral werden sie von den Ureteren flankiert. Kaudal von der Bifurkation der Aorta liegt der dicke Nervenstrang zwischen den Umbilikalarterien; dorsal zwischen ihm und dem Os sacrum die Vena iliaca primitiva und lockeres Bindegewebe, so dass er von der Arteria sacralis media völlig getrennt ist. Weiter kaudal umschliesst das Nervenbündel beiderseits den Mesenterialansatz und die prärektale Peritonealtasche. Auch hier ist der Nerv völlig von der Arteria sacralis media getrennt, während die Arteria haemorrhoidalis sup. in direktem Kontakt mit ihm steht.

Das hypogastrische Ganglion erstreckt sich kranial bis zur Nabelarterie, kaudalwärts bis zum Beckenboden. In dem lockeren Bindegewebe seiner Umgebung verlaufen lateral Rekto-Urogenitaläste der Umbilikalarterie und noch weiter lateralwärts die Beckenvenen. (E. Weishaupt.)

Valtorta (99) untersuchte 128 Feten vom 6. Monat bis zum Ende der Schwangerschaft und 56 jüngere Embryonen; er fand weder lymphatische oder Blutgefässverbindungen zwischen Ovarium und Wurmfortsatz, noch ein Ligamentum appendico-ovaricum. (E. Weishaupt.)

Klaatsch (47) untersuchte an dem Embryonenmaterial der Breslauer Klinik die Stadien der Hymenbildung in kontinuierlicher Folge. Bei Embryonen von 15 cm existiert noch kein Hymen, doch lässt sich auf diesem Stadium diejenige Partie des Sinus urogenitalis bestimmen, die später zur distalen Fläche des Hymen wird. Sie ist scheibenförmig begrenzt, liegt suburethral und trägt die Mündungsstelle der Müllerschen Gänge. Die Hymenalscheibe hat zu dieser Zeit entweder nahezu plane Aussenfläche oder sie wölbt sich mit leichter Rundung gegen das Lumen der Pars pelvina vestibuli vor. Die Ausbildung eines Lumens im Vaginalstrang beginnt proximal und setzt sich distalwärts fort. Durch die Aushöhlung der retrohymenalen Partie, der gewöhnlich stark aufgetriebenen Ampulla vaginae, erhält der Hymen seine proximale oder vaginale Fläche.

Dadurch, dass die Pars phallica des Vestibulum im Wachstum zurückbleibt, gelangt die Vestibulovaginalgrenze und damit die Hymenalfalte an die Oberfläche. Durch die Vergrösserung der Vagina dehnt sich auch die Hymenalfalte bedeutend aus und erhält die Gestalt einer klappenartigen, trichterförmigen Membran, deren seitliche Partien sich den kleinen Labien anlegen. Der Hymen gewinnt dabei an Rigidität und stellt beim Neugeborenen ein recht derbes Gebilde dar, das gegen das Vestibulum glatt, gegen die Vagina hin bindegewebige Ausläufer zwischen das blasige Epithel entsendet.

Die relative Häufigkeit des Hymen duplex ist nach Klaatsch als atavistische Bildung aufzufassen, die an den Urzustand der Mammalier anknüpft; sie hängt mit der getrennten Ausmündung der Müllerschen Gänge zusammen, ebenso wie die Ausbildung eines dorsalen und eines ventralen Längswulstes der Vagina auf die Reste einer Scheidewandbildung zurückzuführen sein soll. —

Der dorsale Hymenteil, der die Beschaffenheit einer Klappe in besonderem Masse erlangt, zeigt meist eine kielartige, mediane Verstärkung, die mit einer Columna posterior der Vagina in Zusammenhang steht. Auch ventral ragt manchmal ein Vorsprung in das Lumen der Hymenalöffnung hinein. — Ebenso wie der Hymen, so weisen die Labia minora und majora und das Perineum beim Neugeborenen grosse individuelle Verschiedenheiten auf.

Klaatsch findet durch seine Untersuchungen die Erkenntnisse über die Entwickelung des Hymen bestätigt, wie sie schon durch Mihalkovics angebahnt und vor allem durch Robert Meyer gefördert wurden und wendet sich gegen Dohrn und Taussig, die den Hymen weiter proximal suchen, ebenso gegen Bolk, der ihn als eine weiter distal im Bereich des Sinus urogenitalis entstehende sekundäre Faltenbildung erklärt. (E. Weishaupt.)

Henneberg (36) fasst seine Untersuchungen zusammen wie folgt:

Die 1. erste Anlage der Kloakenmembran ist bei jungen Embryonen (mit 0 bis ca. 10 Urwirbeln) verschiedener Säuger und des Menschen an der Dorsalseite am hinteren Ende des Primitivstreifens gefunden worden, indem sich dort Ekto- und Entoderm, die hier oft verdickt sind, an einer kleinen Stelle berühren.

2. Diese Ekto-Entodermverbindung gelangt infolge von Wachstumsvorgängen bald an die Ventralseite des Embryos.

3. Die Kloake bildet sich durch Erweiterung des Endabschnittes des Darmes.

4. Der Schwanzdarm bildet sich durch Auswachsen des blinden Endes der Kloake. Dabei wächst die Ekto-Entodermverbindung mit in die Länge, so daß in der ersten Zeit der Schwanzdarm durch diese median-ventral mit dem Ektoderm in Verbindung steht.

5. Bei diesem Vorgang kommt, wie sich bei der Ratte beobachten lässt, der älteste zuerst angelegte Teil der Ekto-Entodermverbindung an das Ende des Schwanzdarmes zu liegen.

6. Die Ekto-Entodermverbindung gewinnt, abgesehen vom Eigenwachstum, zuerst durch Schwinden des Mesoderms kranialwärts an Ausdehnung, so dass sie zu einer gewissen Zeit als schmaler medianer Streifen vom Nabelstrang bis zur Schwanzspitze reicht, wird dann aber vom Schwanz her durch Auftreten von Mesoderm, das sich zwischen Ekto- und Entoderm einschiebt, verkürzt. Hierbei schwindet bei der Ratte die Ekto-Entodermverbindung des Schwanzdarmes zuletzt am Schwanzdarmende. Dieser zuerst entstandene Teil der Ekto-Entodermverbindung wird also nicht zur Kloakenmembran. Der übrigbleibende kraniale Teil der Ekto-Entodermverbindung stellt die Kloakenmembran vor.

7. Durch Wucherung des Mesoderms seitlich von der Ekto-Entodermverbindung entsteht seitlich von dieser je ein Längswulst. Hierdurch kommt dieselbe in eine Längsrinne — die Medianrinne —zu liegen.

8. Die ersten Rückbildungserscheinungen am Schwanzdarm bestehen in einer Verengerung des Lumens seines auf die Kloake folgenden Abschnittes. Dann schwindet zuerst dieser Abschnitt und schliesslich der ganze Schwanzdarm.

9. Bei der Ratte entsteht der Sinus urogenitalis als ein ventral vom Darm ausgehender Fortsatz der Kloake.

10. Es erweist sich als zweckmässig, die Bezeichnungen Kloakenmembran und Kloakenplatte, die bisher öfter in verschiedenem Sinne gebraucht wurden, als feste Termini für zwei ganz bestimmte unter sich verschiedene Bildungen zu gebrauchen.

11. Die Kloakenmembran ist ein Abschnitt der Kloakenwand und stellt eine schmale, in der Leibesoberfläche zwischen Nabel und Schwanzwurzel gelegene epitheliale Membran vor, die in der Flächenansicht zuerst lanzettförmig, später streifenförmig erscheint. Sie besteht aus dem Ektoderm des Integuments und dem Darmentoderm. Beide Blätter lassen sich bei der Ratte stets gegeneinander abgrenzen, so dass es also nicht zu einer Vermischung ekto-entodermaler Elemente

kommt. Letzteres scheint auch für den Menschen zu gelten. In der Kloakenmembran finden sich Glykogentröpfchen.

12. Zwischen Nabel und Schwanzwurzel tritt ein Höcker auf, der in der Literatur verschiedene Namen führt. Wir nennen ihn mit dem alten Namen Kloakenhöcker oder, da aus ihm die äusseren Genitalien und das Perineum hervorgehen, Genitoperinealhöcker.

13. Der Kloakenhöcker entsteht von vornherein als eine unpaare einheitliche Bildung durch Wucherung des seitlich von der Kloake gelegenen Mesoderms, wobei der ventrale schmale Abschnitt der Kloake mitgehend in den Höcker zu liegen kommt.

14. Die Kloakenmembran wandelt sich in die Kloakenplatte um. Dies geschieht in der Weise, dass sich die einander gegenüber liegenden Epithelwände des ventralen schmalen Abschnitts der Kloake von der Kloakenmembran her beginnend auf eine Strecke hin gegeneinander legen und sich miteinander vereinigen.

15. Die Kloakenplatte stellt eine sagittal stehende Epithelplatte vor, die in ihrem an der Leibesoberfläche liegenden Abschnitt aus der ehemaligen, jetzt schmalen Kloakenmembran besteht, in dem daran anschliessenden tieferen aus den vereinigten Wänden der Kloake. Sie besteht also aus dem Oberflächenektoderm — das wie auch sonst von dem einschichtigen Periderm und dem einschichtigen Stratum germinativum gebildet wird — und im übrigen ganz aus Entoderm. (R. Meyer.)

B. Plazentation, Gravidität, Puerperium.

Heinricius (35), der seine frühere Anschauung von der Herkunft des Synzytiums aus dem veränderten Bindegewebe der mütterlichen Schleimhaut zugunsten des fötalen Ursprungs aufgegeben hat, unterscheidet zwischen einem aktiven, fötalen Synzytium bezw. Plasmodium einerseits und dem Symplasma maternum oder fötale andererseits. Dieses letztere besteht aus Zellen der Plazenta in Vorstufen des Zerfalls und dient dem Fötus als Nahrung.

Das Chorionektoderm löst das Epithel an der maternen Schleimhaut auf; Villi drängen in das oberflächliche Bindegewebslager und zerstören die Zellen der Krypten und Drüsenröhren. Es entsteht eine Detritusmasse aus zerfallenen maternen Zellen und aus Blutungen, in der die fötalen Villi unverändert erhalten bleiben und immer mehr nach unten drängen, bis sie die zystisch erweiterten Teile der Drüsenkammern erreichen. In der Tiefe bilden fötale Elemente und materne Lamellen ein Labyrinth, in welchem die Blutgefässe der Mutter und des Fötus dicht beieinander liegen, getrennt nur durch das Chorionepithel und das Endothel der Gefässe, so dass Osmose und Gasaustausch zwischen dem fötalen und dem maternen Blute leicht von statten gehen.

Sobald Villi die grossen Drüsenkammern erreicht haben, nehmen sie in denselben gebildete Embryotrophe auf, welche teils durch Sekretion, teils durch Zerfall der Drüsenzellen erzeugt werden. Auch das gelöste Bindegewebe, das Fett und in gewisser Beschränkung die Leukozyten beteiligen sich an ihrer Bildung. Die Leukozyten scheinen, bei den Raubtieren wenigstens, nach Heinricius nur als zerfallene Zellen, als Nährmaterial in Frage zu kommen.

Ektodermzellen nehmen Erythrozytenbestandteile direkt in Form von ovalen und runden Schollen und feinen gelblichen, grünlichen oder bräunlichen Körnchen auf.

Die Bildung der Embryotrophe beschränkt sich bei der Hündin, Füchsin, Katze nicht auf die eigentliche Plazenta, sondern geht auch in dem ihr zunächst gelegenen Teile der Schleimhaut, der von Chorionepithel nur bekleidet ist, vor sich.

Das Blut zerfällt und liefert das für den Aufbau des fötalen Gewebes notwendige Eisen. (E. Weishaupt.)

Fermente, Amylase, Lipase zeigten nach Frank (25) bei fortschreitender Gravidität weder Zu- noch Abnahme in Plazenta und mütterlichem Blut.

Änderungen der Plazenta, die durch vitale Färbung (Trypanblau) dargestellt werden können, hängen von der Zufuhr mütterlichen Blutes ab. Die fötalen Membranen sind für gewisse Substanzen besser durchgängig als die Plazenta. — Die Experimente sprechen dafür, dass die Plazenta mehr ein passives Austauschorgan als ein aktiv metabolisches Organ darstellt. (E. Weishaupt.)

Geipel (26) fand deciduale Wucherungen im Douglas und Netz (ohne Adhäsionen), hirsekorngrosse Knötchen mit kolossalen Zellen, vielkernig und vakuolisiert (Riesenzellen) auch am Peritoneum der vorderen Beckenwand, am Wurmfortsatz, der mit dem Peritoneum am Psoas verwachsen war; und in fünf Beckenlymphknoten; die decidualen Wucherungen füllen die Randsinus teilweise oder völlig aus, dringen zwischen den Follikeln markwärts vor, diese verdrängend; man findet Reste von Lymphfollikeln in den decidualen Wucherungen, um die letzteren Lymphspalten. Die Fibrillen sind reichlich vermehrt. Einzelne Wucherungen sind enorm gross, makroskopisch sichtbar. Die kleineren beschränken sich auf das Sinusgebiet unter Schonung der Follikelgrenze. In einem zweiten Falle (Placenta praevia) fand er „beginnende“ Deciduabildung, lebhaft entwickelte Fibrillen in einer einzigen Drüse.

In der Diskussion zu Geipels Vortrag erklärt Albert die Bildungen für deportierte synzytiale Zellen; die Ähnlichkeit mit Deciduazellen sei gering, die Zellen seien anders angeordnet, das Protoplasma färbe sich ganz anders. Kehrer hält die Metastasierung von der uterinen Decidua (!) her nicht für möglich; die Umwandlung aus fixen Bindegewebszellen sei Schritt für Schritt nachweisbar, rein durch Hormone bewirkt (Löb). Die Verteilung von der Rinde her erkläre sich wohl durch die Blutgefässversorgung. Nötige Vorbedingung scheine Verwundung oder Entzündung zu sein. Er stellt die Frage auf, ob nur die dem Peritoneum zugewendete Seite der Beckendrüsen sich decidual verändere.

Nach Schmorl kommen Riesenzellen bei Extrauteringravidität im Uterus vor, sonst werden deciduale Riesenzellen nur auf dem Netze beobachtet. Im Ligamentum latum oder rotundum, auf normalen Tuben kommt Decidua nicht vor, nur auf verwachsenen Tuben.

Lahm fand Decidua in zytogenem Gewebe um Epithelschläuche (im 3. Monat der Gravidität) in tieferen Schichten des Peritoneums. (R. Meyer.)

Keiffer (42) macht seine Untersuchungen im Anschluss an Ancel und Bouin (Meerschweinchen) beim Weibe. Er entnahm bei 7 Kaiserschnitten schmale Streifen aus dem Uterus, in denen er Modifikationen der glatten Muskelfasern ähnlich wie bei trächtigen Meerschweinchen zur gleichen Schwangerschaftsperiode fand. Der Rückbildungsprozess besteht in Zytolyse. (Der Befund ist identisch mit den altbekannten Einwucherungen chorialer Epithelzellen.

(R. Meyer.)

C. Brunst, Menstruation.

Des Cilleuls (16) Beobachtungen an erstmalig brünstigen Kaninchen nach einem Koitus ohne Befruchtung haben ergeben, dass von 43 Stunden bis zum 7. Tage nach dem Koitus zahlreiche Mitosen im Oberflächenepithel des Uterus auftreten, dass sich vom 7.—14. Tage die Kerne amitotisch teilen, ohne dass die Teilung des Zytoplasma darauf folgt, so dass das Stroma von einer fortlaufenden Epithellamelle ohne Zellgrenzen bekleidet ist. Vom 15.—25. Tage degeneriert ein grosser Teil der Kerne, ein Teil des synzytialen Protoplasmas wird nekrobiotisch und das Epithel erscheint wieder in der Struktur der geschlechtsruhigen Phase.

Dieser zyklische Vorgang wird jedesmal durch das Erscheinen neuer Corpora lutea im Ovarium hervorgerufen. Die amitotischen Kernteilungen können mehr-

fach im Jahre während der ganzen Dauer der Geschlechtsreife des Tieres auftreten, ohne dass dadurch die Entwickelung der Zelle oder die spätere Karyokinese beeinträchtigt wird. Aus diesen Tatsachen soll keine regeneratorische Fähigkeit der Amitose gefolgert werden, sie gestatten indessen nach der Meinung des Verf. den Schluss, dass die direkte Kernteilung nicht notwendigerweise eine Alterserscheinung der Zelle vorstellt. (E. Weishaupt.)

Nach Schröders (86) Untersuchungen treten kurz vor der menstrualen Blutung Zeichen des Gewebszerfalles in der Uterusschleimhaut auf, Kernzerfall, ausgedehnte Leukozytose; während der ersten Zeit der Blutung kommt es zu ausgedehntem Gewebszerfall der Kompakta und eines Teiles der Spongiosa; „diese Partien werden abgestossen und gehen teils autolytisch, teil phagozytär (Bedeutung der Leukozytose) zugrunde". Eine Abstossung in grösseren Gewebsfetzen ist nicht deutlich. Die restierende Wundfläche wird von dem Drüsenepithel der 2—3 mm dicken Uterusschleimhaut regeneriert. — Berücksichtigung der Literatur.) (R. Meyer.)

Unter 23 Fällen von klimakterischen Blutungen fand Anna Kramer (49) in den meisten Fällen Drüsenerweiterungen und stellenweise hohes Zylinderepithel in den Drüsen der curettierten Schleimhäute. (E. Weishaupt.)

D. Anatomie.

1. Allgemeines. Topographie.

Hadden (32) widerspricht folgenden Behauptungen: 1. Dass nur wenige Fasern des Levator ani zwischen Vagina und Rektum verlaufen und die grössere Zahl hinten um das Rektum herumginge. 2. Dass durch Fassen der lateralen Muskelfasern bei der Perineorrhaphie die Fasern einander genähert werden, die eigentlich hinter dem Rektum verlaufen sollen. 3. Dass der Transversus perinei keinen Stützwert besitze. 4. Dass die Faszien die wichtigste Stütze vorstellen und es unmöglich sei, sie von den Muskeln zu trennen.

Die fehlerhaften Anschauungen der Chirurgen beruhen nach Haddens Anschauung darauf, dass sie meist am kranken Perineum bei Faseratrophie und Retraktionszuständen operieren. (E. Weishaupt.)

2. Ovarien, einschliesslich Corpus luteum und Ovulation.

G. Linzenmeier (62) beschreibt ein junges menschliches Ei, eins der wenigen, die in situ angetroffen wurden und nach den Massen zu schliessen, zu den allerjüngsten bisher bekannten gehört. Das lebensfrisch fixierte Ovulum misst, die Hüllen mitgerechnet, 1,05:0,9 mm und hat fast dieselben Masse wie das Ei von Bryce und Teacher. Bis auf eine kleine Strecke an der Nidationsstelle ist das Epithel der Uterusinnenfläche vollkommen erhalten; an der Stelle des Defekts sitzt ein Gewebspilz, das Bonnetsche Schlusskoagulum, das Peters zuerst beschrieben hat.

Die Schleimhaut hat prämenstruellen Charakter, eigentliche Deciduazellen sind nur in unmittelbarer Nähe der Nidationsstelle, in der Umgebung einzelner Gefässe, vorhanden; der Charakter des Kompakten in der obersten Schicht der übrigen Schleimhaut ist durch eine starke seröse und teilweise blutige Durchtränkung des Gewebes hervorgerufen. Die Zellen der stark geschlängelten Drüsen sind in voller Funktion; der Glygokengehalt nimmt deutlich von der Schleimhauttiefe nach der Oberfläche hin zu. In den basalen Schichten sind vereinzelt Lymphzelleninfiltrate eingestreut. Trotz genauester Durchmusterung vieler Schnitte wurden nur zwei Mitosen (Dyaster) in der Decidua gefunden: Linzenmeier folgert daraus, dass die Verbreiterung der Mukosa weniger durch Vermehrung

der Zellindividuen als durch Volumenzunahme der einzelnen Zellen zustande kommt, genau so wie es bei den Drüsenzellen der Fall ist,.

Das Ei ist nicht vollständig in die Mukosa eingesunken, es gehört, wie die Mehrzahl der bisher bekannten, zu den oberflächlich implantierten Eiern. Ringsherum ist eine Trophoblastschale gebildet, am stärksten an der Basis, am wenigsten entwickelt auf der Kuppe. An der Basis, an der Stelle des Haftstieles ist auch die Mesoblastschicht des Chorions am breitesten und zellreichsten; von hier aus führen kurze Zapfen ohne Andeutung von Gefässen in den Trophoblastmantel; nach innen zu verlaufen Gewebszüge durch das ganze Exocölom bis zum Embryo hin. Von den Spitzen der Zotten dringen Zellsäulen vor, die sich peripherwärts verbreitern, so dass sie sich oft mit den benachbarten Zellbalken vereinigen. Die von diesen Balken und Säulen begrenzten Lakunen stellen die Anfänge des intervillösen Raumes dar, sie enthalten Blut, aus dessen guter Konservierung zu schliessen ist, dass es sich in Zirkulation befand. Die Blutlakunen kommunizieren miteinander und ausserdem mit tiefergelegenen mütterlichen Kapillaren.

Ebenso wie R. Meyer konnte Linzenmeyer feststellen, dass überall da, wo der Trophoblast mit flüssigen Medien in Berührung kommt, die Bildung von Synzytium auftritt. Das Synzytium scheint teils einen Schutzwall für die Langhanszellen, teils ein Organ für den Stoffaustausch darzustellen. An der Peripherie sind die Trophoblastzellen grösser, vollgepfropft von Zellmaterial, die Kerne heller gefärbt, eine Unterscheidung zwischen Synzytium und Langhanszellen lässt sich hier gar nicht mehr machen (cf. Hinselmann, Über die Entstehung der Synzytiallakunen. Ref.). Bei den jüngsten Eistadien ist die tryptische Kraft des Trophoblast stärker als das antitryptische Ferment der Decidua (Gräfenberg), infolgedessen finden sich zu der Zeit grössere Verluste auf seiten der Decidua als später, wo die Kräfte ausgeglichen sind.

Die Keimanlage liegt in einer Verdichtung des Chorionmesoderms an der Basis der Fruchtblase. Sie besteht aus dem Embryonalschild, der kleineren Entoderm und der grösseren Markamnionhöhle und hat eine Gesamtlänge von 0,21 mm. Eine Anlage des Amnionganges und der Allantois scheint vorhanden.

(E. Weishaupt.)

Unter Heranziehung von nahezu 20 verschiedenen Methoden (Golgi, Fananas, Veratti, Kopsch, Benda usw.) untersuchte Cattaneo (14) die endoplasmatischen Strukturen der Eierstockzellen und besonders der Eizellen selbst. Die besten Resultate gewann er bei Ovarien verschiedener Fledermausarten, untersuchte aber auch solche höherer Säugetiere bis hinauf zum Menschen.

Er kommt zu dem Ergebnis, dass der Golgische Netzapparat einen konstanten Bestandteil der Eizelle mit charakteristischer Anordnung darstellt, der bestimmten durch die Fortentwickelung bedingten Veränderungen unterworfen ist und der als wichtiger Bestandteil des zellulären Strukturplanes anzusehen ist. — Der Netzapparat findet sich bereits in den indifferenten Keimzellen der Valentin-Pflügerschen Schläuche. Struktur und Anordnung modifizieren sich in stets gleicher Weise, bis die Netze schliesslich, wenn der Oozyt sein Wachstum nahezu vollendet hat, in der Randzone gelagert sind. — Sehr kompliziert liegen Befunde und Fragen über die Mitochondrien, die zwar schon längst bekannt und beschrieben, ausserordentlich inkonstant und unspezifisch in ihrem morphologischen und mikrochemischen Verhalten sind und über deren physiologische Funktion ebenso viele wie wenig begründete Hypothesen zirkulieren(Renaults Elektosome, d. h. elektive Extraktionsorgane für Sekrete, Vererbungs- oder Individualitätsorgane nach Meves). Auch Befunde, die die direkte Umwandlung der Mitochondrien in Dotter bildendes Material einwandsfrei beweisen, konnten bisher nach Anschauung des Verfs. nicht erhoben werden. (E. Weishaupt.)

Nach van Durme (21) besitzen die Vögel, bis auf seltene Ausnahmen, nur einen, den linken Eierstock. — Zwischen der Follikelruptur und

dem Ablegen des Eies vergehen nur ungefähr 20 Stunden, davon gehören kaum 5—6 den Reifevorgängen, dem Ausstossen der Polkörperchen, den ersten Segmentierungen. Der Dotterkern persistiert zu Beginn der intrafollikulären Eireifung, kann sich vor dem Verschwinden in 3—4 Kerne teilen. — Dotterbildender Halbmond um das Keimbläschen, ein zweites dotterbildendes Zentrum an der Dotterperipherie. Die Mitochondrien sind ein intermediäres Stadium und gehen der Bildung von Fettkügelchen vorauf.

Helle Dotterblasen charakteristisch für das 2. Stadium der Vitellogenese. Im 3. Stadium Vergrösserung der Dotterkugeln; im Endoplasma geht der axiale weisse Dotter aus ihnen hervor. Während der intrafollikulären Eireifung hat der Kern einen Nukleolus und durch Fäden verbundenene Chromatinschleifen, ein Pseudoretikulum, zeitweise multiple Nukleolen und Teilungserscheinungen an den Bestandteilen des Pseudoretikulums. Später persistieren nur die Nucleoli, die sich bei einigen Arten (Huhn) zu gebogenen Stäbchen umformen.

Das erste Polkörperchen wird innerhalb, das zweite ausserhalb des Eierstockes ausgestossen. Zentrosoma gelangten nicht zur Darstellung.

Um die Pronuklei erscheint eine feingekörnte, perinukleäre Dotterzone. Der Schwanz des Spermatozoon ist neben dem gequollenen Kopf sichtbar.

Die perinukleäre Dotterzone ist noch um die erste Teilungsspindel und um die ersten Blastomeren sichtbar. Eine subgerminale Lichtung oder Höhle erscheint auf einem frühen Entwickelungsstadium. Die erste Teilungsspindel hat eine parallel zur Eioberfläche angeordnete Längsachse. Bei den Vögeln kommt sicher eine Nebenkerne erzeugende Polispermie vor (Rückerts Merozyten).

(E. Weishaupt.)

B. F. Kingsbury (45) hat bereits früher die Ergebnisse morphogenetischer Untersuchungen an 63 Katzenovarien (von 95 mm Länge bis zu alten Tieren) veröffentlicht und seine Resultate sind im vorigen Bande dieser Jahresberichte referiert. Eine neuere Arbeit geht ausschliesslich auf die interstitiellen Zellen bei demselben Material ein. Bereits bei dem Fetus von 95 mm Länge, in einer Zeit, die Kingsbury als zweite fötale Proliferationsperiode des Eierstockes bezeichnet, fand er die interstitiellen Zellen in den zentralen Partien des Organs, in enger Gemeinschaft mit den Marksträngen. Sainmont hat die Zellen bereits früher bei Föten von 25 mm Länge und zwar im basalen Bindegewebskern beschrieben.

Die interstitiellen Zellen sind nach Kingsbury transitorische Gebilde, die sich durch Zunahme des Zytoplasmas und durch Auftreten von Lipoidgranulis aus den Stromazellen entwickeln. Da sie sich überdies wieder zu Stromazellen zurückbilden, so sind sie keineswegs als eine besondere Zellart anzusehen. Im reifen Ovarium ist ihre Entwickelung aus Theca-interna-Zellen atresierender Follikel deutlich zu beobachten. Ihr Auftreten scheint an das Verschwinden der Keimzelle und an eine erhöhte sekretorische Tätigkeit der Granulosazellen, also an degenerative Vorgänge gebunden zu sein. Die Theca-interna-Zellen normaler Follikel enthalten dagegen sehr wenig freie Lipoide.

Die Beobachtungen des Verfs. bestätigen die Annahme von Aimé und Popoff nicht, der zwei verschiedene „interstitielle Drüsen“ annimmt: eine fötale, in der Markschicht gelegene und eine zweite im Eierstock des geschlechtsreifen Tieres in der Rindenschicht und an die Follikelatresie gebunden. Er betrachtet im Gegenteil das örtlich verschiedene Auftreten als eine Folge der zentrifugal vorschreitenden Reifeerscheinungen im Ovarium. Kingsbury kann weder in der Genese noch in der Morphologie der interstitiellen Zellen einen Grund dafür sehen, sie als Drüse zu bezeichnen, noch aus unseren physiologischen Kenntnissen eine Berechtigung herleiten, sie als innersekretorische Elemente, als Bildner von Ovarialhormonen, zu betrachten.

Wie beim Eierstock die interstitiellen Zellen keine Beziehungen zur Oogenese besitzen, sondern sich in Abhängigkeit von regressiven Veränderungen am Follikelapparat entwickeln, so fand Kingsbury sie auch im Hoden unabhängig von der Spermatogenese und gleichzeitig mit der Atrophie der Samenkanälchen auftreten. (E. Weishaupt.)

Die Ergebnisse von Regaud und von Lacassagne (79) sind folgende:

1. In der Rindenzone vom Ovarium des geschlechtsreifen Kaninchens kommen neben Follikeln mit Oozyten Follikel ohne Oozyten vor.

2. Das Epithel beider Follikel ist das gleiche: auf einem bestimmten Entwickelungsstadium sezernieren die einen und die anderen Epithelzellen dieselbe exoplastische Substanz.

3. Die eilosen Follikel sind variable Gebilde; zuerst sind es kleine solide, aus wenigen Zellen bestehende Häufchen, die grösser werden und auf dem Stadium der weitesten Entwickelung wie gewöhnliche Follikel beginnende Mehrschichtung der Epithellagen zeigen.

Nachher atresieren die eilosen Follikel wahrscheinlich, ein Phänomen, welches die Verff. indessen nicht recht beobachten konnten.

4. Die Radiumresistenz der eilosen Follikel, durch die sie einer für die anderen Follikel tödlichen Strahlendosis widerstehen, hat zu ihrer Entdeckung geführt.

Da sich die eilosen Follikel in gleicher Zahl im nicht bestrahlten Ovarium finden, so ist es sicher, dass sie nicht ein pathologisches Produkt der Bestrahlung bilden.

5. In der Rindenschicht finden sich in seltenen Fällen sehr lange Stränge und Schläuche von derselben Struktur wie die beschriebenen Zellhäufchen und die eilosen Follikel. Beziehungen zum Oberflächenepithel besitzen sie nicht.

6. Die Epithelhaufen und eilosen Follikel, die epithelialen Gänge und Schläuche in der Rindenzone des Ovariums vom Kaninchen sind höchst wahrscheinlich, ebenso wie die oozytenhaltigen Follikel, Derivate des Keimepithels und zwar wahrscheinlich Abkömmlinge seiner letzten Einwucherung.

7. Die Gebilde werden als Homologa der bei anderen Tieren im Ovarium beschriebenen Epithelformationen angesehen. (E. Weishaupt.)

Marcotty (65) verlegt den Follikelsprung in die Mitte zwischen zwei Menstruationen. Blutung tritt schon vor der Menstruation in mässiger Menge physiologisch auf (R. Meyer). Bei der Menstruation erneute Blutung in das Corpus luteum (Aschoff). Stärkere prämenstruelle Blutung ist traumatisch oder infektiös. Die zweite Blutung bleibt bei Gravidität aus. Die Blutung im Vaskularisationsstadium ist in der Gravidität nicht konstant. Blut und Pigment kann anfänglich im Graviditäts-Corpus luteum fehlen. Dadurch sind Corpus luteum gravid. und Corpus luteum menstr. wesentlich unterschieden. Das Alter des Corpus luteum lässt sich aus dem Bau, dem Blut und dem Pigment annähernd bestimmen. Fett ist bei Corpus luteum menstr. schon im prämenstruellen Stadium vorhanden; zuerst in den Thekaluteinzellen am deutlichsten, dann auch in der Granulosa, zuerst peripher. Später enthalten die Thekazellen kein Fett mehr. Die Hauptverfettung der Granulosa tritt erst nach den Menses auf.

Von Anfang an handelt es sich beim Corpus luteum menstr. um eine Mischung von doppeltbrechenden und nicht doppeltbrechenden Fettsubstanzen: wahrscheinlich von Neutralfetten, Cholesterinverbindungen bzw. Cholesteringemischen und eventuell Phosphatiden.

Corpus luteum graviditatis ist eine Fortbildung des prämenstruellen Blütestadiums mit geringer Verfettung, letztere kann ganz fehlen.

Die Vergrösserung beruht zum geringen Teile auf einer bis zum zweiten Monat dauernden Hypertrophie der Granulosazellen; zum grössten Teile auf der Vergrösserung des Zentrums.

Kolloid findet sich namentlich in den ersten Schwangerschaftsmonaten, auch noch im Puerperium, nur in den Granulosazellen, Kalk oft in der zweiten Hälfte der Gravidität. Die bindegewebige Abdeckung ist deutlicher ausgebildet im Corpus luteum gravid. Zystische Hohlräume sind bis zum sechsten Monat fast regelmässig, später ist das Corpus luteum gravid. solide.

Die Thekaluteinzellen im Corpus luteum gravid. unterliegen bis zum fünften Graviditätsmonat individuellem Wechsel. (R. Meyer.)

Miller (68) fasst die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen und der Literatur über Corpus luteum, Menstruation und Gravidität dahin zusammen, dass zwischen Ovulation und Menstruation ein festes Abhängigkeitsverhältnis derart besteht, dass der Follikelsprung der Blutung durchschnittlich neun Tage vorausgeht. Die epitheliale Natur des Corpus luteum ist durch die vergleichende Entwickelungsgeschichte, durch das Auffinden von Kolloid innerhalb der Luteinzellen und den Nachweis direkter Übergänge erwiesen. Eine histologische Differentialdiagnose des Corpus luteum graviditatis wird durch den Nachweis von Kolloidtropfen und Kalkkonkrementen bei negativem Ausfall der Fettreaktion ermöglicht. Das Corpus luteum ist eine periodisch sich bildende Drüse mit innerer Sekretion, welche die zyklische Umbildung des Endometriums veranlasst und die Implantation des Ovulums ermöglicht; es bewirkt als trophisches Zentrum für den Uterus den erhöhten Turgor in den Generationsjahren, beschützt die junge Schwangerschaft und verhindert die neue Eireifung. Die fehlende Corpus-luteum-Neubildung ist die Veranlassung zur Laktationsatrophie des Uterus.

Der Nachweis eines inneren Sekretes des Corpus luteum durch die Komplementbindungsmethode misslingt, da Hormone nicht zur Antikörperbildung Veranlassung geben. Die vitale Färbung hat noch zu keinem Ergebnis geführt.

Die Schwangerschaftstoxikosen stellen möglicherweise eine Unterfunktion des gelben Körpers dar.

Das Corpus albicans entsteht ausschliesslich durch hyaline Entartung des bindegewebigen Anteils des Corpus luteum.

Die Menstruation hat für die Konzeption keine Bedeutung. Der 10. Tag vor Beginn der Menstruation ist der geeignetste Tag für die natürliche wie für die künstliche Befruchtung. Eine postmenstruelle Eieinbettung gibt es nicht; zur Implantation gelangt stets das Ovulum der zuerst ausbleibenden Regel; die Schwangerschaftsdauer ist um 19 Tage zu reduzieren. Brunst und Menstruation sind entwickelungsgeschichtlich und physiologisch verschiedene Erscheinungen. (E. Weishaupt.)

Wallart (103) fand analog den älteren Untersuchungsergebnissen von Frankenhäuser, von v. Herff u. a., dass die Nerven zwischen den Gefässen, stark gewunden und geschlängelt wie diese selbst, in das Ovarium eintreten. Während das Kaliber einiger Fasern unverändert vom Hilus bis in die Rindenschicht bleibt, zeigen andere spindelige oder zylinderische Anschwellungen, Terminalkolben oder geben Zweige an Gefässe und Muskeln ab. In der Rindenschicht breitet sich ein dichter Plexus zum grösseren Teil markloser Fasern aus, zwischen denen Anastomosen vorhanden sind.— Die Versorgung der Gefässe ist eine überaus reiche; bei muskelführenden Gefässen und in den intervaskulären Muskelbündeln treten die Nervenspindeln in grosser Zahl bis an die glatten Muskelzellen heran, während sie sich bei den Kapillaren nur den Endothelien anlegen, ohne in Protoplasma und Kern einzudringen.

Nach sorgfältiger Ausschaltung aller durch die Methodik gegebenen Fehlerquellen lehnt Wallart das Eindringen von Nervenfasern zwischen die Granulosaepithelzellen für sein Meatrial ab. Die Befunde am Corpus luteum teilt er wegen der hierfür besonders grossen technischen Schwierigkeiten unter grösster Reserve mit. Er fand weitgehende Nervenversorgung während der Rückbildung des

gelben Körpers, indes Entwickelung und Blüte nur eine Begleitung der in den Septen verlaufenden Gefässe nachzuweisen erlaubten. Im Gegensatz zum Corpus luteum ist die aus der Theca interna atretischer Follikel hervorgehende interstitielle Drüse und ganz besonders ihr Endstadium das Corpus fibrosum überaus reich mit Nerven versorgt, woraus Wallart auf die Wichtigkeit dieser Gebilde für die humeralen und neuralen Korrelationen des Eierstocks mit den anderen Organen schliesst.

Die in die Bahnen der Nervenfasern eingeschalteten, Ganglienzellen ähnlichen Gebilde entsprechen nach Wallart solchen zwar mit grösster Wahrscheinlichkeit, können aber noch nicht völlig einwandfrei gedeutet werden.

(E. Weishaupt.)

Nach Aschner (4) entspricht dem wechselvollen mikroskopischen Bilde des Ovariums ein Auf und Nieder im Entstehen und Vergehen der Follikel und ihrer Derviate, Vorgänge, die auf ontogenetischen und phylogenetischen Gesetzmässigkeiten sowie auf funktioneller Anpassung beruhen.

Von der grossen Zahl der Eier bei den Säugern, die einen phylogenetischen Rest aus der Zeit der niedrigen Wirbeltierstadien darstellt, geht eine Menge in den letzten Fötalmonaten zugrunde. Die bleibenden Eizellen werden gegenüber den der Rückbildung anheimfallenden Eiern als Sieger im Existenzkampf betrachtet, die häufig in der Nähe von grossen, gut ausgebildeten Follikeln gelegenen atretischen Follikel als das Resultat eines stattgehabten Kampfes zwischen den Follikeln. Auf welchen zellulären Eigenschaften die Auslese beruht, ist bisher noch unbekannt.

Das typische Bild der interstitiellen Drüse findet sich in ausgeprägter Weise allerdings nur bei den Säugern, wie auch nur bei ihnen das Corpus luteum in ganz besonderer Art scharf charakterisiert ist, indessen kommen sowohl Corpora lutea wie auch atretische Follikel, diese als Elemente der interstitiellen Drüse, schon bei Fischen, Amphibien, Reptilien und Vögeln vor. Nach Aschner wird bei diesen Tieren im Gegensatz zu den Säugern das Corpus luteum in der Hauptsache von den gewucherten Zellen der Theca interna gebildet und unterscheidet sich deshalb nur wenig von dem atretischen Follikel. Am besten ausgebildet ist die interstitielle Drüse bei denjenigen Säugern, die die grösste Fruchtbarkeit aufweisen, also bei den Nagetieren, Insektivoren, Chiropteren und Raubtieren, viel geringer dagegen bei den höheren Säugern und bei dem Menschen, was Aschner damit erklärt, dass bei erhöhter Follikelproduktion vermehrte Follikelatresie und damit eine verstärkte Ausbildung der interstitiellen Drüse statthat. Die im Kampfe unterlegenen Eier werden durch Funktionswechsel einesteils zum Nährsubstrat für die siegreichen Eier und andernteils zum innersekretorischen Organ für den Gesamtorganismus. Je mehr das Corpus luteum räumlich und funktionell entwickelt ist, desto mehr verschwindet die interstitielle Eierstocksdrüse neben ihm, was in den verschiedenen Phasen des Geschlechtslebens besonders bei den höher differenzierten Säugern hervortritt.

Die Druckwirkung der umgebenden Follikel auf die interstitielle Drüse und das Verhalten der durchflochtenen Bindegewebszüge der Rindenschicht nach experimenteller Zerstörung der Follikel erscheint dem Verfasser weiterer Forschung wert. (E. Weishaupt.)

Grosser (31) stellt folgende Thesen auf: 1. Der Ovulationstermin des Menschen lässt ein Häufigkeitsmittel erkennen, schwankt aber innerhalb eines auffallend weiten Zeitraumes. Das Mittel dürfte in die erste postmenstruelle Woche fallen.

2. Die Dauer der Tubenwanderung des befruchteten Eies beträgt beim Menschen wahrscheinlich beträchtlich mehr als 8—10 Tage, manchmal vielleicht über 20 Tage, normalerweise mindestens 14 Tage.

3. Die Implantation erfolgt zwar am häufigsten prämenstruell, ist aber nicht an den prämenstruellen Abschnitt des menstrualen Zyklus gebunden.

(R. Meyer.)

Zur Untersuchung der Corpora lutea empfiehlt Wallart (104) die Methode der Schnittverdauung und Unnas Verfahren zur Darstellung des Spongio- und Granioplasmas. Schon in den Frühstadien vom Corpus luteum sieht Wallart Zellen der Tunica externa zwischen diejenigen der Tunica interna eindringen, was er in dem Sinne deutet, dass ein grosser, wenn nicht der ganze faserige Anteil des ausgebildeten gelben Körpers aus der Theca externa hervorgeht.

Wallart wendet sich gegen Hegars Unterscheidung von hellen und dunklen Internazellen als besondere Zellarten und gegen Robert Meyers Befund der Rückbildung von Zellen der Theca interna in Spindelzellen. Er verweist auf die Ähnlichkeit zwischen Corpus luteum und interstitieller Drüse bezüglich des Bindegewebsfasernetzes, das ihre Zellen wie eine Hängematte maschig umschliesst. Die Abortivformen der Corpora lutea sollen den Beweis liefern, dass auch aus dem nicht gesprungenen Follikel Corpus luteum ähnliche Gebilde entstehen können.

(E. Weishaupt.)

3. Tuben, Ligamente.

Wichmann (107) fasst seine Resultate folgendermassen zusammen:

1. Die ersten Flimmerzellen im Bereich des Müllerschen Epithels entstehen im Beginn des vierten Monats (bei etwa 18 cm Scheitelfersenlänge) und zwar zuerst im Epithel der Fimbria ovarica.

2. Die Flimmerbildung schreitet von da ab in den Tuben allmählich nach unten vor, um wahrscheinlich im siebenten Monat das Uterushorn zu erreichen.

3. Beim Neugeborenen sind die Flimmerzellen auf der Fimbria ovarica und in dem lateralen Teil der Tube etwa gleich zahlreich wie die flimmerlosen.

4. Die ersten Flimmerzellen treten regelmässig paarweise auf. Es ist deshalb anzunehmen, dass die Flimmerbildung hier in ganz jungen Tochterzellen nach einer Zellteilung vor sich geht.

5. In den Anhangsgebilden treten die ersten Flimmerzellen spätestens im siebenten Monat auf. Beim Neugeborenen sind sie schon fast ebenso zahlreich wie die flimmerlosen Zellen.

6. Das Epithel der offenen (becher-, trichter- und franzenförmigen) Anhänge gleicht während ihrer ganzen Entwickelung ziemlich genau demjenigen der Fimbria ovarica.

7. Von etwa dem siebenten Monat an scheidet sich die Entwickelung der Epithelformen der geschlossenen Anhänge, der Hydatiden, von derjenigen der offenen ganz erheblich, augenscheinlich wegen der veränderten Verhältnisse in einem geschlossenen Zystenraume.

8. In den Hydatiden variiert das Epithelbild in verschiedenen Fällen und in verschiedenen Abschnitten derselben Hydatide ganz erheblich, hauptsächlich gemäss dem verschiedenen Sekretionszustand der Epithelzellen.

9. In den lebhafter sezernierenden Hydatidenpartien und z. B. bei den Schwangeren überwiegenden die flimmernden und grösseren Zellformen, sowie die mit einem Sekretpfropf überlagerten flimmerlosen Zellen, während die in einem Ruhestadium befindlichen Epithelien sehr spärlich Flimmerzellen enthalten. meistenteils von niedrig zylindrischer bis kubischer Form sind und nicht selten einen Zentralgeisselapparat tragen.

(E. Weishaupt.)

4. Uterus.

Krainz (48) stellt nach seinen Untersuchungen fest:

1. Die ruhende Uterusschleimhaut des Hundeuterus ragiert auf eingebrachte Fremdkörper nicht mit histologischen Veränderungen.

2. Während der Brunst eingebrachte Fremdkörper stören den normalen Ablauf des endometralen Veränderungszyklus in keiner Weise, üben also auf das befruchtete Ei keine Wirkung aus.

3. Während des Stadiums der Drüsenhyperplasie ist bei der Hündin eine erhöhte Sensibilität der Schleimhaut vorhanden; grobe Reize (Einschnitte rufen zystische Drüsenentartungen hervor.)

4. Die länger im Uterus verbleibenden Fremdkörper sind nicht imstande, die Einleitung einer neuen Geschlechtsperiode zu verhindern.

5. Der Uterus hat die Tendenz, vorhandene Fremdkörper auszuscheiden. (R. Meyer.)

Das Oberflächenepithel unterscheidet sich nach Sternberg (90) morphologisch im Isthmus uteri von dem in der Cervix: es hat eine Eigenart zwischen Corpusepithel und Cervixepithel. Auch haben die Isthmusdrüsen ihren besonderen Verlauf; neigen zu Zystenbildung etc. im Sinne Aschoffs. Sternberg legt der Dreiteilung grosse Bedeutung bei für die Beurteilung der Graviditätsverhältnisse. (R. Meyer.)

5. Vagina und äussere Genitalien.

Zu diesem Abschnitte finden sich in der vorliegenden Literatur des Jahres 1914 keine grösseren Arbeiten.

6. Harnapparat.

Posner (78) untersuchte die Ureteren bei zehn Neugeborenen und fand bei der Mehrzahl eine sehr wesentliche Abweichung von dem normalen Verlauf beim Erwachsenen. Die Abweichungen bestehen in Schlängelung, Knickung und Dilatation. (E. Weishaupt.)

Peterfi (76) kommt zu folgenden Resultaten:

1. Die Blasenmuskulatur besteht aus einem zusammenhängenden Muskelnetz. Ihre zwei Bestandteile sind das Muskelnetz in der Blasenwand und der Sphincter vesicae internus.

2. Das Muskelnetz der Blasenwand geht aus der Verflechtung von Muskelfasern hervor, welche von drei unter dem Orificium gelegenen Ursprungslinien entspringen.

3. Die Verflechtung erfolgt in drei Ebenen: einer äusseren, mittleren und inneren.

4. Dieser Faseraustausch ist die charakteristische Eigenschaft der Muskelgruppierung der Blase und der glatten Muskulatur überhaupt. Die Muskeleinheiten bleiben nicht selbständig während ihres ganzen Verlaufs, sie zerfallen immer von neuem in ihre Elemente, um neue Einheiten zu bilden.

5. Infolge dieses Faseraustausches besteht ein fester Zusammenhang zwischen äusserer, innerer und mittlerer Schicht. Die mittlere zirkuläre Schicht ist nichts anderes als ein Netzwerk transversaler Fasern, die von der äusseren und inneren Schichte abzweigen.

6. Die Gruppierung der Schichten und der Faserverlauf ist in den von verschiedenen Punkten der Blase angefertigten Querschnitten verschieden. Man kann fünf verschiedene Querschnittstypen der Blasenmuskulatur unterscheiden, und zwar:

a) Den Typus der Mittellinie der hinteren Wand,
b) der Mittellinie der Vorderwand,
c) der Basis der seitlichen Wand,
d) des oberen Drittels der Seitenwand und
e) den Typus des Blasenpols.

7. Infolge der Einmündungen der Ureteren verwebt sich der aus der Längsmuskelschicht derselben entspringende Sphinkter mit der Muskulatur der Blasen-

wand. Im Trigonum bildet er eine dichte Muskelplatte, unter dem Orificium einen starken Muskelring (M. trigonalis, Lissosphinkter urethrae). Die Bildung von Anastomosen mit den Fasern der Blasenwand ist im Bereich des M. trigonalis seltener, unterhalb des Orificiums häufiger.

8. Die Bedeutung der Blasenmuskulatur ist zunächst eine statische. Den ständigen symmetrischen Bündeln fällt die Rolle von Spannungstrajektorien zu. In der Gruppierung der Muskulatur können wir eine den statischen Gesetzen entsprechende Architektur feststellen. (R. Meyer.)

Nach Ed. Retterer und J. Gattelier (80) ist die proximale Hälfte der weiblichen Urethra von einem aus quergestreiften Fasern aufgebauten, vollständigen Muskelring umgeben. Dieser Muskel hat bei dem Neugeborenen einen Durchmesser von 3—7 μ, bei der Erwachsenen von 10—15 μ. Gegen die Mitte oder das mittlere Drittel wird der Muskelring auf der dorsalen Seite zunächst unterbrochen, allmählich biegen sich die Spitzen des Halbmondes nach aussen und breiten sich in den lateralen Partien der Scheide aus. Demnach umspannt der Muskelring im distalen Teil die Urethra nur ventral und lateral. — Noch näher am Ausgang sind die Muskelfasern nach der Anheftung an die Klitoris rückläufig angeordnet, umgeben die Bulbovestibulardrüsen und verlaufen zur Perinealraphe. In diesem Abschnitt kann durch divergierenden Faserverlauf der Muskel dem männlichen Transversus profundus ähnlich sehen. (E. Weishaupt.)

B. Lawrentjew (55) konnte eine weitgehende Ähnlichkeit in der Innervation der weiblichen Urethra mit der Pars urethralis propria s. prostatica des Mannes konstatieren. Die Harnblase und die weibliche Urethra erhalten marklose Nervenfasern aus dem Plexus vesicalis, der aus dem Plexus hypogastricus hervorgeht und markhaltige Fasern von den Sakralnerven her. Der Musculus sphincter vesicae erhält ausserdem wahrscheinlich Nervenästchen aus dem Nervus pudendus externus.

Die Nervenstämmchen verlaufen in der Längsrichtung in der äusseren Bindegewebshülle der Urethra. Die Ganglienzellen der Knötchen an den Kreuzungsstellen besitzen mehrere Dendriten, die in der vitalen Methylenblaufärbung gekörnt erscheinen und sich von den glatten Neuriten gut unterscheiden lassen. Die Dendriten der verschiedenen Zellen anastomosieren nicht miteinander.

Es gelang dem Verfasser, den durch die Kollaterale eines Neuriten vermittelten Zusammenhang einer sympathischen Nervenzelle mit einer anderen von Anfang bis zu Ende zu verfolgen. Marklose Fasern, möglicherweise zentralen Ursprungs, und markhaltige Fasern gehen in unter sich verschiedenartige perizelluläre Endapparate über. Ausserdem durchziehen sensible Fasern in glattem Verlauf die Ganglien und endigen in den Muskellagen und in der Schleimhaut.

Von dem Plexus der bindegewebigen Hülle gehen markhaltige Fasern durch die Muskelschichten bis in die Tunica submucosa hinein, bilden hier ein Geflecht und enden in Gestalt verschiedenartiger Terminalapparate (Pacinische Körperchen, Krausesche Endkolben, einfachen und komplizierten Baues und vielfach verschlungene Nervenfaserknäule in dicken lamellösen Kapseln).

Ein Teil der markhaltigen Nervenfasern endet frei mit varikösen Anschwellungen, unter Verlust der Markscheide in der Epithelschicht, indem sie ein oberflächliches, feinmaschiges Netz bilden, was sich den subepithelialen Bindegewebsfasern anschmiegt. Einige der varikösen Fäden dringen in die Epithellage selbst hinein.

Andere meist marklose Fasern ziehen von der bindegewebigen Hülle zwischen die beiden Muskelschichten, wo sie einen längsverlaufenden Plexus bilden. Aus diesem gehen die Terminalfäden hervor, welche die Muskelzellen innervieren. Sie anastomosieren nicht miteinander und dringen nicht in die Substanz der Muskelzelle ein. (E. Weishaupt.)

XIII.

Krankheiten der Harnorgane des Weibes.

Referent: Prof. Dr. Stumpf.

a) Allgemeines.

1. **Brandeis, R.**, L'urine normale et pathologique. 2. Aufl. Paris, G. Steinheil.
2. **Chetwood, Ch. H.**, The practice of Urology, a surgical treatise on genito-urinary diseases including syphilis. London 1913. Baillière, Tindall and Cox.
3. **Furniss, H. D.**, Importance of Urology in women. New York State Journ. of Med. Bd. 14. Nr. 6.
4. **Gibson, M. J.**, Gynecologic Urology. Dublin Journ. of Med. Sciences. 1913. Dez.
5. **Hahn, A.**, und **J. Saphra**, Eine einfache, für die Praxis geeignete Methode zur quantitativen Bestimmung des Harnstoffs im Urin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 430. (Modifikation der Marshallschen Bestimmung des aus Harnstoff entstandenen Ammoniumkarbonats durch Urease und Titration vor und nach der Vergärung.)
6. **Jonass, A.**, und **A. Edelmann**, Ein neues Albuminimeter zur sofortigen quantitativen Eiweissbestimmung. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. Nr. 36. (Versetzen mit 20%iger Lösung von Ac. sulfosalicylicum und Vergleich der Trübung mit einer Standard-Lösung.)
7. ***Knack**, Modifizierte Blutprobe im Urin. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 31. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1594.
8. **Osmond, A. E.**, A test for albumine in urine. Lancet-Clinic, Cincinnati. 1913. 13. Dez. (5,0 Pikrin- und 10,0 Zitronensäure, 100,0 Chlornatrium auf 1000 Wasser; der Harn wird über das Reagens geschichtet.)
9. **Pasteau, O.**, Les instruments de chirurgie urinaire en France d'après les documents originaux du XVI. au XX. siècle. Paris, Boulangé.
10. **Ravasini**, Die Anästhesie in der Urologie. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1792. (Empfiehlt bei allen Operationen am Urogenitaltraktus die Rachianästhesie.)
11. **Stoeckel, W.**, Die Chirurgie der weiblichen Harnorgane. Handb. d. prakt. Chir. IV. 4. Stuttgart, F. Enke. (Eingehende Darstellung der Chirurgie der weiblichen Harnröhre und Blase [Blasen-Nierentuberkulose], der Harngenitalfisteln und der Ureteren; von den chirurgischen Nierenkrankheiten wird die kongenitale Nierendystopie und vor allem die Pyelitis in graviditate, sowie die Dekapsulation bei Eklampsie und die Nephrektomie in der Schwangerschaft ausführlich besprochen.)
12. **Stokes, A. C.**, Diseases of urinary tract produced by diseases of genital tract in female. Journ.-Lancet. Minneapolis. Bd. 34. Nr. 22.
13. **Teuscher**, Ein handliches Eiweissreagens. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 441. (Sulfosalizylsäure in Tablettenform.)
14. **Walker, J. W. Th.**, Surgical diseases and injuries of the genito-urinary organs. London u. New-York, Cassell et Co.
15. — Work in urinary surgery. Practitioner. London. Bd 92. Nr. 6.
17. **Watson, F. S.**, und **P. Thorndike**, Recent progress in genito-urinary surgery. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 170. p. 613. (Sammelreferat.)

Knack (7) empfiehlt zur Blutprobe den Harn (nach vorherigem Entfernen der Leukozytenfermente) mit einem Drittel seines Volums Äther durchzuschütteln. Die Zwischenschicht enthält dann Blutbestandteile angereichert, die mittelst Blutreagens (konzentrierte frische Benzidinlösung in Eisessig mit gleicher Menge Wasserstoffsuperoxyd nachzuweisen sind. Es kann ein Teil Blut in 200000 Teilen Harn nachgewiesen werden; durch Ersatz des Wasserstoffsuperoxyds durch Perhydrol kann die Empfindlichkeit um das Fünffache gesteigert werden.

b) Harnröhre.

1. *Acebo, Über die Behandlung der Blennorrhoe mit dem Salizylsäureester des Santalöls (Santyl). España med. Nr. 107. Ref. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 154.
2. *Almkvist, J., Von der Behandlung und Heilung der Gonorrhoe des Weibes. Hygiea. Nr. 11.
3. *Asch, P., Über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Sera und Vakzine für die Behandlung gonorrhoischer Erkrankungen. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. Urol. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 82.
4. *— Die moderne Therapie der Gonorrhoe beim Manne. Bonn, A. Marcus.
5. Ballenger, E. G., Genito-urinary diseases and Syphilis. 2. Aufl. London, Butterworth u. Co.
6. — und O. F. Elder, Ein weiterer Bericht über „Einsiegelungs"-Abortivbehandlung bei beginnendem Tripper. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 31. (Injektion mit Argyrol und Zurückhaltung des Mittels mittelst Kollodiumbepinselung der Urethralmündung.)
7. Barillatti, J., Diagnose venerischer Erkrankungen. Semana med. Buenos Aires. Bd. 20. Nr. 46.
8. *Baumer, E., Eine neue Behandlungsmethode der chronischen Gonorrhoe und der Urethritis simplex mit Lytinol nach Dr. med. Awerbuch-St. Petersburg. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 25 u. Amer. Journ. of Urol. Bd. 10. Nr. 4.
9. Baum, W. L., und H. N. Moyer, Skin and Venereal Diseases, miscellaneous topics. Chicago 1913. The Year Book Publishers.
10. *Becker, F., Zur Gonorrhoebehandlung mit Gonokokkenvakzin Menzer. Münchn med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1887.
11. Berezoff, V., Antigonokokkenserum. R. Wratsch. Bd. 13. Nr. 26.
12. *Beyler, G., Traitement de la blennorragie aiguë et chronique. Gaz. des Hôp. 19. März.
13. *Boerma, Zwangerschap en geboorte bij sterk uitgesprochen hypospadie der vrouw. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. II. Nr. 11.
14. *Boerner, R., und C. Santos, Über eine neue Art von Elektroden zur Behandlung der Gonorrhoe mittelst Diathermie. Med, Klinik. Bd. 10. p. 1062.
15. *Boeters, O., Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe und gonorrhoischer Komplikationen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. Nr. 39.
16. *Brodfeld, Balsamica bei Gonorrhoe. Reichs-Med.-Anz. 1913. Nr. 18.
17. *Bromberg, R., Thermotherapie bei Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 179.
18. *Bruck, C., Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Med. Klinik. Bd. 10. p. 47.
19. Chandler, S., Treatment of gonococcal infection in the female. Monthly Cyclop. and Med. Bull. 1913. Sept. (Empfehlung von Kaliumpermanganat, Silbernitrat und Borsäure.)
20. *Cholzoff, B., Die gonorrhoischen Erkrankungen in der Chirurgie und ihre Behandlung mittelst Sero- und Vakzinotherapie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3.
21. *Citron, A., Anwendung des Yatrens in der Urologie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 179.
22. *Corbus, B. C., Treatment of Gonorrhea and its complications by antigonococcic serum. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1462.
23. Cruveilhier, L., Behandlung der Komplikationen der Blennorrhoe mittelst der Besredkaschen Methode der sensibilisierten Virusimpfstoffe. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. Nr. 32. (Siehe Jahresber. Bd. 27. p. 395.)
24. Debré, R., und J. Paraf, Serumtherapie der Gonorrhoe. Presse méd. 1913. Nr. 101.
25. *Dessy, S., und F. L. Grapiolo, Gonokokken-Nukleoprotein. Semana med. Nr. 4. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 2051.
26. *Duhot, Die neuen Vervollkommnungen der Gonorrhoetherapie. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. März. Revue Belge d'Urol. et de Derm.-Syph. 1913. Nr. 4.
27. *— R., Le vaccin de Nicolle exerce-t-il une influence sur l'évolution de la blennorragie uréthrale? Revue Belge d'Urol. et de Derm.-Syph. Bd. 3. Nr. 5.
28. Eckler, L. T., Urethritis. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 17.
29. *Elsässer, J., Erfahrungen mit der Eiweisssilberformaldehydbehandlung der Gonorrhoe (Argaldin-Dering). Derm. Wochenschr. Bd. 58. Nr. 7.
30. *Fetzer, Über Vakzinebehandlung. Nordostdeutscke Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 313.
31. Figueroa, A., Unusual laceration of female urethra. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 5.

32. *Finger, E., Zur Vakzinationstherapie des gonorrhoischen Prozesses. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 861.
33. *Fischl, F., Erfahrungen über spezifische Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 152.
34. *Fränkel, Über postgonorrhoische Entzündungen der Urogenitalorgane. Ärztezeitg. 1913. Nr. 12. (Russ.) Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 104.
35. *François, J., Le vaccin gonococcique dans les affections blennorragiques. Arch. urol. de la clinique de Nesker. Bd. 1. p. 305.
35a. Frank, E. R. W., Hyperämiebehandlung bei entzündlich infiltrierten Erkrankungsprozessen in den Harnwegen. Zeitschr. f. Urologie Bd. 8. 1. Beiheft p. 440, siehe Jahresbericht Bd. 27 p. 394.
36. *Friedländer, M., Gonaromat. Ther. d. Gegenwart. Nr. 2.
37. Fromme, F., Die Gonorrhoe des Weibes. Berlin, S. Karger. (Übersichtliche Darstellung nach Vorträgen.)
38. Fulton, J. A., Gonorrhea cured through use of heated bougie. Northwest Med. Seattle. Bd. 5. Nr. 12.
39. *Habermann, R., Die Bedeutung intravenöser Arthigoninjektionen für die Diagnostik u. Therapie der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 417.
40. *Hartz, H. J., Aqueous solution of jodine in the treatment of gonorrhea in women. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 620 u. 685.
41. Henry, R., Vakzinetherapie bei weiblicher Gonorrhoe; neun Fälle, Misserfolg in vier Fällen. Revue mens. de Gyn., d'Obst. et de Péd. Paris. Bd. 9. Nr. 1.
42. *Hérescu, P., und M. Cealic, Abcès urineux chez la femme. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 27.
43. *Herescu, P., und L. Strominger, Anmerkung über die Behandlung der lokalen und allgemeinen Komplikationen der Gonorrhoe durch Antimeningokokken-Seruminjektionen. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 102.
44. *Hermans, J., Über die Behandlung gonorrhoischer Komplikationen mit Gonargin. Med. Klinik. Bd. 10. p. 413.
45. Hübner, Caviblen-Uranoblen-Behandlung der Gonorrhoe. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 5. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 447. (Siehe Jahresbericht. Bd. 27. p. 393.)
46. Ilinsky, P., Vakzinetherapie der Gonorrhoe. Med. Obozr. Bd. 80. Nr. 21.
47. *Job, R., Behandlung der Urethritis acuta. Paris méd. 16. Mai.
48. *Jungano, Traitement de la blennorragie aiguë par le vaccin atoxique. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 563.
49. *Katz, G., Der Ausfluss der Frau und seine Behandlung mit Yatrengaze. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1620.
49a. Klein, G., Myom im Septum urethro-vaginale; Tumor des Wolffschen Ganges. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 618. (Dattelgroßer Tumor aus glatter Muskulatur ohne Drüseneinschlüsse. Ausschälung.)
50. *Kleipool, Das ungiftige Antigonokokkenvakzin Nicolles. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II. Heft 22.
51. *Klieneberger, Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe und gonorrhoischer Komplikationen. Ärztl. Bezirksverein Zittau. Sitzg. vom 8. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 285.
52. Koll, I. S., Two hundred cases of gonorrheal urethritis without complications. Illinois Med. Journ. Chicago. Bd. 26. Nr. 3.
53. *Komarowskij, M. M., Zur Frage der Verwendung von Gonokokkenvakzine bei gonorrhoischen Erkrankungen. Terap. Obosr. 1913. Nr. 14. Ref. Wiener med. Wochenschrift. Bd. 27. p. 193.
54. *Legueu, F., und Chéron, Guérison par radiumthérapie d'un cancer urétro-vaginal inopérable. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 291.
55. *Lejars, L'uréthrocèle calculeuse. Semaine méd. Nr. 24.
56. Leshneff, Zur Frage der Behandlung des akuten Trippers. Russ. urol. Ges. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 277. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 393.)
57. Lesser, E., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 13. erw. Aufl. Berlin, Julius Springer.

58. *Leszlenyi, O., und S. Winternitz, Zur intravenösen Anwendung des Artigon bei den gonorrhoischen Erkrankungen des Weibes. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 185.
59. *Leuret, Vaccin antigonococcique de Nicolle et Blaizot. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 27. Febr. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 160.
60. *Lewinski, J., Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 50.
61. Lipschütz, B., Bakteriologischer Grundriss und Atlas der Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1913. J. A. Barth. (Enthält Darstellungen der Gonokokken und Spirochäten. Färbetechnik, Kulturmethoden etc., ferner der Erkrankungen der Geschlechtsteile.)
62. *Li Virghi, G., Traitement abortif électrolytique de la blennorragie. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 435.
63. *Livon, Anwendung der Vakzine bei Gonorrhoe. Soc. de Biol. (Paris). Sitzg. vom 24. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 973.
64. *Lohnstein, H., Erfahrungen über die Wirkungsweise der Thermopenetration bei Erkrankungen der Harn- und Sexualorgane. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 288.
65. Lomholt, S., Kobberindforelse i urethral-slimhinden ved hjaelp af konstant elektrisk strom. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 75. Nr. 46.
66. Luys, G., Traité de la blennorragie et de ses complications. Paris, O. Doin.
67. McCall, A., Die Phylakogenbehandlung chronischer gonorrhoischer und rheumatischer Zustände. Lancet. Jahrg. 91. Bd. 2. 9. August. (Im ganzen gute Erfolge.)
68. *Mansfeld, Primäres Urethralkarzinom. Ärzteverein Budapest. Gyn. Sekt. Sitzg. vom 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 818.
69. *Mauriac, P., Vaccin de Nicolle et Blaizot. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 27. Febr. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 160.
70. *Mayoral, Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Span. med.-chir. Akad. Sitzg. vom 5. Jan. Revue de Chir. Bd. 49. p. 717.
71. *Merk, L., Eine Behandlungsmethode des frischen Trippers der Männer. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1262
72. *Mondschein, M., Intravenöse Arthigoninjektionen bei männlicher Gonorrhoe. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 677.
73. M ntgomery, E. E., Gonorrhea in female. Delaware State Med. Journ. Wilmington. Bd. 5. Nr. 4.
74. *Moos, Über Erfahrungen mit intravenöser Vakzination durch Arthigoninjektionen bei weiblicher Gonorrhoe. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Zentralbl. f Gyn. Bd. 38. p. 376 u. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 333.
75. *Müller, H., und E. Bender, Versuche mit der Nicolleschen Gonokokkenvakzine (Dmègon). Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1676.
76. Mulzer, Arthigon bei gonorrhoischen Komplikationen. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Nr. 18. (Keine Beeinflussung des Gonokokkenbefundes im Harnröhrensekret.)
77. Oppenheim, M., Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte. Leipzig und Wien 1913. F. Deuticke.
78. *— Über neuere Gonorrhoebehandlung. Klin.-therap. Wochenschr. 1913. Nr. 38.
79. Orlowski, Der Tripper. Würzburg, C. Kabitzsch. (Populär-wissenschaftliche Darstellung.)
80. *Pérez-Grande, Gonococcie der beiden Geschlechter und deren Behandlung mit polyvalenter Diplokokkenvakzine. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 795.
81. *Pontoppidan, E., Gonorroiske Lidelser i de kvindelige genitalia. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 76. p. 377.
82. Puppel, Wirkung der Uranoblen- und der Boluspräparate bei Gonorrhoe des weiblichen Geschlechts. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 20. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 568.
83. *Rohr, Über Arthigon. Derm. Wochenschr. Bd. 59. p. 36.
84. *Rost, Beiträge zur Vakzineanwendung bei Gonorrhoe. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 22. Jan. Med. Klinik. Bd. 10. p. 392 u. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 699.
85. Rush, I. O., Venereal diseases in the negro with special reference to the Gonococcus. Med. Record. New York. Bd. 83. 31. Mai. (Betont die zehnmal größere Häufigkeit der Gonorrhoe bei Negern als bei Weissen.)
86. *Savill, A., Ionentherapie bei Gonorrhoe. Brit. Med. Journ. Bd. 1. 14. Febr.

86a. Schiele, Die Rolle des Gonococcus bei der Urethritis und einige neuere Methoden und Medikamente bei der Therapie der Gonorrhoe. Deutscher ärztl. Verein St. Petersburg. Sitzg. vom 10. März. St. Petersburger med. Wochenschr. Bd. 39. p. 174.
87. Scholtz, W., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd. 1. Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1913. S. Hirzel.
88. *Schüller, H., Radiumtherapie in der Urologie. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 122.
89. *Schzedrowitzky, Über Polypen der Harnröhre bei der Frau. Inaug.-Diss. München 1913.
90. Sorautin, Harnröhrendivertikel im Röntgenbild. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 2. (Nachweis des Divertikels mit Fistelöffnung nach Kollargolfüllung.)
91. Spencer, J. C., Treatment of gonorrhea in female. California State Journ. of Med. San Francisco. Bd. 12. Nr. 3.
92. Stark, S., Technic employed in excision of carcinomatous urethra. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 5.
93. Streissler, Fall von Neubildung der Harnröhre. Ärzteverein Steiermark. Sitzg. vom 6. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1132. (Nach Exstirpation der Harnröhre wegen Karzinoms.)
94. Strong, S. M., Gonorrheal vaccines. New York State Journ. of Med. Bd. 14. Nr. 7.
95. *Stümpke, G., Die Vakzinebehandlung und -Diagnose der Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 2032.
96. *Terebinskaja-Popowa, Vergleichende Bewertung der Vakzinetherapie und lokalen Behandlung der weiblichen Gonorrhoe. Inaug.-Diss. St. Petersburg 1912.
97. *Troisfontaines, Nicolles Antigonokokkenvakzine. Presse méd. Belge. 11. Jan.
98. *Uteau und Saint-Martin, Gebrauch isotonischer Lösungen bei der Lokalbehandlung der Gonorrhoe. Presse méd. 1913. 23. August.
99. *Volk, R., Die Vakzinetherapie in der Urologie. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. Bd. 52.
100. *— Die Vakzinetherapie in der Urologie. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 555.
101. *Watson, B. P., Primary malignant tumors of the female urethra. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 797 u. 838.
102. Watson, D., Gonorrhoea and its complications in pregnant women. Clin. Journ. London. Bd. 42. Nr. 36.
103. *Wiener, S., High frequency cauterization in the treatment of urethral caruncle. New York Med. Journ. Bd. 98. p. 1115.
104. *Wohl, M., Versuche mit Kollargol zur abortiven Behandlung der Gonorrhoe. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 171.
105. *Wossidlo, H., Diathermie und Elektrokoagulation in der Urologie. Med. Klinik. Bd. 10. p. 14.
106.* Zieler, Karzinom der Urethralmündung. Würzburger Ärzteabend. Sitzg. vom 19. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1481.
107. *— Spezifische Behandlung der Gonorrhoe. Würzburger Ärzteabend. Sitzg. vom 13. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 451.
108. Zirinski, M., Paraurethrale Metastasen bei Korpuskarzinom. Inaug.-Diss. München 1913.

Missbildungen und Gestaltfehler.

Boerma (13) beschreibt einen Fall von Kloakenbildung mit fehlender Urethra; dennoch war Schwangerschaft eingetreten.

Lejars (55) berichtet über eine walnussgrosse Urethrocele bei einer 60jährigen Frau, die drei fazettierte Phosphatsteine enthielt. Extraktion der Steine und Exzision des Sackes.

Schüller (88) empfiehlt bei keloiden Stenosen der Harnröhre die Radiumbehandlung.

Gonorrhoe.

Merk (71) zieht allen vorgeschlagenen Silbereiweissverbindungen bei der Behandlung der Gonorrhoe das Silbernitrat vor wegen der hierbei stattfindenden chemischen Umsetzungen, bei welchen Eiweissfällung eine sehr geringe Rolle spielt. Ebenso wird dem Kaliumpermanganat eine vortreffliche Wirkung zuerkannt. Die Spülung der Harnröhre wird mit 60—75 ccm haltendem Ballon bewirkt und das Spülmittel soll möglichst hoch temperiert sein (37°).

Terebinskaja-Popowa (96) fand, dass durch Vakzinebehandlung die Gonokokken nicht getötet werden, während dies bei Lokalbehandlung mit Argentamin prompt der Fall ist.

Almkvist (2) empfiehlt, um die Schleimhaut zu entfalten und eine Anspannung zu erhalten, die Injektion halbfester Massen mit 1% Albargin in die Urethra.

Elsässer (29) hebt das Argaldin-Dering (Eiweisssilber-Formaldehyd) in ½—1%iger Lösung als besonders reizloses Mittel zur Gonorrhoebehandlung hervor.

Wohl (104) fand 2%ige Kollargollösung bei Urethralgonorrhoe besonders wirksam und die Heilungsdauer abkürzend.

Asch (4) tritt bei Urethralgonorrhoe ganz besonders für die Janetschen Spülungen ein, ausserdem für Argyrol (2,5 : 1000).

Hartz (40) empfiehlt bei gonorrhoischer Urethritis die Erweiterung der Urethra mit Hegarschen Dilatatoren und die Einträufelung einer Lösung von Jod in Albolen (0,25:30).

Beyler (12) beobachtete bei akuter und chronischer gonorrhoischer Urethritis nach Anwendung von kolloidalem Jod rasches Verschwinden der Schmerzen und des Ausflusses.

Bäumer (8) empfiehlt bei nicht-gonorrhoischer Urethritis das Lytinol nach Awerbuch in 5%iger Lösung zu Injektionen in die Harnröhre.

Citron (21) sah nach Anwendung 10%iger Yatren-Stäbchen in der Urethra ein schnelles Verschwinden der Gonokokken. Ebenso wurde nicht-gonorrhoische Urethritis durch 10%ige Yatren-Lösung in überraschender Weise beeinflusst.

Katz (49) konnte bei Gonorrhoe mit Yatrengaze keine Beeinflussung begutachten.

Job (47) empfiehlt zur Behandlung der akuten Gonorrhoe eine Mischung einer 0,4%igen Pikrinsäurelösung in 30% Glyzerin mit 1,6% 90%igem Alkohol und einer Lösung von 0,3 Oxycyanid in 10,0 Wasser. Täglich sollen vier Injektionen gemacht werden.

Pontoppidan (81) empfiehlt Lokalanwendung von 0,5%igem absoluten Salzsäurealkohol.

Uteau und Saint-Martin (98) empfehlen den Gebrauch physiologischer Salzlösung zur Lösung von Mitteln (Kaliumpermanganat, Oxycyanid, Kollargol, Silberalbuminatverbindungen) bei Urethralgonorrhoe, bei welchem Verfahren eine raschere Heilung herbeigeführt wird als durch gewöhnliche wässerige Lösungen.

Acebo (1) fand das Santyl als einziges inneres Mittel bei Urethritis und Urethrocystitis bewährt. Es wirkt besonders schmerzstillend und harnklärend.

Brodfeld (16) empfiehlt die Balsamika als Unterstützungsmittel im Endstadium der Lokaltherapie bei Gonorrhoe; am besten war die Wirkung beim Gonaromat „Täschner".

Friedländer (36) empfiehlt als inneres Antigonorrhoikum Gonaromat in Kapseln, die erst im Dünndarm sich lösen.

Hermans (44) hebt die günstige Wirkung des Gonargins auf die Gonorrhoekomplikationen hervor, andererseits aber die Einflusslosigkeit des Mittels auf den Urethralprozess.

Boerner und Santos (14) erzielten ausgezeichnete Heilerfolge bei chronischer, auch in einigen Fällen auch bei akuter Gonorrhoe mittelst Behandlung mit neuen Elektroden, die eine genaue Abstufung der Temperatur gestatten.

Li Virghi (62) erzielte mit Elektrolysebehandlung der Gonorrhoe in 100% Heilerfolge, und zwar um so schneller, je früher die Behandlung eingeleitet werden konnte.

Savill (86) brachte eine Gonorrhoe der Harnröhre und des Uterus mittelst Ionenbehandlung auffallend schnell zur Heilung.

Bromberg (17) empfiehlt zur Thermobehandlung der Gonorrhoe eine Thermosonde, die in einen mit Wasser zu füllenden doppelläufigen Katheter eingeschoben ist. Bei akuten Fällen soll Lokalanästhesie vorausgehen.

Lohnstein (64) beobachtete nach Diathermiebehandlung der Urethritis kein Verschwinden der Gonokokken.

Wossidlo (105) beobachtete bei Diathermiebehandlung chronischer Urethralgonorrhoen in einer grösseren Reihe von Fällen Abnahme der Sekretion, nicht aber vollständige Heilung, dagegen wurde eine schmerzstillende, beruhigende Einwirkung erzielt.

Vakzine- und Serumbehandlung der Gonorrhoe.

Asch (4) konnte bei akuter Urethritis keinen Einfluss, bei chronischer nur in wenigen Fällen bis zu einem gewissen Grad einen günstigen Einfluss beobachten, dagegen wurde bei paraurethralen Abszessen und bei Infiltration der Heilungsprozess sehr abgekürzt.

In der Diskussion bestätigt Wossidlo die Unwirksamkeit bei urethraler Gonorrhoe, ebenso Roth.

Herescu und Strominger (43) fanden die Injektion von Antimeningokokkenserum besonders bei Komplikationen wirksam, jedoch wurde auch beträchtliche Besserung der gleichzeitigen Urethritis beobachtet.

Cholzoff (20) konnte bei Vakzinebehandlung eine deutliche Beeinflussung des Urethralprozesses weder bei akuter noch bei chronischer Urethritis nachweisen.

Corbus (22) fand Antigonokokkenserum (von Widdern gewonnen) bei akuter Urethritis wirkungslos, bei chronischen Formen und bei Komplikationen (auch bei Endometritis) dagegen von guter Wirkung.)

Cruveilhier (23) konnte bei Behandlung mit sensibilisierter Antigonokokkenlymphe zwei Fälle von Urethralgonorrhoe zur Heilung bringen und empfiehlt die Einführung von Bougies, denen Antigonokokkenserum zugesetzt ist.

Finger (32) stellt für Urethritis und Cystitis jeden Heileffekt der Arthigonbehandlung in Abrede, während bei Komplikationen sehr günstige Wirkungen zu erzielen sind.

Fischl (33) beobachtete nach Anwendung von Gonargin, Arthigon und Menzerscher Vakzine keine Einwirkung auf den Urethralprozess, dagegen erfolgreiche Einwirkung auf die Komplikationen.

Habermann (39) fand bei intravenöser Arthigoninjektion keine wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Vorzüge gegenüber der intramuskulären; die von Bruck und Sommer als sichere Erscheinung bezeichnete Doppelzacke ist nicht für Gonorrhoe charakteristisch, dagegen ist dies die fieberhaft erhöhte Abendtemperatur und die eventuelle Fortdauer des Fiebers bis zum nächsten Tage.

Klieneberger (51) fand die Vakzinebehandlung für die Urethritis wirkungslos, für die Komplikationen dagegen sehr wirksam.

Komarowskij (53) bestätigt, dass die Gonokokkenvakzine nicht auf die Gonokokken selbst einwirkt, sondern nur auf durch den gonorrhoischen Prozess pathologisch veränderte Organe und Gewebe.

Leszlenyi und Winternitz (58) fanden das Arthigon ohne Wirkung auf offene Schleimhautgonorrhoen, dagegen in einem Drittel der Fälle eine objektive Wirkung auf Komplikationen.

Lewinski (60) konnte nach intravenösen Arthigoninjektionen ein Verschwinden der Gonokokken im Urethralsekret nicht beobachten.

Livon (63) will nicht nur bei Komplikationen, sondern auch bei akuter und chronischer Gonorrhoe günstige Wirkung mit der von ihm verwendeten Vakzine beobachtet haben.

Mayoral (70) hält die bei Gonorrhoe gleichzeitig vorhandenen Diplokokken und andersgestalteten Keime lediglich für Varietäten des Gonococcus und fand bei Behandlung mit Autovakzine sehr günstige Resultate auf die Gonokokken.

In der Diskussion bestreiten Perez und Pulido die besonders günstige Wirkung der Vakzinebehandlung, Sanchez Covisa hat günstige Wirkungen in bezug auf die Komplikationen gesehen, Sainz de Aja und Peña beobachteten besonders bei akuter Urethritis eine günstige Beeinflussung.

Mondschein (72) glaubt, dass die Arthigonbehandlung, wenn sie lokal mit Caviblenbehandlung kombiniert wird, die Heilung des Urethralprozesses abkürzt. Besonders wirkt Arthigon auf Komplikationen. Die intravenöse Injektion erzeugt Nebenwirkungen (Kopfschmerz, Schüttelfröste, erhöhte Temperatur), die intramuskuläre dagegen nicht.

Oppenheim (78) fand die Vakzinebehandlung bei Urethritis meist wirkungslos, dagegen bei Komplikation erfolgreich.

Pérez-Grande (80) erzielte mit polyvalenter autogener Vakzine prompte Wirkung bei akuter und chronischer Urethritis und Endometritis.

Rost (84) erklärt, dass eine Einwirkung der Vakzinebehandlung auf den Urethralprozess anscheinend nicht stattfindet. Bei scheinbar geheilten Gonorrhoen gelingt es in fast 50% der Fälle, erneuten, Gonokokken enthaltenden Ausfluss hervorzurufen.

Stümpke (95) anerkennt, dass die Vakzinebehandlung und -Diagnostik sich ihren Platz in der Gonorrhoeforschung gesichert haben, nimmt aber an, dass wegen des verschiedenen Verhaltens verschiedener Gonokokkenstämme die Verwendung einer autogenen Vakzine eine ideale, aber äusserst schwer durchzuführende Forderung ist. Auch die Wirkung der polyvalenten Vakzinepräparate (Arthigon, Gonargin) ist eine nur begrenzte. Hierin finden die Nachteile der Vakzinebehandlung eine Begründung, jedoch können diese die Vorteile der Vakzinebehandlung nicht aufwiegen.

Volk (99) erklärt die Vakzinetherapie bei Urethralgonorrhoe für nicht sehr geeignet, sondern der Einfluss ist ungefähr derselbe wie der eines guten Balsamikums. Gute Dienste

leistet die Vakzinetherapie bei manchen gonorrhoischen Komplikationen. Die diagnostische Vakzination kann, wie es scheint, oft mit Vorteil angewendet werden.

Zieler (107) konnte auch nach intravenöser Vakzineinjektion eine Beeinflussung der Urethritis nicht beobachten, wohl aber eine solche der Komplikationen.

Duhot (26, 27) erklärt die Uranoblenbehandlung nach Bruck kombiniert mit der Nicolle-Vakzineanwendung für die beste Gonorrhoebehandlung.

Jungano (48) erklärt die Wirkung der atoxischen Antigonokokkenvakzine von Nicolle und Blaizot noch nicht für geklärt und bezweifelt die Ungiftigkeit dieser Vakzine.

Kleipool (50) gibt wohl subjektive Erleichterung nach Anwendung der Nicolleschen „ungiftigen" Antigonokokkenvakzine, nicht aber objektive Besserung zu. Das Mittel ist nicht frei von unangenehmen Nebenwirkungen

Auch nach Volks (99) Erfahrungen sind die Erfolge der Vakzinationstherapie nicht absolut verlässlich, besonders wird akute Urethritis nur selten günstig beeinflusst.

Fetzer (30) verwirft die Vakzinebehandlung bei frischer Gonorrhoe.

François (35) fand die verschiedenen Antigonokokkenvakzinen auch bei Urethritis in manchen Fällen wirksam.

Moos (74) konnte einen Einfluss des Arthigons auf offene Gonorrhoen nicht beobachten, ebensowenig Boeters (15) und Rohr (83).

Becker (10) fand die Menzersche Gonokokkenvakzine bei akuter wie bei chronischer Urethritis in den meisten Fällen von spezifischer Wirkung und auch in diagnostischer Beziehung verwertbar.

Bruck (18) fand, dass die Arthigonbehandlung bei einfacher Schleimhautgonorrhoe teils von zweifelhaftem Erfolge ist, teils ganz versagt, dagegen kann bei chronischen Schleimhautinfiltrationen die Lokalbehandlung durch sie wesentlich unterstützt werden.

Leuret (59) beobachtete bei Anwendung der Vakzine von Nicolle und Blaizot eine günstige Beeinflussung der Urethralsekretion, während Mauriac eine solche in Abrede stellt.

Müller und Bender (75) konnten mittelst der Nicolleschen atoxischen Antigonokokkenvakzine (Dmégon) bei akuter Urethritis weder ein Verschwinden der Gonokokken, noch eine Abkürzung des Verlaufes erzielen; dagegen war die Wirkung des Dmegons bei Komplikationen auch da eine gute, wo andere Vakzinen erfolglos geblieben waren, besonders wenn neben echten Gonokokken grampositive Diplokokken von gleichem Typus auftraten.

Troisfontaines (97) und Livon Fils fanden Nicolles nicht-toxische Gonokokkenvakzine von guter Wirkung, nicht bloss in bezug auf die Komplikationen, sondern auch in bezug auf die Urethritis.

Dessy und Grapiolo (25) erklären das Gonokokkennukleoprotein für ein spezifisch wirksames Mittel, das bei intramuskulärer Anwendung Stich-, Herd- und Allgemeinreaktion auslöst, bei Gesunden aber wirkungslos bleibt; die Injektionen wirken heilend auf die Gonorrhoe und ihre Komplikationen.

Fränkel (34) macht darauf aufmerksam, dass nach Verschwinden der Gonokokken aus der Harnröhre noch Kolibazillen und Streptokokken zurückbleiben können, die den postgonorrhoischen Prozess unter den gleichen Erscheinungen weiter unterhalten.

Herescu und Cealic (43) führen den suburethralen Abszess bei der Frau ebenso wie beim Manne nicht auf die periurethralen, sondern auf die endourethralen Drüsen zurück. Die Behandlung besteht in medianer Inzision durch die vordere Scheidenwand und möglichst ausgedehnter Resektion der Abszesswandungen. Vier Fälle.

Neubildungen.

Schzedrowitzky (89) beschreibt einen fibro-epithelialen Polypen der Harnröhre mit gleichzeitigem grossen Uratblasenstein.

Wiener (103) empfiehlt bei Urethralkarunkeln an Stelle der Exzision und Kauterisation die Behandlung mit Hochfrequenzströmen nach dem Vorgange von Beer bei Blasentumoren. Die Behandlung ist unter oberflächlicher Kokainanästhesie vollkommen schmerzlos, bewirkt keine lokale Reaktion und erfordert keine Bettruhe. Es sind meist 2—3 Sitzungen, die 5—6 Tage auseinander liegen sollen, notwendig. Dysurie und Tenesmus verschwinden sofort nach der ersten Sitzung. Die Schleimhaut erfährt eine vollständige restitutio ad integrum.

Legueu und Chéron (54) beschreiben ein die ganze Länge der Urethra betreffendes Karzinom mit Befallensein von Scheide und Labia minora und Adhärenz an der Symphyse, das nach Radiumbestrahlung vollständig geheilt wurde und nach 2½ Jahren kein Rezidiv

zeigte. Nach der Behandlung entstand durch Zerfall der Neubildung vollständige Inkontinenz wegen direkter Ausmündung des Blasenhalses in die Scheide. Die von der Kranken verlangte Operation (Einpflanzung der Ureteren in den Darm) führte zu Sepsis und Exitus. Bei der Sektion fand sich keine Spur von Karzinomgewebe.

Mansfeld (68) beschreibt ein Urethralkarzinom mit Heraushängen einer haselnussgrossen, nekrotisch-karzinomatösen Masse aus der Harnröhre, aber ohne Infektion der Lymphdrüsen. Exitus.

Zieler (106) fand bei einem Karzinom der Urethralmündung einer 48jährigen Frau, die positive Wassermann-Reaktion zeigte, nach Salvarsan- und Jodbehandlung keine Beeinflussung der Ulzeration, sondern nur etwas Verminderung der harten Infiltration und Verschwinden der subjektiven Beschwerden.

Watson (101) exzidierte bei einer 27jährigen Nullipara ein Karzinom der Urethra von periurethralem Typus mit Vereinigung des unteren Teils der durchschnittenen Urethralschleimhaut mit der Scheidenschleimhaut; 10 Tage später wurden die beiderseitigen infiltrierten Leistendrüsen exstirpiert. Heilung.

Ein zweiter Fall betrifft ein bei einem 14jährigen Mädchen bis vor die Vulva vorragendes Myxosarkom der Urethra, auf dessen Kuppe die Harnröhre mündet. Der Tumor war inoperabel und das Kind starb vier Wochen später.

In der Diskussion erwähnt Vineberg ein von der Harnröhrenschleimhaut ausgehendes Karzinom, das mit Dauererfolg exstirpiert und mittelst nachfolgender plastischer Operation behandelt wurde.

c) Blase.

1. Anatomie und Physiologie.

1. Bocci, B., Die Harnblase als Expulsivorgan. Pflügers Arch. Bd. 155. Heft 3. (Experimentelle Versuche über den Druck der Blase auf ihren Inhalt.)
2. *Li Virghi, Sui processi di guarigione delle lesione vescicali. Giorn. internaz. d. sc. med. 1913. Nr. 20.
3. Pedersen, V. C., Topography of the bladder with special reference to cystoscopy. New York Med. Journ. Bd. 98. p. 353. (Siehe Jahresbericht. Bd. 27. p. 400.)
4. *Schöning, K., Die Kapazität der weiblichen Blase. Inaug.-Diss. Marburg 1913.

Schöning (4) stellte die Kapazität der weiblichen Blase mittelst der zur Auslösung des Harndrangs notwendigen Flüssigkeitsmenge fest und fand bei Gesunden den Eintritt des Harndrangs bei Füllung mit 200—650 ccm, in pathologischen Fällen (Cystitis, Genitalerkrankungen bei gesunder Blase) bei 100—500 ccm. Die Kapazität schwankte bei Gesunden von 750—1250, bei Kranken von 500—900 ccm.

Li Virghi (2) weist an Tierversuchen die raschen Heilungsvorgänge der Blasenwand, besonders der Schleimhaut nach Inzision und Exzision nach. Nach vier Tagen war die Epithelbekleidung wieder hergestellt und nach 16 Tagen war die Neubildung eine vollständige.

2. Allgemeine Diagnostik und Therapie.

1. Besson, J., Why the cystoscope? Northwest Med. Seattle. Bd. 6. Nr. 2.
2. Bloue, Spülapparat für die Blase. XXVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195. (Lässt Benetzung der Verbände vermeiden.)
3. *Bratrud, Th., Suprapubic cystotomy. Minnesota State Med. Assoc. St. Paul Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1601.
4. Bühl, Die Erkrankungen der Blase in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Inaug.-Diss. Marburg 1912. (Zusammenfassende, übersichtliche Darstellung.
5. de Buller, R., Aussehen der normalen und pathologischen Blase. Brazil-Medico. Rio de Janeiro. Bd. 28. Nr. 1.

6. *Cathelin, F., Harnblasen, die man nicht eröffnen soll. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 63. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1245.
7. Chapman, W. L., Self-retaining collapsible T-shaped catheter for suprapubic drainage of the urinary bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1031. (Aus Titel ersichtlich.)
8. Chetwood, Ch. H., Drainage of the bladder following suprapubic operations. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 602. (Heberdrainage, durch Elektromotor betrieben.)
9. Clay, J., Diseases of the genito-urinary tract. Brit. Med. Assoc. Birmingham Branch. Sitzg. vom 19. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 762. (Diagnostische Bemerkungen, wobei Goldschmidts Irrigationskystoskop besonders hervorgehoben wird.)
10. Claybrook, E. B., Simple method of bladder drainage. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. Richmond. Bd. 18. Nr. 6. (Nach Punktion mit Troikar Einführung eines Gummischlauchs.)
11. *Colombino, La taille hypogastrique en deux temps. Revue clin. d'Urol. 1913. Nov. XXVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195.
12. Corbus, B. C., A new suprapubic bladder retractor. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1890.
13. Courtade, D., Notions pratiques d'électrothérapie appliquée à l'urologie. Paris, Gittler. (Eingehende Darstellung der physiologischen Wirkung und der therapeutischen Anwendung der verschiedenen Stromarten einschliesslich der Hochfrequenzströme bei Erkrankungen der Harnwege.)
14. Friedmann, L., A simple cystoscope holder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 452. (An Beinhaltern und Tischen anzubringen, mit einer Vorrichtung zum Halten von vier Zentrifugengläsern)
15. Fromme, Kystoskopische Bilder. Ges. d. Charitéärzte, Berlin. Sitzg. vom 12. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1402. (Demonstration.)
16. Hammesfahr, Vorrichtung zur Dauerspülung der Blase. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 339. (Pezzer-Katheter, dessen Kuppe durch ein dünnes Zuflussrohr durchbohrt ist; weites Abflussrohr mit regulierbarem Abfluss: bewirkt Entfaltung der Blase, ohne dass ein Überdruck entstehen kann, lebhafte Bespülung der Schleimhaut, Wirbelbildung in der Flüssigkeit und konstanten Füllungszustand.)
17. Harnagel, Value and limitations of cystoscopy in diagnosis. Jowa. State Med. Soc. Journ. Washington. Bd. 3. p. 9.
18. Klose, B., Beitrag zur Kystophotographie. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 2. (Ermöglichung von Momentaufnahmen.)
19. Kretschmer, H. L., Cystoscopic bladder forceps. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1399. (Kräftige Zange, mit welcher Steine oder Steinfragmente gefasst werden können.)
20. Lohnstein, H., Demonstration eines Urethroskops zur Hochfrequenzbehandlung von Affektionen des Blasenhalses. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. Mai. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 517. (Mit Hochfrequenzsonde.)
21. Loumeau, Urinal hypogastrique de jour et de nuit. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 5. Juni. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 425.
22. Luys, G., Traité de cystoscopie et d'uréthroscopie. Paris, O. Doin.
23. — Importance de la cystoscopie dans le cancer de l'utérus. Revue de Gyn. et de Chir. abdom. 1913. August.
24. Marion, G., Sur la signification du hoquet post-opératoire chez les urinaires. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. p. 190. (Erwähnt das Auftreten von Singultus nach Operationen an den Harnwegen als Zeichen einer bestehenden Urämie.)
25. — und M. Heitz-Boyer, Traité pratique de cystoscopie et de cathéterisme uréteral. Unter Mitwirkung von P. Gamain. 2 Bände. Paris, Masson et Comp.
26. Moore, H. A., Primary suture of the bladder. Urol. and cut. Rev. 1913. März. (Empfiehlt bei Sectio alta Luftfüllung der Blase, Längsinzision, Zwei-Etagennaht der Blase mit Chromcatgut, Naht der Muskeln und der Faszie mit Catgut und der Haut mit Silkworm.)
27. Noguès, P., Les instruments „conduits". Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 779. (Beschreibung der einzelnen Führungsinstrumente für Blasen- und Ureterenkatheter, Lithotrypter etc.)
28. Oelsner, Katheter für Dauerdrainage der Blase. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 338. (Enges Zuflussrohr mit weiterem Abflussrohr, das mehrere Lumina hat.)

29. Papin, E., Manuel de cystoscopie. Paris, F. Gittler.
30. Perrier, Ch., Nouvel appareil simple pour cystostomisés. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 199. (Gürtel zur Befestigung des Katheters.)
31. *Rosenstein, P., Ventilbildung an der Harnblase zur Ableitung der Aszitesflüssigkeit. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 373 u. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 4. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 408.
32. *Rosner, Die Kystoskopie im Dienste der Diagnose und Indikationsstellung bei Parametritis purulenta. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 28. Jan. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 306.
33. Schweinburg, E., Ansatzstück für Katheter. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. v. 24. Nov. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 355. (Zur Ermöglichung des Harnausflusses unter ganz schwachem Druck bei akuter Harnretention und zum Einfluss der Spülflüssigkeit, besonders bei ulzeröser Cystitis anzuwenden.)
34. — E., Eine Katheter-Sperrvorrichtung. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 579. (Ansatzstück für jeden Katheter, um den Ausfluss unter ganz schwachem Druck zu ermöglichen.)
35. Schwenk, A., Ein kystoskopischer Lithotryptor. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 580. (Kombination eines Lithothryptors mit einem Spülkystoskop mit herausziehbarer Optik.)
36. Simpson, J. K., Cystoscope in surgical diagnosis. Southern Med. Journ. Nashville. Bd. 6. Nr. 12.
37. *Stricker, O., Warnung vor Anwendung von Quecksilbersalzlösungen in der Urologie. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 625.
38. Thompson, L., Cystoscope, its use and abuse. Southern Med. Journ. Mobile. Bd. 7. Nr. 10.
39. *Zuckerkandl, O., Über Kystographie. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1865.
40. — Radiogramme der Blase unter Kollargol- und Luftfüllung. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 1. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 637. (Demonstration.)

Rosner (32) erwähnt bullöses Ödem der Blasenschleimhaut als Symptom des bevorstehenden Eiterdurchbruchs in die Blase bei eitriger Parametritis.

Zuckerkandl (39) fand bei Blasengeschwülsten die Kystographie der Blase (Röntgenaufnahme nach Kollargolfüllung) als wertvolles Mittel, breitbasig aufsitzende und infiltrierende Tumoren von gestielten zu unterscheiden. Im ersten Falle zeigt der Schattenriss der Blase ein charakteristisches Aussparungsfeld, bei gestielten Geschwülsten und erhaltener Dehnbarkeit der Blasenwand dagegen eine symmetrische, nirgends eingeengte Form.

Cathelin (6) verwirft die Eröffnung der Blase bei Blasentuberkulose, ferner zur Uretersondierung bei offener Blase, was auch von Legueu jetzt verlassen worden ist, bei Blasenpolypen, die mit Hochfrequenzströmen endovesikal zu behandeln sind, und endlich bei Blasensteinen, bei denen die Lithothrypsie ausführbar ist.

Bratrud (3) empfiehlt zur Ausführung der Sectio alta die Lokalanästhesie und die Füllung der Blase mit 1%iger Chinin- und Chlor-Harnstofflösung, ferner vor der Eröffnung der Blase die Behandlung der durchschnittenen Gewebsschichten mit 1% Silbernitrat. Die Blase wird um einen Katheter geschlossen. Bei stark ausgedehnter Blase, wenn die plötzliche Entleerung bedenklich ist, soll eine Aspirationsnadel eingestochen und 24 Stunden liegen gelassen werden.

Colombino (11) tritt bei alten Leuten und bei Blasensteinoperationen an infizierter Blase für die zweizeitige Ausführung der Sectio alta ein, indem er zuerst nach Ausführung des gewöhnlichen Schnittes und Blosslegung der Blase deren Wand an die Bauchwand fixiert und erst nach acht Tagen die Blase eröffnet und drainiert; nach vier Tagen wird der Drain durch Dauerkatheter ersetzt.

Stricker (37) macht unter Mitteilung von vier Fällen von Quecksilbervergiftung nach Spülung der Harnwege mit Quecksilber-Oxyzyanatlösung mit zwei Todesfällen (in einem Falle Vergiftungserscheinungen nach Blasenspülung bei einem 12jährigen Mädchen) auf das nicht zu seltene Vorkommen einer Quecksilber-Idiosynkrasie aufmerksam und warnt grundsätzlich davor, bei Blasenspülungen, Kystoskopie etc. Oxyzyanatlösungen anzuwenden.

Rosenstein (31) bildete in einem Falle von chronischem Aszites durch Leberzirrhose durch Ein- und Umnähen eines Ringes im Blasenscheitel eine Öffnung, unter welcher nach Exzision einer weiteren Zone der Serosa und Muskularis durch Raffnaht eine Schleimhautfalte als Ventil gegen den Rückfluss von Blaseninhalt in die Bauchhöhle hergestellt wurde. Ein Abfliessen der Aszitesflüssigkeit in die Blase wurde erreicht.

3. Missbildungen.

1. Arumugam, T. V., Extroversion of bladder by extraperitoneal transplantation of ureters into the rectum. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 966. (Gutes funktionelles Resultat mit Kontinenz für 4½ Stunden.)
2. Cotte, G., A propos d'un cas d'exstrophie vésicale. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 187. (Tod an schwerer eitriger, beiderseitiger Pyelonephritis, linksseitiger Pyonephrose und sekundärer Steinbildung.)
3. *Dietlen, M. J., Zur Therapie der Blasenspalte: die Uretero-trigono-sigmoideostomie mit partieller Ausschaltung des Colon sigmoideum. Inaug.-Diss. München 1913.
4. *Dünkeloh, Die Dauerresultate der in der chirurgischen Klinik zu Leipzig operierten Blasenspalten. Freie Vereinigung d. Chir. d. Königreichs Sachsen, Tagung vom 25. Okt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 519 und Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129.
5. *Edmunds, A., Ectopia of the bladder. Practitioner. April.
6. *Hagentorn, Ein Beitrag zur Operation der Blasenektopie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. Heft 3/4.
7. Hentchen, Fall von Ectopia vesicae. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 6. (5½ jähriges Mädchen mit grosser Spalte der Blase, der Harnröhre und breiter Spaltung der Symphyse.)
8. Jenckel, Blasenektopie. Ärztl. Verein Altona, Sitzg. vom 18. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 620. (Einjähriges Kind, Maydlsche Operation mit gutem funktionellen Erfolg.)
9. Johnston, J. A., Exstrophy of bladder. Lancet-Clin. Cincinnati. Bd. 111. Nr. 24.
10. Kennedy, D., Ectopia vesicae. R. Ac. of Med. in Ireland. Sect. of Surg. Sitzg. vom 20. Febr. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 752. (Einpflanzung des Blasenrestes ins Rektum mit vorläufig gutem Erfolg; ein Fall von extraperitonealer Einpflanzung wird in der Diskussion von C. A. Ball erwähnt.)
11. Kielkiewicz, Blasenbildung nebst Bildung einer neuen Harnröhre in einem Fall von Blasenektopie. Przegl. chir. i gin. Bd. 8. p. 225.
12. Morison, A. A., Ectopia vesicae. Edinb. Obstetr. Soc. Lancet. 1913. Bd. 2. p. 1547. (Blasenektopie eines Kindes nach wiederholtem Sturz der Mutter, die selbst keine Verletzung erlitt, in der Schwangerschaft.)
13. *Orban, Ectopia vesicae urinariae. Wissensch. Abende d. Gülhane-Krankenh. Konstantinopel. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 576.
14. Schliep, Demonstration eines operativ geheilten Falles von Blasenspalte. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. v. 13. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1436 und Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1688. (Heilung durch direkte Vereinigung der Spaltränder bei Fissura vesicae superior.)
15. Schmincke, Blasenektopie. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. Sitzg. vom 24. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1314. (Zwei Fälle.)
16. Simpson, Th. Y., A case of ectopia vesicae in which the ureters were grafted successfully into the rectum. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1228. (Achtjähriges Mädchen, gutes funktionelles Resultat mit mehrstündiger Kontinenz.)

Edmunds (5) erklärt bei Blasenektopie alle plastischen Methoden für unbefriedigend und bevorzugt die intraperitoneale Einpflanzung des ganzen Blasenbodens mit den Ureteren in die Wand der Flexur.

Dünkeloh (4) berichtet über fünf Fälle von nach Thiersch ausgeführten Plastiken bei Blasenspalte mit drei guten Erfolgen, einem Misserfolg und einem Fall von Zurückbleiben einer Fistel. Die Dauererfolge sind günstig, ein Fall starb 40 Jahre nach der Operation an Blasenkarzinom.

Dietlen (3) beschreibt einen von Madlener operierten Fall von Ectopie, bei welchem das Trigonum in eine ausgeschaltete Schlinge der Flexur eingepflanzt und der orale Schenkel des Colon sigmoideum nicht durchtrennt, sondern abgebunden wurde. Heilung.

Hagentorn (6) benützt bei Blasenektopie zur Neubildung der Blase eine nebst Mesenterium abgetrennte isolierte Dünndarmschlinge entsprechend der Anastomose der Art. ileocolica und dem Hauptstamm der Art. mesenterica, die er durch einen Spalt im M. rectus dexter durchzieht; die Blasenteile werden nach vorheriger Mobilisierung vereinigt und die Bauchdeckenplastik ausgeführt.

Orban (13) pflanzte bei Blasenektopie mit günstigem Erfolge die Ureterenplatte in die durch Enteroanastomose verbundene S Romanum-Schlinge, wobei an dem zentralen

Ende der Schlinge dicht hinter der Anastomose durch Faltenbildung eine Knickung zum Zweck der Freihaltung der Schlinge gegen Koteintritt geschaffen wurde.

4. Neurosen und Funktionsstörungen.

1. *Altschul, W., Röntgenuntersuchungen bei Enuresis nocturna. Verein deutscher Ärzte in Prag. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1652 und Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 399.
2. Box, C. R., Hypertrophy of the bladder. R. Soc. of Med. Clin. Sect. Sitzg. vom 8. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 147. (Mit Polyurie und Polydipsie.)
3. *Boxwell, Incontinence of urine in nervous disease. R. Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 27. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 861.
4. *Cahier, Sur le traitement de l'incontinence nocturne d'urine par les injections périnéales de sérum. Presse méd. Nr. 36.
5. *Czapek, A., und S. Wassermann, Die akute Harnverhaltung, eine wenig beobachtete Wirkung des Morphins. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. Nr. 31.
6. Day, G. H., Contracture of neck of bladder. Kentucky Med. Journ. Bd. 11. Nr. 23.
7. *Deaver, T. L., Chronic retention of urine; twenty-eight years of catheterization. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1012.
8. De Bovis, Inkontinenz und Prolaps. Sem. méd. Nr. 23. (Empfiehlt die Kolpotomia anterior zur Behandlung der einfachen Inkontinenz.)
9. *Freeman, W. T., Epidural injections. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1237.
10. *Fronstein, R., Zur Ätiologie der Enuresis nocturna. R. Wratsch. Nr. 9.
11. Gatti, L., Familiäre Enuresis. Gaz. degli Osp. e d. clin. Bd. 25. Nr. 35.
12. *Hamonic, P., Harnretention infolge von Vulvismus. XXVII. franz. Urol.-Kongr. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 194.
13. *Hirschfeld, B., Die Blasenschwäche des Weibes. Med. Klinik. Bd. 10. Nr. 30.
14. *Janneret, M., L'incontinence d'urine chez la femme dans ses rapports avec le prolapsus de la paroi vaginale antérieure. Lausanne 1913. Ch. Pache.
15. *Kagan, B., Contribution à l'étude des troubles vésicaux d'origine génitale chez la femme en dehors de la grossesse. Thèse de Paris. 1913. Nr. 159.
16. *Kelly, H. A., und W. M. Dumm, Urinary incontinence in women, without manifest injury to bladder. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 4.
17. Le Filiatre, Enorme fibrome utérin ayant causé des métrorragies abondantes et de gros troubles vésicaux. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. 1913. Nr. 8. (Starke Verziehung der Blase bis oberhalb des Nabels; anfangs Pollakiurie, dann partielle und zuletzt totale Inkontinenz. Bei der Hysterektomie wurde die hintere Blasenwand, um das Volum zu verringern, gerafft. Später normale Funktion.)
18. Marschner, Zwei Fälle von Myomen, die zu wiederholter Harnverhaltung führten. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 342.
19. *Moore, N. W., Enuresis in children. Kentucky State Med. Assoc. 64. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1417.
20. *Pleschner, H. G., Bericht über die urologische Abteilung der II. k. k. chir. Universitätsklinik in Wien (Vorstand Hofrat Prof. Dr. J. Hochenegg). Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 427.
21. *Raudnitz, R. W., Myelodysplasie mit Enuresis. Wissensch Ges. deutscher Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 5. Dez. 1913.
22. *Scharnke, Enuresis und Spina bifida occulta. Strassburger militärärztl. Ges. Sitz. vom 2. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1292.
23. Stacy, E., Case of nocturnal incontinence. Assoc. of reg. med. Women. Sitzg. vom 8. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 199. (Heilung eines Falles durch Massage der Urethra in drei Wochen.)
24. Stellwagen, T. C., Retention of urine and its treatment. Pennsylvania State Med. Journ. Athens. Bd. 18. Nr. 1.
25. *Thies, J., Ersatz des Blasenschliessmuskels durch Muskelplastik. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 516.
26. Uberet, Incontinentia urinae und Prolapsus vaginalis. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe.
27. *Van der Bogert, Enuresis and chronic digestive disturbances. New York State Journ. of Med. 1913. Dez.

28. Vecki, V. G., Psychotherapy in Urology. California State Journ. of Med. San Francisco. Bd. 12. Nr. 9.
29. Wheeler, C. L., Atony of bladder. Kentucky Med. Journ. Bd. 11. Nr. 23.
30. *Worrall, R., Eine Operation bei Urininkontinenz. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 4.

Boxwell (3) leugnet die Existenz eines spinalen Blasenzentrums und verlegt das Zentrum für die Blasenbewegungen in den Nervenplexus des Beckens.

Hirschfeld (13) erzielte bei Blasenatonie durch lokale Anwendung von Fibrolysin (Einführung in die Harnröhre) in drei Fällen günstige Wirkung.

Kagan (15) zählt als Blasenstörungen von seiten der Genitalien (besonders des Uterus, seltener der Appendizes) Pollakiurie, Blasenschwäche, Dysurie, Retention, echte und falsche Inkontinenz und Hämaturie auf. Untersuchung durch Kystoskop notwendig.

Kelly und Dumm (16) empfehlen bei der bei Frauen im mittleren Alter, besonders bei Mehrgebärenden auftretenden Inkontinenz, wenn die nicht operative Therapie erfolglos bleibt, die Verstärkung des Blasensphinkters durch Naht des zerrissenen oder gedehnten Muskelgewebes am Blasenhals nach Freilegung und Mobilisierung des Blasenhalses. Das Muskelgewebe wird über einem eingeführten Katheter mit 2—3 queren Matratzennähten vereinigt und die Scheidenschleimhaut darüber genäht.

Janneret (14) erklärt als häufigste Ursache der relativen oder partiellen Inkontinenz den Vorfall des Septum urethro-vaginale, indem wegen Fixation der vorderen Harnröhrenwand an die Symphyse die hintere Harnröhrenwand nach abwärts gezogen und die Harnröhre trichterförmig geöffnet wird. Zur konservativen Behandlung werden einfach gebogene Pessare, adstringierende Harnröhreninjektionen, Massage und Gymnastik des Dammes, zur operativen Behandlung die T-förmige Kolporrhaphia ant. nach Muret, häufig zu kombinieren mit Hysteropexie und Perineorrhaphie vorgeschlagen.

Thies (25) ersetzte bei völliger Inkontinenz infolge Blasenscheidenvorfalls und nach erfolgloser plastischer Verwendung der Mm. pyramidales den Blasensphinkter mit gutem Erfolg durch einen Streifen aus dem M. rectus.

Worrall (30) führt die partielle Inkontinenz Mehrgebärender auf die Verlagerung der Harnröhre und den Verlust ihrer normalen Krümmung zurück und empfiehlt zur Beseitigung die Exzision eines rhomboidalen Schleimhautlappens aus der vorderen Vaginalwand mit bogenförmiger Umschneidung der Urethralmündung. Vernähung mit doppelter Nahtlinie und Vereinigung der bogenförmigen, die Urethralmündung umgreifenden Wundränder, wodurch eine Hebung der Harnröhre nach dem Arcus pubis und eine Krümmung derselben bewirkt wird. Zwei mit Erfolg operierte Fälle.

Hochenegg (siehe Pleschner 20) empfiehlt bei Inkontinenz bei Frauen die Caspersche Sphinktertrennung (zwei Fälle).

Altschul (1) fand unter 25 Enuresisfällen nur fünfmal eine Verkümmerung der Dornfortsätze und Verschmälerung der Wirbelbogen.

In der Diskussion führen Raudnitz, Sträussler und Hilgenreiner Beweise für den ursächlichen Zusammenhang von Enuresis und Myelodysplasie an und Götzl macht auf die Balkenblase als weitere Begleiterscheinung der Myelodysplasie aufmerksam.

Cahier (4) empfiehlt Injektion von bis zu 200 ccm Kochsalzlösung in die Dammgegend, die in einer grossen Zahl von Fällen Heilung bewirken soll.

Freeman (9) erklärt die epiduralen Injektionen für die beste Behandlungsmethode der Enuresis nocturna und diurna, jedoch muss die Injektionsflüssigkeit wirklich in den Hiatus gelangen; nach der Injektion soll ausserdem das Fussende des Bettes höhergestellt werden.

Fronstein (10) erklärt die Enuresis nicht für eine selbständige Erkrankung, sondern für Folge anderer Zustände, z. B. Atonie der Blase, Spina bifida occulta, Hypertrophie der Rachenmandel, Adenoide etc.

Moore (19) verlangt für die Enuresis Kausalbehandlung, namentlich diätetische je nach der übermässig sauren oder alkalischen Reaktion des Harns, bei Infektionen Harnantiseptika, ausserdem längeren Gebrauch von Belladonna.

Raudnitz (21) bestreitet die Deutung der Enuresis als monosymptomatische Hysterie, da es eine Reihe verschiedener Ursachen von Enuresis gibt.

Scharnke (22) glaubt, dass bei Kindern mit Enuresis höchstens 50%, bei Erwachsenen dagegen etwa zwei Drittel auf Myelodysplasie (Spina bifida occulta, Hypoplasie und Dysplasie im untersten Teil des Rückenmarks oder der Cauda equina) zurückzuführen sind.

In der Diskussion erwähnt Riedel vier Enuresisfälle, von denen zwei Rachischisis sacralis totalis und partialis zeigten.

Van der Bogert (27) sieht die Ursache der Enuresis in Verdauungsstörungen und empfiehlt dementsprechend diätetische Behandlung.

Czapek und Wassermann (5) machen auf die durch Sphinkterkrampf bewirkte Harnretention aufmerksam, die durch therapeutische Morphiumdosen hervorgerufen werden kann, und glauben auch einen Teil der postoperativen Fälle von Harnverhaltung auf Morphium zurückführen zu sollen. Opium und Pantopon haben diese Wirkung nicht.

Deaver (7) berichtet über einen Fall von chronischer Harnretention von 28jähriger Dauer, seit dem 14. Lebensjahre bestehend. Die Kranke hatte in dieser Zeit niemals spontan uriniert, sondern war immer katheterisiert worden; es bestand leichte chronische Cystitis und die Kapazität der Blase betrug nur etwa 80 ccm. Durch Sectio alta und Drainage der Blase mit allmählicher Dehnung der Blasenwand mittelst Abklemmung des Drainagerohrs wurde die Kapazität immer grösser und die Hypertrophie der Blasenwandung bildete sich zurück. Vollständige Heilung.

Hamonic (12) empfiehlt bei Harnretention infolge von Vulvinismus (Vaginismus) die teilweise, doppelseitige Resektion des Constrictor vulvae.

5. Blasenblutungen.

1. Bruni, C., Lésions de la muqueuse vésicale vues au cystoscope dans la purpura hémorrhagique. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 57. (Bedeckung der Blasenschleimhaut mit kleineren und grösseren roten und bläulichroten Flecken; Purpura an Armen und Beinen.)
2. Dialti, G., Hämaturie durch Blasenvarizen. Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 5.
3. *Lohnstein, H., Erste Hilfe bei Blutungen der Harnwerkzeuge. Arch. f. Rettungswesen und erste ärztliche Hilfe. Bd. 1. Heft 2.

Lohnstein (3) empfiehlt bei Blasenblutungen infolge von Verletzungen der Unterbauchgegend und maximaler Füllung der Blase als erste Hilfe eine Blasenpunktion mit nicht zu dünnem Troikar. Bei stärkeren Blasenblutungen infolge von Tuberkulose, Papillom etc. mit Vorlagerung von Blutgerinnseln ist schnelle Entleerung des Harns eventuell mit Aspirationsspritze und Verbringung in eine Krankenanstalt notwendig. Bei Abwesenheit von Blutgerinnseln sind Blasenspülungen von 40—50° und Silbernitrat (1‰) oder Antipyrin- (10%) oder Adrenalin-Lösung (1‰) am Platze, ausserdem innerlich Sekalepräparate.

6. Cystitis.

1. *Blum, V., Über Purpura vesicae und deren Folgezustände (Ulcus simplex vesicae pepticum). Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 566 und IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 312.
2. *Cealic, M., und V. Ceocalteu, Sur un cas de pneumaturie. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 545.
3. *Cifuentes, Behandlung der chronischen Cystitis durch Joddämpfe. Span. Med.-Chir. Acad. Sitzg. vom 15. Dez. 1913. Revue de Chir. Bd. 49. p. 715.
4. *Cimino, T., Ausgedehnte Holzphlegmone des Cavum Retzii, eine Neubildung der Blase vortäuschend. Operation, Heilung. Atti d. R. Acc. delle Scienze med. di Palermo. Sitzg. vom 26. April 1913. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 351.
5. *Dopter, Behandlung der chronischen Cystitis. Paris méd. 23. Mai.
6. *Ertl, Ischuria postoperativa. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 3. Juli 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 495.
7. *Farnarier, Die Behandlung der rebellischen Cystitis. Arch. urol. de la clinique de Necker. Bd. 1. Heft 3
8. *Ferrari, E., und G. Nicolich, Malacoplachia della vescica (Hansemann). Fol. urol. Bd. 8. Nr. 11.
9. *François, J., La cystite incrustée. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 35.
10. *Furniss, H. D., Cystitis colli or trigonitis. Med. Soc. of the State of New York. 108. Jahresvers. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1160.

11. *Gayet, G., und Favre, Contribution à l'étude de la syphilis vésicale. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 35
12. *Grünbaum, C., Hexal, ein neues Blasenantiseptikum. Klin.-therap. Wochenschr. p. 648.
13. Hedlund, Fall von Ischuria paradoxa. Svensk. Läkaresällsk. Handl. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237. (Durch ausgedehnte Adhäsionen an der vorderen Bauchwand; Besserung nach Lösung der Adhäsionen.)
14. Henkel, Retroversio uteri gravidi fixata. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 264. (Schwere eitrige Cystitis und Ischuria paradoxa.)
15. *Levy-Bing und Dureux, Syphilis de la vessie. Revue clinique d'Urol. p.633. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 425.
16. Loumeau, Fistulisation de la vessie pour cystite particulièrement rebelle. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. v. 26. Juni. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 457. (Langjährige intensive Cystitis mit sekundären Phosphatablagerungen; schliesslich erhebliche Besserung durch Anlegung einer suprasymphysären Fistel.)
17. *Mc Donald, St., Malakoplakia. Path. Soc. of Great Britain and Ireland. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 144.
18. *— und W. T. Sewell, Malakoplakia of the bladder and kidneys. Journ. of Path. and Bact. Cambridge. Bd. 18. Nr. 3
19. Nelken, A., Cystitis — an over-worked diagnosis. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 67. Nr. 5.
20. *Nowicki, Harnblasenemphysem. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 1.
21. Parry, T. W., Fistulous opening between the sigmoid flexure and the bladder. North London Med. and Chir. Soc. Sitzg. vom 2. April. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1113. (Kolicystitis. Operation: Trennung von Mastdarm und Blase, Naht, Heilung.)
22. *Pascual, Behandlung der chronischen Cystitis mit Joddämpfen. Span. med.-chir. Acad. Sitzg. vom 22. Dez. 1913. Revue de Chir. Bd. 49. p. 715.
23. *Pasteau, O., Die Kystoskopie bei der Pericystitis adnexiellen oder appendikulären Ursprungs. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Nov.
24. Pike, J. B., Perforation of bladder from chronic ulceration, with secondary appendicitis. Practitioner. London. Bd. 93. Nr. 2.
25. *Russ, Ch., A new method of treating chronic coli-cystitis and other bacterial infections. Lancet. 92. Jahrg. Bd. 1. p. 447 u. 715.
26. Schill, O., Zur Ätiologie und Therapie der Cystitis. Inaug.-Diss. Freiburg 1913. (Referierende Darstellung.)
27. *Schiller, Retroversio uteri gravidi. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 28. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 140.
28. *Schmidt, H., Ein Beitrag zur Malakoplakiefrage der Harnblase. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 14. Heft 3.
29. *Sfakianakis, Über Vesicaesan in der Frauenpraxis. Med. Klin. Bd. 10. p. 727.
30. Strong, R. A., Clinical significance of ammoniacal urine in infants and young children. Mississippi Med. Monthly. Vicksburg. Bd. 19. Nr. 3.
31. *Studdiford, W. E., Gynecological conditions due to the bacillus coli. Med. Soc. of the Counthy of New York. Sitzg. vom 25. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 489.
32. Stutzin, Wie muss ich mich verhalten, um meinen Urologischkranken nicht zu infizieren? Med. Klinik. Bd. 10. p. 774. (Vorschriften für Asepsis bei Katheterismus und Blasenspülungen.
33. *Teleky, D., Intermittierende Reizblase bei Retroflexio uteri. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 785.
34. Tennant, C. E., Methods of invasion of urinary bladder. Colorado Med. Denver. Bd. 11. Nr. 7.
35. Vinson, J. C., Cystitis — Symptom; report of cases. Florida Med. Assoc. Journ. Jacksonville. Bd. 1. Nr. 2.
36. *Wetzel, Malakoplakie der Harnblase. Virchows Arch. Bd. 214. Heft 3.

Studdiford (31) hebt die Häufigkeit der Koliinfektion der Harnwege nach gynäkologischen Operationen hervor.

Furniss (10) unterscheidet nicht-entzündliche und entzündliche Affektionen des Blasenhalses, die ersteren bewirkt durch Retroversio uteri, Beckengeschwülste, Cystocele oder Kongestionszustände anderer Art. Als die hauptsächlichsten Infektionsarten werden

Gonorrhoe und Koliinfektion genannt. Er empfiehlt Lokalbehandlung mit 3—8% Silbernitratlösungen. In der Diskussion verlegt Pilcher diese Affektionen mehr in die Urethra als in die Blase selbst.

Cealic und Ceocalteu (2) beschreiben einen 2 μ langen, leicht polymorphen Bazillus als Ursache einer Pneumaturie, der alle morphologischen und biologischen Eigenschaften eines virulenten Kolibacillus hatte und noch nach drei Monaten die Fähigkeit der Gasentwicklung besass.

Nowicki (20) beschreibt einen Fall von zahllosen gashaltigen Bläschen in der Mukosa und Submukosa, teilweise auch in der Muskularis und unter der Serosa der Blase, die sich zum Teil in Gefässspalten fortsetzten; sie werden als von Rissspalten des Gewebes entstanden abgeleitet, sie haben keine Endothelauskleidung und das Gas wird auf die Tätigkeit von Bakterien zurückgeführt. Ausserdem werden angelagerte Riesenzellen beschrieben, die aus dem Zusammenfluss von Lymphozyten zu deuten sind.

François (9) versteht unter inkrustierter Cystitis mehr oder weniger lokalisierte, besonders im Trigonum sitzende Ulzerationen mit Ablagerung von Phosphaten, die sich fast stets an eine chronische, selten an eine akute Cystitis anschliessen. Ein wichtiges, aber keineswegs konstantes Symptom ist die Ausscheidung von kalkartigen Platten und Konkretionen, ferner die bei der übrigens schwer auszuführenden Kystoskopie festzustellende Multiplizität der disseminierten Inkrustationen, deren Umgebung intensive Entzündungserscheinungen zeigt. Die Prognose ist ernst wegen der Gefahr aszendierender und perivesikulärer Infektion. Eine Spontanheilung ist ausgeschlossen, ebenso eine Beeinflussung durch innere Mittel. Das beste Mittel ist die Ausschabung entweder per urethram oder noch sicherer von hohem Blasenschnitt aus.

Blum (1) beschreibt unter dem Namen Purpura vesicae die bisher als Cystitis haemorrhagica bezeichnete akute, im Anschluss an eine akute Erkältungsaffektion der Schleimhäute (Schnupfen, Influenza, Angina) oder an eine Intoxikation mit kurzer Fieberattacke und heftigem Harndrang mit Dysurie und Strangurie einsetzende Entzündungsform, die sich durch das Auftreten multipler kleiner Blutungen oder einer grösseren Einzelblutung in die Blasenschleimhaut ähnlich der Purpura haemorrhagica oder rheumatica charakterisiert. Die Erkrankung tritt zu bestimmten Zeiten gehäuft auf. Unter günstigen Umständen können die Schleimhautblutungen resorbiert werden und das Krankheitsbild bildet sich dann rasch zurück, in der Regel aber verwandelt sich die Blutung in eine hämorrhagische Erosion, später in eine oberflächliche oder tiefe Ulzeration, die zur Perforation der Blase führen kann. Jede „spontane" Blasenulzeration ist aus einer hämorrhagischen Läsion hervorgegangen. Die Entstehung des Ulcus simplex aus einer intra- oder submukösen Blutung ist durch die peptischen Eigenschaften des Harns zu erklären und es besteht eine weitgehende Ähnlichkeit mit dem Ulcus des Magens. Die Behandlung besteht beim beginnenden Ulcus vesicae ausser in der üblichen Harndesinfektion und lokalen Massnahmen in der Alkalisierung des Harns. In jedem Falle von Purpura ist, um der Bildung eines Ulcus vorzubeugen, der Harn alkalisch zu erhalten.

Ertl (6) führt die postoperative Ischurie auf eine lokale Läsion ernährender Gefässe oder Nerven der Blasenwand oder auf direkte Schädigung der Blasenwand bei der Operation zurück und empfiehlt als sehr günstig auf die Blasenentleerung wirkendes Mittel das Euphyllin, dessen Einwirkung auf Verstärkung der Diurese und auf dem Harnschwall beruht, der die Blase mechanisch zur normalen Entleerung bringt.

Ferrari und Nicolich (8) leugnen die tuberkulöse Natur der Malakoplakie und erklären sie als Granulomentwicklung infolge von Harninfiltration in der beschädigten oder in der Resistenz herabgesetzten Schleimhaut. Der beschriebene Fall betrifft eine 30jährige Kranke mit Schmerzen in der linken Bauchseite und Pyurie; kystoskopisch fanden sich blassgelbe, wachstropfenartige Erhöhungen. Die Sektion ergab die gleichen Plaques auf der Schleimhaut der Nierenbecken und Harnleiter.

Mc Donald (17, 18) beschreibt einen Fall von Malakoplakie der Blase, der Ureteren und Nierenbecken ohne klinische Erscheinungen bei einer 24jährigen Frau. Die Zelleinschlüsse werden für Degenerationsprodukte gehalten.

Schmidt (28) beschreibt in der Blase eines gestorbenen Geisteskranken fleckförmige, gelb durchscheinende Erhebungen, die durch Streptokokken bewirkte akute Entzündung mit Nekrose erkennen liessen. Solche akute Prozesse könnten die einleitenden Vorgänge zu einer späteren Malakoplakie darstellen.

Wetzel (36) beschreibt bei Malakoplakie der Blase Proliferationsvorgänge in Mukosa und Submukosa mit oberflächlichem Zerfall, Rundzelleninfiltration und Bildung follikulärer

Noduli; die grossen Zellen werden als hochgradig veränderte, der Nekrose verfallene Elemente verschiedener Herkunft bezeichnet.

Schiller (27) erwähnt einen Fall von Divertikelbildung der Blase bei Retroversio uteri gravidi. In der Diskussion erwähnt Asch einen gleichen Fall, in dem die Blase an Ausdehnung zunahm, obwohl täglich katheterisiert wurde. Küstner führt die Dysuria paradoxa bei Retroflexio uteri gravidi nicht auf Kompression und Zerrung der Urethra, sondern auf die Deformation der Blase zurück, welche eine vollständige Zusammenziehung nicht gestattet.

Teleky (33) beschreibt bei Retroflexio uteri prämenstruelle Reizerscheinungen der Blase — Pollakiurie mit stark gesteigertem Harndrang —, die auf die prämenstruelle Hyperämie des Trigonum zurückgeführt wird. Zu dieser Erscheinung disponiert die angeborene Retroflexio, bei der die Cervix uteri die Blasenwand in der Gegend des Trigonum stark vorwölbt und ihr unmittelbar anliegt, viel mehr als die erworbene. Die Behandlung ist eine diätetische und besteht besonders in der Sorge für regelmässige Darmentleerung.

Gayet und Favre (11) beschreiben an der Hand von drei Fällen als Erscheinungen tertiärer Blasensyphilis: umgrenzte ödematöse Infiltration in der Gegend des Blasenhalses und im hinteren Teil der Harnröhre, im zweiten Stadium Schleimhautschwellungen, die die Fläche der Blasenwand überragen und sehr stark vaskularisiert und blaurot gefärbt sind, mit papillomatösen Exkreszenzen an den Grenzen der erkrankten Schleimhaut, endlich im dritten Stadium ausgedehnte Ulzerationen und nekrotische Gewebsfetzen bei im übrigen sehr stark vaskularisierter Schleimhaut. Klinisch bestehen Hämaturie und Miktionsschmerzen.

Levy-Bing und Dureux (15) stellen fest, dass syphilitische Ulzerationen der Blasenschleimhaut für sich allein oder mit Lues der Haut oder anderer Schleimhäute zugleich vorkommen. Sie zeigen ausser subjektiven Beschwerden besonders Hämaturie, wobei von Wichtigkeit ist, dass ausser dem Blute sich keine abnormen Beimengungen im Harn finden. Die Heilung erfolgt rasch bei antiluetischer Behandlung. Bei geschwürigen Prozessen der Blasenschleimhaut soll stets an Lues gedacht werden. Einen Schanker der Harnblase gibt es nicht.

Pasteau (23) fand bei Cystitis durch Adnexentzündung und Appendizitis kystoskopisch eine zirkumskripte, diffuse Rötung, anfangs mit sichtbaren Gefässästen und ein Ödem, das später bullös wird; nach einigen Tagen bricht ein pericystitischer Abszess in die Blase durch, dessen Perforationsöffnung bei nicht zu starkem Ödem gesehen werden kann. Nach der Abheilung entsteht eine weisse, wenig vaskularisierte, von einem Venennetz umgebene Stelle.

Cimino (4) beschreibt eine ausgedehnte Holzphlegmone im Cavum Retzii, welche 48 Stunden nach der Entbindung unter heftigen Schmerzen spontan entstanden war. Unter Annahme eines Blasentumors sollte die Sectio alta gemacht werden, jedoch ergab sich nach Spaltung der Bauchhaut ein ausgedehnter, die Blase halbmondförmig umgebender Abszess. Der Eiter enthielt Staphylo- und Streptokokken. Drainage, Heilung.

Behandlung der Cystitis.

Russ (25) schlägt vor, die Ansammlung von Mikroorganismen am positiven Pol in einer ClNa-Lösung und die Tötung derselben durch den Strom zur Behandlung der Colicystitis zu benützen. Die Blase wird mit ClNa-Lösung gefüllt und die Anode eingeführt. Die Wirkung des Stroms besteht in einer Formveränderung der Bazillen (Verlängerung und Verschmächtigung) und in einer Verringerung ihrer Virulenz. In einer Anzahl von Fällen wurden gute Resultate erzielt. Auch in einem Falle von nicht lange bestehender gonorrhoischer Cystitis wurde Heilung erzielt, in einem Falle von alter Gonorrhoe versagte die Behandlung.

Cifuentes (3) hebt die überaus günstige Wirkung der Blasenfüllung durch Joddämpfe bei Behandlung der Cystitis hervor. Zur Entwicklung der Joddämpfe wird Jodoform benützt, dessen Dämpfe mittelst Katheter und Spritze zweimal in der Woche injiziert werden; die Dämpfe sollen 1—3 Minuten in der Blase belassen werden. Die Kapazität der Blase hebt sich rasch.

Farnarier (7) teilt neue Fälle mit von Behandlung hartnäckiger Cystitiden mit Joddämpfen (siehe Jahresbreicht Bd. 26, p. 342); von 32 Fällen wurden 11 geheilt und 12 gebessert.

Pascual (22) bestätigt die günstige Wirkung der Joddämpfe bei chronischer Cystitis, aber auch bei akuter. In der Diskussion bezweifelt Pulido das Eindringen der Joddämpfe in die tieferen Schleimhautschichten.

Citron (b. 21) empfiehlt das Yatren als mildes Antiseptikum für die Blase und erzielte durch Injektion 90%iger Lösungen erhebliche Besserung bei hartnäckiger Cystitis und Linderung bei Blasentuberkulose. Reizerscheinungen oder Intoxikationen treten nicht auf.

Grünbaum (12) empfiehlt bei akuter Urethralgonorrhoe und Cystitis den inneren Gebrauch des Hexals, das die Heilungsdauer abkürzt und ein Aufsteigen der Infektion verhindern soll.

Sfakianakis (29) fand bei postoperativer und gonorrhoischer Cystitis das Vesicaesan (aus den frischen Blättern der Bärentraube gewonnen und in Pillenform hergestellt) von prompter Wirkung.

Dopter (5) beobachtete rasche Heilung chronischer Cystitis nach Anwendung von Cruveilhiers sensitiver Antigonokokkenvakzine.

7. Blasentuberkulose.

1. *Baldwin, L. G., A preleminary report of a case of primary tuberculosis of the bladder. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 488.
2. Fischer, Totale Verkäsung der Blasenschleimhaut mit vollständiger Isolierung beider Ureteren und des Lig. interuretericum. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 16. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1091.
3. *Heitz-Boyer, M., La cystoscopie dans la tuberculose vésicale. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 755
4. *— Traitement endoscopique de la tuberculose vésicale par les courants de haute fréquence. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 155.
5. *Key, E., Exclusio vesicae bei schwerer Blasentuberkulose. Nord. med. Arch. Bd. 46. Chir. Sekt. Nr. 3.
6. *Newman, D., Tuberculosis: renal and vesical cystoscopic appearences in the early stages demonstrated by the projectoscope. Med. Journ. 1913. Okt. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 494.
7. *Normand, J. N., Contribution au traitement des cystites tuberculeuses et des tuberculoses vesicales par l'enfumage jodé. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 271.
8. *Perrier, C., Hochgradige Retraktion der Blase bei Blasentuberkulose. Revue méd. de la Suisse Rom. Jan.
9. Sachs, Tuberculosis vesicae. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 317. (Zahlreiche linsengrosse, nicht ulzerierte Knötchen in der ganzen Blase, auch am Blasenscheitel bei Lungentuberkulose.)
10. *Vinay, Traitement des cystites tuberculeuses par les injections des bacilles lactiques. Bull. et Mém. d. l. Soc. de Chir. de Paris. p. 655.
11. *Weiss, H., Ein mit Lecutyl.(Kupfer-Lezithin) geheilter Fall von Blasentuberkulose. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1558.

Baldwin (1) beschreibt einen Fall von dollargrossem tuberkulösem Geschwür am Blasenscheitel mit Reizung des Trigonum, aber Fehlen von Entzündungserscheinungen an den Uretermündungen. Das Geschwür wurde nach Sectio alta energisch galvano-kauterisiert und der Impfversuch mit Blasenharn ergab Tuberkulose. Da die Nieren normal befunden wurden (Röntgenaufnahme; der linke Ureter konnte aber nicht katheterisiert werden), wurde der Fall als primäre Blasentuberkulose gedeutet.

In der Diskussion bezweifeln Furniss, Grad und Vineberg die Beweiskraft dieses Falles und Polak erwähnt einen Fall von sicher primärer Blasentuberkulose mit Geschwürsbildung hinter der Uretermündung bei einem jungen Mädchen.

Newman (6) beschreibt einen Fall beginnender Blasentuberkulose, der zunächst starke Anämie der Schleimhaut, dann ein verwaschenes Bild zeigte; darauf folgte Dilatation der Gefässe und Hyperämie, dann Aufschiessen ganz kleiner, anfangs durchsichtiger Knötchen, die allmählich opak wurden und unter Anschwellen der Gefässe der Umgebung unter Bildung von roten Ringen verkäsen; schliesslich erfolgt Nekrotisierung der Schleimhaut und Geschwürsbildung.

Heitz-Boyer (3) beschreibt die kystoskopischen Veränderungen bei Blasentuberkulose: Granulationen, Ulzerationen, ekchymotische Plaques, Veränderungen der Harn-

leitermündungen, wie Blutaustritte, Exulzerationen, Kratergeschwüre, bullöses Ödem, Sklerose. Die Beschreibung wird durch vorzügliche Abbildungen illustriert.

Key (5) empfiehlt bei schwerer Blasentuberkulose die Exklusion der Blase, entweder durch Einpflanzung der Ureteren in den Darm oder durch permanente Ureterostomie oder durch Nephrostomie; das Leben wird durch die Operation nicht verlängert, aber die Schmerzen werden beseitigt.

Perrier (8) beobachtete bei Blasentuberkulose eine so hochgradige Retraktion der Blase, dass nur eine Fingerspitze mit Mühe in die Blase eingeführt werden konnte. Da ein Dauerkatheterismus per urethram nicht möglich war, wurde die Blase durch Naht geschlossen und Dauerdrainage durch die suprapubische Blasenöffnung bewirkt.

Heitz-Boyer (4) behandelte tuberkulöse exulzerierte Cystitis, die nach der Nierenoperation nicht zur Heilung kam, mittelst Hochfrequenzströmen und teilt einen günstig verlaufenen Fall mit.

Normand (7) erzielte bei der Behandlung der Blasentuberkulose mit Joddämpfen zwar nur in einzelnen Fällen Heilung, dagegen in den meisten Fällen aber erhebliche Besserung und Beseitigung der intensiven lokalen und nervösen Beschwerden.

Vinay (10) erzielte in fünf Fällen von Blasentuberkulose durch die Injektion von Milchsäurebazillen (12stündige Kulturen von Bac. bulgaricus auf Milch, Injektion von 10 bis 15 ccm dieser Flüssigkeit dreimal wöchentlich) erhebliche Besserung; ob diese durch die Bakterien selbst oder durch Milchsäureeinwirkung erzielt wird, ist ungewiss.

Weiss (11) konnte durch innere Darreichung und äussere Anwendung des Kupfer-Lezithins (Lecutyl) in Form einer Schmierkur eine seit sieben Jahren bestehende Cystitis mit Ulzerationen im Trigonum, die allen anderen Mitteln getrotzt hatte, in 3½ Monaten beseitigen.

Siehe ferner Nierentuberkulose.

8. Gestaltfehler und Verlagerungen.

1. *Borchard, Angeborenes Blasendivertikel. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 101.
2. Burkhardt, Blasendivertikel. Nürnb. med. Ges. u. Poliklin. Demonstrationsabend vom 26. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 672. (Das Divertikel war grösser als die Blase; suprasymphysärer Schnitt, extraperitoneale Ausschälung.)
3. Cimino, T., Kontraktiles kongenitales Blasendivertikel mit intermittierender Steinbildung. Atti d. R. Acc. delle Scienze med. di Palermo. Sitzg. vom 28. Juni 1913. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 317. (Ein Fall.)
4. Ghezzi, C., Sul vero diverticolo laterale della vescica con una osservazione. Il Morgagni. Nr. 7. (Fötuskopfgrosses Divertikel über der rechten Harnleitermündung mit zweipfennigstückgrosser Blasenöffnung und starker Eiterung, das selbst bei der ersten Sectio alta wegen Verdeckung der Einmündung durch Schleimhautwucherungen nicht erkannt wurde. Annähung des Divertikels an die Blasenwand, Exitus durch Peritonitis.)
5. Glückstahl, A., Hernie de la vessie. Lyon chir. Bd. 12. Nr. 1. (Drei Fälle.)
6. Gontermann, Hernia supravesicalis cruralis mit Beteiligung des Ligamentum umbilicale laterale an der Bruchsackbildung. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 9. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 881. (Inhalt aus Titel ersichtlich; 50jährige Frau.)
7. *Lower, W. E., Diverticula of the urinary bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 2015.
8. *— Improved method of removing diverticulum of urinary bladder. Cleveland Med. Journ. Bd. 13. Nr. 1.
9. Scalone, I., Diverticoli vescicali erniati ed ernie diverticolari della vescica. La Clin. chir. 1913. Nov. (Erworbenes Divertikel in einer Kruralhernie.)
10. *Squier, J. B., Surgery of the hourglass bladder. New York Med. Journ. Bd. 99. p. 1026 u. 1057.
11. *Van Hook, W., Gestaltveränderung der Blase durch Ventrosuspension. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. Nr. 3.

Van Hook (11) beobachtete sackförmige Ausziehung der Blase nach Ventrofixatio mit nachfolgender Cystitis.

Borchard (1) beschreibt ein taubeneigrosses, angeborenes, von der hinteren, unteren

Blasenwand unter der linken Uretermündung ausgehendes Blasendivertikel bei einem 22jährigen Mädchen; Heilung durch Exstirpation der Wand und Etagennaht nach Sectio alta.

Lower (7, 8) schlägt zur Operation der Blasendivertikel deren Ausstopfung mit Gaze vor, um sie in einen festen Tumor zu verwandeln und dann von der Blase abtrennen zu können. Sechs Fälle.

Squier (10) resezierte in einem Falle von grossem Divertikel der Hinterwand der Blase den unteren Teil der Zwischenwand, so dass Divertikel und Blase in eine Höhle verwandelt wurden, und trug den oberen Teil des Divertikels ab. Heilung.

9. Blasenverletzungen.

1. *Albrecht, H., Durch Operation geheilter Fall von schwerer Pfählungsverletzung der Blase. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 626.
2. Block, F., Über pathologische Harnblasenrupturen. Inaug.-Diss. Greifswald 1913. (Spontanruptur bei Anwendung starker Bauchpresse; Operation, Dauerkatheter Heilung.)
3. *Bogoras, N. A., Über intraperitonealen Harnblasenriss bei Fibromyoma uteri. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. p. 225. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 980.
4. Ceccherelli, G., Un caso di rottura della vescica. La clin. chir. 1913. Sept. (Extraperitoneale Ruptur mit Harninfiltration und Fistelbildung über der Symphyse; Heilung durch Dauerkatheter und ohne Operation.)
5. Della Torre, L., Traumatische Blasenruptur. Riforma med. Nr. 20. (Extraperitoneal; durch Überfahren.)
6. *Dobrowolskaja, N., und H. Wiedemann, Zur Frage der intraperitonealen Harnblasenrupturen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3.
7. — und G. K. Widemann, Intraperitoneale Berstung der Harnblase. R. Wratsch. 1913. Nr. 50. (Sieben Fälle.)
8. Fuller, E., Extraperitoneal rupture of the bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 2114. (Beschreibung der Operation in solchen Fällen, wobei ausschliesslich auf die Verhältnisse beim Mann Rücksicht genommen wird.)
9. Gérard, M., Des blessures de la vessie par empalement. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 549. (Anatomisch-klinische Beschreibung der Pfählungsverletzungen der Blase auf Grund von 85, darunter zwei neu veröffentlichten Fällen; auf das weibliche Geschlecht entfallen nur 11 Fälle.)
10. Laewen, Intraperitoneale Verletzung der Harnblase durch Schlag gegen den Bauch. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 3. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 929. (Heilung durch Laparotomie und Blasennaht ohne Drainage; Operation eine Stunde nach der Verletzung. Blähung der Dünndarmschlingen infolge von narkotischer Lähmung der Muskulatur durch harnfähige Stoffe.)
11. Lenko, Über Schussverletzung der Harnblase. Lwowski Tyg. Lek. 1913. p. 215. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 411. (Röntgenbild; Revolverkugel im Innern eines aus der Blase entfernten Steins.)
12. *Packard, H., Eversion of bladder. Annals of Surg. Bd. 59. p. 555.
13. Pfanner, W., Über einen Fall von Spina bifida occulta sacralis mit Blasendivertikel und inkompletter Urachusfistel. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 12.
14. v. Saar, Kasuistische Beiträge zur Behandlung schwerer Blasen- und Harnröhrenverletzungen. Österr. Ärztezeitg. 1913. Nr. 5/6. (Intra- und extraperitoneale Blasenruptur seit zweimal 24 Stunden mit ausgedehnter Urininfiltration, Bekämpfung der beginnenden Harninfiltration durch vielfache Inzisionen mit ausgiebiger Drainage bis auf das Bauchfell. Heilung.)
15. Strine, H. F., und M. E. Higgins, Case of rupture of bladder with fracture of pelvis. United States naval Med. Bulletin. Washington. Bd. 8. Nr. 3.
16. Wiedemann, Über Blasenruptur. VII. Ärztetag d. estländ. Ärzteges. Sitzg. vom 24. Nov. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 184.

Dobrowolskaja und Wiedemann (6, 7) verlangen bei intraperitonealen Blasenrupturen möglichst frühzeitige Operation, weil sich nach 24 Stunden die Prognose rasch verschlechtert. Die Bauchhöhle ist nach Verschluss der Blase nur zu schliessen, wenn die Harnwege gesund sind. In diesen Fällen kann die Blasennaht durch Netz- oder Faszien-

plastik gesichert werden. Bei Verdacht auf Infektion der Blase soll nach Vernähung des Blasenrisses der Douglas tamponiert werden. Bei der Nachbehandlung wird auf halbsitzende Stellung des Kranken Gewicht gelegt, damit das entzündliche Exsudat sich im kleinen Becken ansammeln kann.

Bogoras (3) beobachtete bei im kleinen Becken eingekeiltem Uterusmyom nach äusserem Trauma eine intraperitoneale Zerreissung der Blase von 6 cm Länge; Naht und Exstirpation des Uterus mit Adnexen.

Albrecht (1) beobachtete Dammriss und Zerreissung der ganzen hinteren Scheidenwand bis ins Parametrium und Durchbohrung der Blase; bei der Laparotomie fand sich ein zerfetztes fünfmarkstückgrosses Loch im Blasenscheitel. Der Defekt im Blasenscheitel wurde in drei Etagen vernäht, dann wurde die Hinterwand der Blase durch Ablösung von der Cervix mobilisiert und nach Abschluss der Excavatio vesico-uterina die untere Blasenverletzung nach Art einer Blasenscheidenfistel verschlossen. Heilung.

Packard (12) beschreibt einen Fall von Umstülpung der Blase durch die Urethra, bei einem 17jährigen Mädchen, das im vierten Lebensjahr ein Stuprum erlitten hatte. Zugleich bestand Uterusprolaps und Diastase der Schambeine, deren Verbindung gleichfalls durch das Stuprum (vielleicht nachfolgende Osteomyelitis?) zerstört worden war. Der Uterus wurde ventrofixiert, die Blase exstirpiert und die Harnleiter in die Scheide eingepflanzt.

10. Blasengeschwülste.

1. Albrecht, Harnblasenpapillom. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 842. (Junges Mädchen; endovesikale Entfernung mittelst Glühschlinge.)
2. *Ahlström, Fall von Krebs der Harnblase. Svenska Laekaresällsk. Handl. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 235.
3. *Arcelin und Giuliani, Utilisation des courants de haute fréquence en urologie. Lyon méd. Nr. 21. p. 1133.
4. Bangs, Palliative treatment of inoperable carcinoma of the bladder. Practitioner's Soc. of New York. Sitzg. vom 2. Jan. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 360. (Fall von inoperablem Karzinom; palliative Behandlung der schweren Blaseninfektion und des Tumors, schliesslich mit Hochfrequenzströmen; Besserung.)
5. *Beer, E., Papilloma of the bladder. New York Ac. of Med. Genito-urinary Sect. Sitzg. vom 18. März. New York Med. Journ. Bd. 99. p. 1055.
6. *Bégouin, Sarcome de la vessie. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 20. Febr. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 144.
7. *Blum, V., Die Fulguration und die Elektrokoagulation der Blasengeschwülste. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 595.
8. *— Über den Gallertkrebs der Harnblase und seine Beziehungen zur Zystenbildung in der Schleimhaut des Harntraktes. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 610.
9. *Blumberg, Behandlung der Blasengeschwülste. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 98.
10. Bollag, K., Beitrag zur Kenntnis der Blasengeschwülste. Schweizer Rundschau f. Med. Nr. 16. (Berechnet, dass 1,3% aller Krebstodesfälle auf die Blase entfallen; 29,1% betreffen Frauen.)
11. *Bridoux, H., Fall von Adenom der Blase mit Bemerkungen. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. Nr. 11.
12. *Casper, L., Über Harnblasengeschwülste. Med. Klinik. Bd. 10. p. 621.
13. *Cohn, S., Zur Totalexstirpation der Harnblase und Versorgung der Ureteren. Wiener klin. Rundschau. Bd. 28. p. 549.
14. *Desnos, E., Valeur hémostatique de l'électrocoagulation des tumeurs vésicales. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 715.
15. Dobson, J. F., Diffuse papillomata of the bladder. Leeds and West Riding Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 3. April. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1255. (Erst Sectio alta, dann Resektion der Blase und Einpflanzung beider Ureteren in das Colon mit gutem funktionellem Resultat.)
16. Enderlen, Halbseitige Exstirpation der Blase. Würzburger Ärzteabend. Sitzg. vom 7. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 964. (Bei Karzinom, Einpflanzung des Ureters am Blasenscheitel.)

17. Franke, F., Blasentumor. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. Sitzg. vom 14. März. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1037. (Flacher kreisrunder Tumor von 5—5,5 cm Durchmesser; exstirpiert; wahrscheinlich Tuberkulom.)
18. *v. Franqué, Infiltrierendes Karzinom der Blase. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 11. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 738.
19. Gayet und Martin, Tumeur de la vessie, résection de dehors en dedans. Soc. des Sc. méd. de Lyon. Nov. Revue de Chir. Bd. 49. p. 102.
20. *Goldenberg, Über endovesikale Behandlung von Blasentumoren. Ärztl. Verein Nürnberg. Sitzg. vom 2. April. Münchn. klin. Wochenschr. Bd. 61. p. 1710.
21. *Gorasch, W., Zur vergleichenden Bewertung der endovesikalen Operationen. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1420.
22. *Hildebrand, Behandlung der Blasenkarzinome. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 99.
23. *Hilsmann, S., Über Harnblasengeschwülste mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von zystischem Polyp bei einem Neugeborenen. Inaug.-Diss. Berlin 1913.
24. Hume, J., und S. Logan, Treatment of bladder tumors by the high-frequency current. Louisiana State Med. Soc. 35. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1748. (Bei vier Fällen von Papillom mit gutem Erfolg, ferner bei vier Fällen von malignem Papillom und zwei Fällen von Karzinom.)
25. *Joseph, E., Die Behandlung der Blasenpapillome mit Thermokoagulation. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeil. p. 97 und Fol. urol. Bd. 8. Nr. 12.
26. *Joseph, E., Behandlung grosser Blasenpapillome mit den Hochfrequenzströmen. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 327.
26a. Josephson, C. D., Fall von Cancer vesicae die Ureterenmündung herumgreifend. Verhandl. d'obst. gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygica. (S. Lindquist.)
27. *Iredell, C. E., und R. Thompson, Three cases of malignant growths at the base of the bladder treated by diathermy. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1745.
28. *Judd, E. S., Non-papillary benign tumors of the bladder. Southern Surg. Assoc. 26. Jahresvers. Atlanta. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 405 und Western Surg. Assoc. 23. Jahresvers. S.t Louis. Med. Rec. New York. Bd. 85. p. 505.
28a. Kabalkin, Über Resektion der Harnblase und des Ureters wegen Karzinom. Inaug.-Diss. Strassburg.
29. *Kolischer, G., Clamp resection of the urinary bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 296.
30. *Legueu, F., Elektrokoagulation der Blasentumoren. Arch. urol. d. l. Clinique. Necker. Bd. 1. Heft 2.
31. Lepoutre und d'Halluin, Behandlung von Blasentumoren, besonders Papillomen durch Elektrokoagulation. Revue clinique d'Urol. Jan. (Fünf Fälle mit gutem Erfolg, besonders in bezug auf die Blutung behandelt.)
32. Loumeau, Fistule vésico-intestinale par cancer du colon pelvien. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 17. April. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 282. (Durchbruch eines Darmkarzinoms in die Blase.)
33. *Luys, G., Behandlung des Blasenkarzinoms mit Radium. Soc. des Chir. de Paris. Sitzg. vom 30. Jan. Paris chir. Nr. 1.
34. Morton, Ch. A., Excision of the bladder for malignant disease. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1224. (Drei partielle und eine vollständige Exstirpation der Blase wegen Karzinoms. Einpflanzung der Ureteren in die Haut; bei Frauen wird Einpflanzung in die Scheide empfohlen.)
35. *Newman, D., Tumours of the bladder; three cases illustrating points of interest in diagnosis and treatment. Glasgow Med. Journ. Jan.
36. *Oraison, Traitement des tumeurs de la vessie par les courants de haute fréquence. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 6. Febr. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 114.
37. *Pedersen, V. C., Neoplasms of the bladder. New York Med. Journ. Bd. 99. p. 255.
38. Peterkin, G. S., Scalpel Surgery of tumors of bladder. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 3.
39. Pilcher, P., Die Behandlung der Blasentumoren. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. p. 470. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 423.)
40. Pleschner, Röntgenbilder von Blasentumoren. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 165. (Demonstration; in der Diskussion hebt Bachrach den diagnostischen Wert der Kystographie bei Kollargol-

füllung der Blase, besonders in bezug auf das Verhalten des Stiels von Blasentumoren hervor, und Blum betont den Wert der Kystographie für die Funktionsprüfung des Ureterenverschlusses gegen die Blase durch Vordringen der Füllungsflüssigkeit — Skiargan — in den Ureter.)

41. *Renner, Behandlung der Blasentumoren mit Hochfrequenzströmen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1627.

41a. *Rolando, S., Sur l'extirpation dans la vessie des papillomes volumineux à implantation péri-uréterale. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 585.

42. *Schoenenberger, F. J., und S. W. Schapira, Application of radium in the bladder for carcinoma. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1852.

43. Seri, G., Papillome und Ulcus simplex der Blase. Rivista osped. Bd. 4. Nr. 2. (Kombination von Papillom und Ulcus simplex; Sectio alta.)

44. *Squier, J. B., und C. G. Heyd, Operative technic for radical exstirpation of vesical neoplasms en masse. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 1.

45. Stokes, A. C., Die Behandlung der Blasentumoren. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. Nr. 12. (Übersichtsartikel.)

46. *Swan, H. J., Tumours of the urinary bladder. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1309.

47. Tavernier, Tumeur de la vessie, résection intrapéritonéale. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 22. Jan. Revue de Chir. Bd. 49. p. 528. (Transperitoneale Resektion von zwei Dritteln der Harnblase wegen Tumors am Blasenscheitel.)

48. — und Chalier, Fibrome de l'isthme utérin et rétention d'urine. Soc. des Sc. méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 49. p. 707. (Kompression der Urethra durch ein tiefsitzendes Uterusfibrom.)

49. Thelen, Elektrokoagulation multipler benigner Blasenpapillome. Allg. Ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 9. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 565. (Zwei Fälle von Rezidiven nach Sectio alta mit Erfolg operiert.)

50. *Thies, J., Exstirpation der Harnblase bei Uterusblasenkarzinom. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 516.

51. Vecchi, A., Linfendotelioma della vescica. Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 2.

52. Vogel, J., Über die Vereinfachung der endovesikalen Operationsmethoden. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 572. (Einfügung der Schlinge und galvanokaustischer Instrumente in einen Harnleiterkatheter, wie er für jedes Harnleiterkystoskop verwendet wird.)

53. Ward, G. G., Carcinoma of the cervix by the Wertheim method with a resection of the base of the bladder. New York Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 21. April. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 200. (Resektion eines 25 centstückgrossen Teiles der Blasenwand am Trigonum; suprapubische Drainage, Heilung.)

54. Wolbarst, A. L., Multiple Papillome der Blase mit Verlegung des Blasenhalses und deren erfolgreiche Behandlung durch Oudinsche Fulguration. Urol. and Cut. Rev. 1913. Okt. (Inhalt aus Titel ersichtlich.)

55. *Wossidlo, E., Zur Mesothoriumbehandlung von Blasentumoren. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 30. Juni. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 698.

56. Young, H. H., The present status of the diagnosis and treatment of tumors of the bladder. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 422.)

Diagnose und Therapie.

Casper (12) hebt die Notwendigkeit hervor, dass jeder Fall von Hämaturie sofort kystoskopiert werden muss, weil die Blasenblutung oft das erste und einzige Symptom eines Blasentumors ist; allerdings gibt es Fälle von Blasentumoren, die erst nach Jahresfrist zu bluten anfangen. Die Papillome sind im allgemeinen gutartig, alle glatten, festen und breitaufsitzenden Tumoren dagegen bösartig. Die Stückchendiagnose allein vermag eine sichere Unterscheidung, ob gut- oder bösartig, nicht zu liefern; die Entscheidung muss durch Kystoskopie, Stückchendiagnose und klinische Beobachtung zusammen gesichert werden. Die bösartigen Tumoren sind, wenn operabel, stets radikal zu operieren; von drei mit Radium behandelten Fällen konnte nur einer günstig beeinflusst werden. Inoperable Fälle sind mit Punctio vesicae oder Ausschaltung der Blase zu behandeln. Die gutartigen Blasentumoren sind ebenfalls grundsätzlich zu operieren, weil sie nur pathologisch-anatomisch, aber nicht klinisch gutartig sind und häufig in einem malignen Tumor metaplasieren. Die endovesikale Operation hat hiebei die Schnittmethode vollständig verdrängt, jedoch ist auch die

Behandlung mit Hochfrequenzströmen ein erfolgverheissendes, besonders aber ein schonendes Verfahren.

Joseph (25) gibt genaue Vorschriften zur Technik der Elektrokoagulation der papillomatösen Blasengeschwülste und hebt als deren Vorzüge die leichte Handhabung hervor, ferner die Möglichkeit, den Strom fast überall im Blasenkavum, an Scheitel wie am Sphinkter, anzuwenden, sowie die Stillung der Blutung aus den Papillommassen und die bedeutende Tiefenwirkung auf die Blasenwand bei Behandlung des Geschwulststieles oder der Geschwulstbasis, ausserdem die Vorteile der endovesikalen Behandlung überhaupt gegenüber den Operationen von aussen. Besonders zur sofortigen Blutstillung, bei Rezidiven nach Sectio alta, bei kleinen und mittleren, namentlich von Anfang an multiplen Geschwülsten und bei alten Leuten ist die Methode zu empfehlen. 11 Fälle wurden mit Erfolg behandelt.

Blumberg (9) bestrahlte ein ausgedehntes Karzinom der Urethra und des unteren Teiles der Blase von der Vagina aus mit Mesothorium und konnte nach vierwöchiger Behandlung ein Schwinden des Tumors und die Beseitigung der schweren Hämaturie erzielen. Bei der fünf Wochen später gemachten Sektion (Tod der 78jährigen Frau an Herzverfettung und Koronarsklerose) fand sich die Harnröhre ganz von Karzinom frei, nur in der linken Trigonumhälfte war eine dünne oberflächliche Schicht von mikroskopisch schwergeschädigtem Karzinomgewebe sichtbar.

Hildebrand (22) fand unter den direkten, von aussen vorgehenden Operationen der Blasenkarzinome die besten Resultate bei der partiellen Resektion der Blase. Die Lymphbahnen der Blase sind in einer grossen Zahl von Fällen erkrankt, aber die Exstirpation der Lymphdrüsen würde eine schwere Komplikation der Operation darstellen. Bei Blasenpapillomen, die zu einem grossen Prozentsatz schon abnorme Epithelwucherung zeigen, muss deshalb der Geschwulstboden mit weggenommen oder zerstört werden, entweder bei Sectio alta oder bei Elektrokoagulation. Die Mortalität bei Sectio alta wird auf 6% geschätzt.

In der Diskussion empfiehlt Schultheiss auf Grund von Erfahrungen an 46 Fällen bei malignen, breitaufsitzenden Geschwülsten die blutige Operation, dagegen bei gestielten Tumoren und kleinen Rezidiven nach Sectio alta die Thermokoagulation. Frank empfiehlt die Anwendung der Diathermie bei allen Blasentumoren mit Ausnahme der infiltrierenden Wandkarzinome. Die Geschwülste sollen nur koaguliert, nicht verschorft werden; sehr grosse Geschwülste kann man vorher mittelst der Schlinge verkleinern. Auch bei tuberkulösen Exulzerationen, die nach Nierenexstirpation zurückgeblieben waren, wurden durch Koagulation gute Erfolge erzielt. Ringleb rät zum endovesikalen Verfahren nur bei sicher gutartigen Fällen, bei malignen oder verdächtigen dagegen zu Sectio alta; eine grössere Tiefenwirkung der Koagulation als bei einem guten Brenner ist nicht wahrscheinlich. König spricht sich für Koagulation bei Papillomen an der Urethra, nicht aber bei solchen in der Nähe der Ureteren aus. Philipowicz empfiehlt für die Diagnose der Blasenkarzinome die Röntgenaufnahme nach Kollargolfüllung.

Swan (46) hebt die häufigen Rezidive bei Blasenpapillomen und die Möglichkeit der Umwandlung in Karzinom hervor. Da die endovesikale Operation keine radikale Entfernung bewirkt, schlägt er vor, nach Sectio alta die Papillome durch Umschneidung der die Einpflanzungsstelle umgebenden Schleimhautpartie gründlich zu entfernen. Breitbasig aufsitzende Papillome müssen in grösserem Umfange umschnitten werden. Papillomblutungen sind durch heisse Blasenspülungen mit Silbernitratlösung (1 : 5000) oder durch Injektion von 1‰ Silbernitrat- oder 1‰ Adrenalinlösung, die einige Minuten in der Blase zu belassen sind, zu behandeln. Multiple Papillome müssen entweder einzeln entfernt oder palliativ mit steigenden Konzentrationen von Silbernitrat (bis zu 1 : 500) behandelt werden.

Das Blasenkarzinom ist mehr als dreimal häufiger als das Papillom. Swan unterscheidet eine papillomatöse und eine infiltrierte Form. Unter den Symptomen werden ausser den Blasenblutungen vermehrter Harndrang, von der Regio suprapubica zur Urethra ausstrahlende Schmerzen und Cystitis hervorgehoben. Zur Diagnose ist die Kystoskopie notwendig. Die Therapie richtet sich nach Ausdehnung und Lokalisation. In günstig gelagerten Fällen ist Resektion der Blase weit im gesunden Gewebe, wenn nötig mit Resektion des Endstückes des Ureters und Neueinpflanzung auszuführen. In anderen Fällen können die einzelnen gestielten Karzinome entfernt und der Grund kauterisiert werden. Totalexstirpation der Blase mit Einpflanzung der Ureteren in den Darm ist von unsicherem Erfolg. Bei fungösem Karzinom ist die Prognose besser als bei infiltriertem. Bei inoperablen Karzinomen sind die Blutungen mit Spülungen (Silbernitrat, Adrenalin), Ergotin und Kalziumazetat, die Schmerzen mit Sandelöl, die Cystitis mit Wasserstoffsuperoxydinjektionen zu behandeln.

In Fällen von schweren Blutungen kann die Sectio alta notwendig werden. Von der endovesikalen Anwendung von Radium wurden keine Erfolge beobachtet.

Squier und Heyd (44) legen bei der Operation von Blasengeschwülsten durch Längsinzision die Blase bis zum Urachus und damit auch die Ureteren frei; hierauf wird die Hinterwand der Blase vom Urachus beginnend bis in den Douglas vom Peritoneum losgelöst und der Peritoneallappen mit dem oberen Wundwinkel vereinigt, so dass von jetzt an extraperitoneal operiert wird. Nun wird der Blasenscheitel nach vorn gezogen und die Blase an der hinteren Wand eröffnet, so dass der Tumor unter gutem Überblick weit im Gesunden exstirpiert werden kann. Zuletzt erfolgt Schluss der Blase, etwaige Neueinpflanzung eines Ureters, suprasymphysäre Drainage, Aufnähen des Peritoneums auf die Blase und Wundschluss.

Papillome.

Arcelin und Giuliani (3) empfehlen als einfaches und sicheres Mittel bei Blasengeschwülsten Hochfrequenzströme mit Niederspannung.

Desnos (14) hebt die vorzügliche blutstillende Wirkung der Elektrokoagulation bei Blasentumoren hervor; auch in einem Falle von schwerer Infektion infolge von Fäulnis der Blutgerinnsel und der abgestossenen Zotten wurde sehr günstige Wirkung erzielt.

Beer (5) beschreibt einen Fall von malignem rezidiviertem Blasenpapillom, das die ganze Blase ausfüllte und vergeblich mit Hochfrequenzströmen und mit Radium (letzterem in zu schwacher Dosis) behandelt wurde. Zuletzt erfolgte Heilung durch Sectio alta und Exzision; rezidivfrei nach einem Jahre.

Blum (7) erklärt die Hochfrequenzstrombehandlung für einen grossen Fortschritt der Intravesikaltherapie der Blasentumoren; sie eignet sich besonders für multiple Papillomatose der Blase. Für Tumoren, auch umfangreicheren, die sich leicht mit der Schlinge fassen lassen, ist die Schlingenoperation die Operation der Wahl, eventuell mit nachfolgender Koagulation der Insertionsstelle. Ebenso wird bei breitbasig aufsitzenden Tumoren die Verkleinerung mittelst der Schlinge und die Behandlung des Restes mit Thermokoagulation empfohlen. Auch Karzinome können palliativ zur Verkleinerung der Geschwulst, Erleichterung der Miktion und Stillung der Blutung mittelst Thermokoagulation behandelt werden, wenn eine radikale Operation nicht durchzuführen ist.

Goldenberg (20) empfiehlt bei Papillomen der Blase die endovesikale Behandlung, besonders die Elektrokoagulation, in geeigneten Fällen kombiniert mit der vorherigen Schleimhautabtragung. Ausgebildete Karzinome sind nach chirurgischen Grundsätzen zu behandeln.

Gorasch (21) empfiehlt die endovesikale Behandlung bei solitären oder rezidivierenden multiplen Papillomen, besonders die Koagulation mit hochgespannten Strömen.

Joseph (26) teilt zwei Fälle von apfelgrossen Harnblasenpapillomen mit, bei denen es mit Hochfrequenzströmen gelang, zunächst die Blutungen ganz zu beseitigen und in einem Falle (72jährige Frau) auch den Tumor ganz zum Verschwinden zu bringen, mit Rezidivfreiheit seit einem halben Jahre.

Legueu (40) erzielte sehr ermutigende Resultate durch Elektrokoagulation von Blasenpapillomen, besonders in bezug auf Einschränkung oder Beseitigung von Blutungen. In einzelnen Fällen wurde nach 5—6 Sitzungen eine wirkliche Heilung erzielt, in anderen Fällen trat Verkleinerung der Tumoren verschiedenen Grades auf.

Oraison (36) entfernte mittelst Elektrokoagulation in zwei Fällen kleine Blasentumoren und rühmt besonders die Wirkung des Eingriffes auf Schmerzen und Blutung.

Pedersen (37) erzielte in zwei Fällen von benignen Papillomen durch Hochfrequenzströme Heilung; ein dritter Fall von Adenokarzinom der Blase, das vom Darm ausging, war inoperabel.

Renner (41) befürwortet die Behandlung der Blasenpapillome mit Hochfrequenzströmen als Fortschritt gegenüber den bisherigen endovesikalen Behandlungsmethoden.

Rolando (41a) empfiehlt bei Exstirpation von Papillomen, die in unmittelbarer Nähe der Uretermündung sitzen, die Uretermündung durch Einführung eines Katheters entweder durch die Harnröhre oder von der geöffneten Blase aus zu sichern, um das Mitfassen in eine Ligatur zu verhüten. Kann die Harnleitermündung auch nach Sectio alta nicht sichtbar gemacht werden, so ist die Geschwulst oberhalb ihrer Einpflanzung abzubinden und abzutragen und dann die Uretermündung aufzusuchen.

Wossidlo (b. 105) bestätigt die ausgezeichnete Wirkung der Hochfrequenzstrombehandlung (Elektrokoagulation) bei der endovesikalen Behandlung von Blasenpapillomen.

Schüller (b. 88) behandelte einen an Harnblasenpapillom mehrfach mit Schlinge und Kauter ohne Erfolg vorbehandelten Fall mittelst des Radiumkystoskops und konnte zwei Papillome vollständig zum Verschwinden bringen, während ein drittes, das nicht behandelt wurde, unverändert blieb; es wurde mit Schlinge abgetragen und der Stielansatz mit Radium bestrahlt; auch hier war nach acht Monaten noch kein Rezidiv aufgetreten.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4, 20) tritt bei Blasenpapillomen für die endovesikale Entfernung ein.

Newman (35) empfiehlt für die Entfernung der Blasengeschwülste die Sectio alta und Exzision im Gesunden; drei Fälle — zwei Papillome und ein malignes Adenopapillom — werden mitgeteilt.

Peterkin (38) tritt angesichts der häufigen Malignität und der ebenso häufigen Rezidive bei benignen Tumoren dafür ein, dass alle Blasentumoren klinisch als maligne angesehen und baldmöglichst radikal, im äussersten Falle mittelst Totalexstirpation der Blase und lumbaler Ureterostomie behandelt werden sollen.

Andere gutartige Geschwülste.

Judd (28) fand unter 164 Blasenneubildungen zwei Fälle von gutartigen, nicht-papillären Geschwülsten, die von der Muskularis der Blase ausgingen; es kam zu Blutungen aus der gesamten hyperämischen Blasenschleimhaut, besonders der Gegend im Gebiete der Geschwulst. Der Sitz war in beiden Fällen in der Gegend des Orificium internum urethrae. Die Entfernung der gestielten, aus Muskel- und Bindegewebe bestehenden Geschwülste geschah mittelst Sectio alta.

Bridoux (11) beschreibt ein aus Drüsenschläuchen bestehendes Adenom der Blase, das Ausläufer in die Schleimhaut und Muskularis aussandte und nach Sectio alta mit Thermokauter entfernt wurde. Exitus.

Hilsmann (23) beschreibt einen erbsengrossen, mit seröser Flüssigkeit gefüllten zystischen Polypen, mittelst Schleimhautstiels mit der vorderen Blasenwand verbunden, bei einem 10monatigen Fötus. Es wird abnorme embryonale Abschnürung von Blasenoberflächenepithel als Ursache angenommen.

Thies (50) pflanzte bei Exstirpation der Blase bis auf ein kleines Stück (wegen Uterus- und Blasenkarzinoms) die Ureteren ins Rektum und lenkte den Kot durch einen Anus praeternaturalis ab — mit gutem Erfolg seit einem Jahr.

Bösartige Geschwülste.

Ahlström (2) beschreibt ein alveoläres Karzinom der Harnblase an der Einmündung des linken Ureters bei einer 45jährigen Frau, das durch Sectio alta unter Neueinpflanzung des Ureters in die Blase exstirpiert wurde.

v. Franqué (18) beschreibt ein infiltrierendes Karzinom der Blase bei glatter, nicht exulzerierter Schleimhaut mit enorm infiltrierter Blasenwand und Infiltration und Verdickung des ganzen Paracystiums, selbst des anschliessenden Parametriums. Klinische Erscheinungen eines Blasenkarzinoms fehlten bei mehr monatiger Beobachtung vollständig und die Diagnose wurde erst nach der Obduktion mit dem Mikroskop gestellt.

Luys (33) konnte bei Radiumbehandlung eines Blasenkarzinoms zwar ein Verschwinden der Blutungen und eine Besserung der Schmerzen erzielen, aber die Weiterentwicklung des Tumors nicht verhindern.

Blum (8) beschreibt einen Gallertkrebs der Harnblase, der schon vor der Operation als solcher erkannt worden war. Die Schleimhaut der gesamten Harnwege bis an die Nierenbecken liess alle Stadien der Zystenbildung (Limbeck-Brunnsche Zellnester, Formationen, die der Cystitis, Ureteritis etc. cystica, papillaris und glandularis Stoerks) erkennen und es liess sich der Nachweis liefern, dass das Gallertkarzinom aus diesen Gebilden hervorgegangen war.

Iredell und Thompson (27) beschreiben drei Fälle von bösartigen Geschwülsten des Blasengrundes, die nach möglichster suprasymphysärer Entfernung durch Diathermie (indifferente Elektrode auf Nates, kugelförmige Metallelektrode durch die Blasenwunde eingeführt) behandelt wurden. Die Behandlung erfolgte in alle drei Tage vorgenommenen Sitzungen einen Monat lang. Nachteile sind schwere Schätzbarkeit der Temperatur in der Blase und Unmöglichkeit der Bestimmung, ob Geschwulstgrund oder normale Blasenwand getroffen wird.

Kolischer (20) exzidierte in einem Falle von inkrustiertem Karzinom den Blasenscheitel nach Ablösung des Peritonealüberzuges von der vorderen Wand und Abklemmung des Tumors im gesunden Gewebe. Doppelte Blasennaht; eine zurückbleibende Fistel schloss sich spontan.

Schoenenberger und Schapira (42) konnten in zwei Fällen von Blasenkarzinom durch 12stündiges Einlegen von 15 mg Radium den Tumor zum Verschwinden bringen; ebenso verkleinerte sich auf Einbringen von Radium in die Inzisionswunde ein metastatischer Leistentumor, jedoch erfolgte in diesem Falle Exitus an Metastasen im Nierenbecken und Hydronephrose.

Wossidlo (55) erwähnt einen Fall von akutem Kollaps und Exitus nach Mesothoriumbehandlung eines Blasenkarzinoms.

Cohn (13) empfiehlt die zweizeitige Totalexstirpation der Blase und die Einpflanzung der Ureteren in die Bauchhaut, in zweiter Linie die Einpflanzung in den Darm, für die aber bis jetzt noch keine die Infektion sicher verhütende Methode existiert. Die Einführung in Scheide und Harnröhre wird verworfen.

Kabalkin (28a) beschreibt zwei Fälle von Exstirpation der Harnblase wegen Karzinoms, einen durch Sectio suprapubica und einen auf parasakralem Wege mit Einpflanzung eines resezierten Harnleiters in den Blasenrest. In beiden Fällen Heilung.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) sah bei Blasenkarzinomen, deren Radikaloperation unmöglich war, nach einfacher Sectio alta und Exkochleation des Tumors erhebliche Besserung eintreten und betont die Resistenzkraft des Körpers gerade gegen Karzinome der Blase.

Schüller (b. 88) erklärt bei Blasenkarzinomen, wenn die operative Behandlung versagt, die Anwendung der Radiumbestrahlung, die er für das derzeit wirksamste und vielfach als einzig zur Verfügung stehende Hilfsmittel hält. 12 Fälle wurden per vias naturales, drei durch suprapubische Fisteln bestrahlt. In einigen Fällen waren die Erfolge zunächst günstig, bei einem Teil der Fälle dagegen versagte die Behandlung.

Bégouin (6) beschreibt bei einem 3—4jährigen Mädchen ein sarkomatöses Rezidiv eines gestielten Fibromyxoms der Blase, das in die Urethra prolabiert war. Bei der Operation des Rezidivs fanden sich drei Vierteile der Blasenschleimhaut mit Vegetationen bedeckt und der mandarinengrosse Tumor war in die Harnröhre verlagert. Der grösste Teil der Schleimhaut mit Ausnahme der Uretermündungen — wurde entfernt. Exitus nach einigen Monaten.

Borchard, (c. 8. 1) macht auf die Pseudotumoren der Blase aufmerksam, die von der Umgebung der Blase ausgehen (zwei Sarkome der vorderen Beckenwand) und zu irrtümlichen Diagnosen bei der Kystoskopie Veranlassung geben können. Solche scheinbar unoperable Tumoren müssen durch Operation freigelegt werden.

11. Blasensteine.

1. Allen, E. S., Vesical calculi, report of case. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 12.
2. *Baginsky, A., Blasenstein. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 9. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1345.
3. *Bastos, H., Fracture spontanée des calculs de la vessie. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 2.
4. Blum, V., Silberhaltiger Blasenstein in einem Falle von Argyrol der Blase. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 675. (Nach Silbernitratspülungen der Blase; der Stein bestand aus Phosphaten, metallischem Silber und Chlorsilber.)
5. *Bretschneider, Grosser Blasenstein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 20. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 133.
6. Byers, J., Large ammonium-magnesium-phosphatic calculus. Ulster Med. Soc. Sitzg. vom 19. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 970. (Um Haarnadel gebildet, durch Kolpokystotomie entfernt.)
7. Carmany, H. P., Recurrent stones in the urinary bladder. Philad. Ac. of Med. Sitzg. vom 5. Jan. Annals of Surg. Bd. 59. p. 747. (Fall von zweimaligen Rezidiven.)
8. *Coudray, J., Contribution à l'étude de la lithiase vésicale primitive de l'enfant et de l'adulte jusqu'à 40 ans chez les musulmans de l'Afrique du nord. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 171.
9. Gayet, Calcul vésical. Soc. de Méd. de Lyon. Nov. Revue de Chir. Bd. 49. p. 103. (Sectio alta.)

10. *Gouriou, P., Etude sur les calculs diverticulaires de la vessie. Thèse de Paris 1913.
11. *Gräupner, Blasenstein nach antefixierender Operation. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 14. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1546.
12. *Grandjean, A., Die Lithothripsie bei der Frau. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Bd. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 829.
13. Ibrahim Bey, Röntgenbilder von Steinen aus dem uropoetischen System. Wissenschaftl. Abend in Gülhane-Stambul. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 832. (Verlangt vor jeder Blasenoperation die Röntgenaufnahme, um Form, Lage und Zusammensetzung der Steine festzustellen.)
14. Keller, Hühnereigrosser Blasenharnröhrenstein. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 10. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1914. (Um eine Haarnadel.)
15. Miller, H. R., Fall von Spontanzertrümmerung eines Blasensteins. Amer. Journ. of Urol. Bd. 12. p. 453. (Harnsäure- und Uratstein.)
16. Meyer, H., Calculus in bladder. California State Journ. of Med. San Francisco. Bd. 12. Nr. 3.
17. Molony, M., Value of high frequency current in treating calculi in diverticulum. California State Journ. of Med. San Francisco. Bd. 12. Nr. 9.
18. Osgood, A. T., Enorm grosser Blasenstein. Transact. of the Amer. Assoc. of Gen.-ur. Surgeons. Bd. 8. p. 135. (525 g schwerer Stein, gangränöse Cystitis, Pyonephrose und Nierenabszesse. Exitus.)
19. Pasteau, O., Diagnostic et traitement des calculs diverticulaires de la vessie. Soc. Belge d'Urol. Sitzg. vom 29. Juni 1913. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 525. (Empfehlung der Sectio alta, wenn der Stein nicht in die Blase verlagert werden kann.)
20. Pavone, M., Sur la récidive des calculs de la vessie. Revue clin. d'Urol. Bd. 3. Jan. (Empfiehlt zur Prophylaxe der Rezidive geeignete diätetische Behandlung.)
21. *Praetorius, G., Operation eines adhärenten Blasensteines mittelst des Luysschen Kystoskops. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 330.
22. Schaller, R., Über einen Fall von spontaner Blasensteinzertrümmerung. Inaug.-Diss. Strassburg 1913. (Durch zentrale Zerklüftung.)
23. Schweinburg, E., Blasensteine. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 9. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 735. (Fall mit 75 Blasensteinen, durch Evakuation entfernt; ein weiterer Fall von zwetschgengrossem Stein und Entfernung mittelst Sectio alta, erfolgreiche Behandlung der zurückbleibenden Fistel mit Joddämpfen.)
24. Skirving, S., Vesical calculus. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 21. Jan. Edinburgh Med. Journ. N. F. Bd. 12. p. 246. (Schwaneneigrosser, am Blasenstein adhärenter Stein bei einem 16jährigen Mädchen.)
25. Stimson, C. M., Vesical calculi caused by suture material. Pennsylvania Med. Journ. Athens. Bd. 17. Nr. 5.
26.* Willan, Litholapaxy, its evolution, indications and contraindications, with a record of cases. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 3.

Coudray (8) teilt 90 Fälle von Blasensteinen, darunter 50 bei Kindern aus der mohammedanischen Bevölkerung Nordafrikas mit, die grösstenteils wegen schwerer Cystitis mittelst Sectio alta operiert wurden, mit 10 Todesfällen. Die Blasenwunde wurde bei Infektion lediglich drainiert und ein Dauerkatheter eingelegt.

Gouriou (10) empfiehlt bei Divertikelsteinen in erster Linie die intradivertikuläre Lithothrypsie nach Sectio alta.

Grandjean (12) sieht den Grund der Seltenheit der Lithothrypsie beim Weibe (1,5% aller Operationsfälle) in der grösseren Seltenheit der Blasensteine, sowie der Harnretention und Infektion der Blase (?), ferner in der Leichtigkeit des Zuganges zur Blase und der infolge Dehnbarkeit der Harnröhre häufigen Spontanausstossung, endlich in den grösseren Schwierigkeiten, die die Operation beim Weibe bietet, die jedoch durch bessere Technik zu überwinden sind. Es wird ein besonderes Instrument für die weibliche Blase beschrieben, das ungefährlich in bezug auf Entstehung von Inkontinenz ist und 2—3 Tage nach der Anwendung die Wiederaufnahme der Berufsausübung erlaubt.

Willan (26) erwähnt als Gegenindikationen der Litholapaxie Divertikelsteine, besonders ungünstige Lage und Konsistenz der Steine, Steine um Fremdkörper, hohes Alter der Kranken, Pyonephrosen und bösartige Blasenaffektionen. 22 Fälle, darunter 2 bei Frauen.

Bastos (3) erklärt die Spontanzertrümmerung weder durch Einwirkung von Mikroorganismen noch durch Blasenkontraktionen, sondern durch physikalisch-chemische Vorgänge innerhalb des Steins.

Baginsky (2) beschreibt einen taubeneigrossen Blasenstein bei einem 10jährigen Mädchen, der sich um eine Haarnadel gebildet hatte, mit schwerer Cystitis. Entfernung durch Sectio alta (Portner.)

Bretschneider (5) entfernte einen grossen Blasenstein, bei dem wegen schwerer Infektion der Blase die Lithothrypsie nicht mehr indiziert war, durch Sectio alta mittelst 7 cm weitem Schnitt. Nach der Operation entleerte sich eine mannskopfgrosse infizierte Hydronephrose der rechten Niere, die sich infolge Ureterverschlusses durch den Stein gebildet hatte. Die Blasennaht hielt nicht und trotz Entfieberung trat sieben Wochen nach der Operation infolge Herzerscheinungen Exitus ein.

In der Diskussion erklärt Sick die Lithothrypsie bei schwerer Infektion und besonders bei Pyelonephritis für kontraindiziert.

Gräupner (11) beschreibt einen Fall von ziemlich grossem Blasenstein um einen Ligaturfaden nach Annähung des Uterus an die Blase, ausserdem mit stecknadelkopfgrosser Blasenscheidenfistel in der Narbe. Entfernung des Steins durch Kolpokystotomie. Es wird vor Anlegung von Seidenfäden bei Antefixationen gewarnt.

Praetorius (21) vermochte in einem Falle von festsitzendem Blasenstein, der sich nach Myomotomie und schwerer Beckenphlegmone und infolge weiterer Eingriffe entstandener ausgedehnter Verletzung der Blase, Ureternekrose und Nephrektomie gebildet hatte, im Luysschen Kystoskop mit der Kollmannschen Zange ohne grosse Schwierigkeit den um Ligaturen gebildeten Stein zu entfernen, worauf durch Kauterisation auch der Schluss der Blasenscheidenfistel gelang. Er empfiehlt das Luyssche Kystoskop besonders bei Frauen sowohl zur Untersuchung als zum Ureterenkatheterismus und zur Vornahme endovesikaler Operationen, besonders zur Entfernung von Fremdkörpern, Steinen und Tumoren.

In der Diskussion befürwortet Mayer das Luyssche Kystoskop, Knorr bespricht die Vorteile der Kolpokystoskopie, Freudenberg die des Kellyschen Kystoskops. Vogel erwähnt einen Stein, der in einer Ureterzyste sass und nach dessen Entfernung mittelst Lithothrypsie die Zyste mittels Hochfrequenzstrom gespalten wurde.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) gibt der Lithothrypsie den Vorzug vor der Sectio alta, welche nur bei sehr grossen Blasensteinen und Unmöglichkeit der Einführung des Instruments angewendet werden soll.

Siehe ferner Fremdkörper.

12. Fremdkörper.

1. Broun, L., Foreign body removed from the urinary bladder. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 10. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 835. (Entfernung eines 24 cm langen glatten Stückes Ulmenrinde, das zu Abtreibezwecken irrtümlich in die Urethra eingeführt worden war, durch Kolpocystotomie; in der Diskussion teilt Knipe die Entfernung eines inkrustierten Bougiestückes mit.)
2. Burkhardt, Haarnadel in der Harnblase. Nürnb. med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 2. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1488. (Mit hühnereigrossem Stein: Entfernung durch Sectio alta.)
3. Engelmann, Entfernung eines Okklusivpessars aus der Blase mittelst Blasenscheidenschnittes. Klin. Demonstrationsabende Dortmund. Jan. Med. Klinik. Bd. 10. p. 657. (War zur Konzeptionsbehinderung eingeführt worden; zwei Fälle von Entfernung von Pessaren aus der Blase werden von Henle erwähnt.)
4. *Gummert, Laminariastift in der Blase. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 20. April 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 628.
5. Hawkes, A. B., Broken glass catheter removed from the bladder. New York Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 24. März. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 1049. (Entfernung im Kellyschen Spekulum.
6. Le Fur, Ausstossung von Seidenfäden durch die Blase; Bildung von Blasensteinen. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 62. (Einwanderung von Seidenfäden nach Uterusexstirpation; Steinbildung, schliesslich Sectio alta.)
7. Leizko, Extraktion eines Fremdkörpers aus der Blase auf natürlichem Wege. Lwowski tyg. lek. 1913. Nr. 36. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 823. (Entfernung eines 23 cm langen Strohhalms mittelst eines aus vier Seidenfäden hergestellten Fängers.)

8. *Prigl, H., Zur Kasuistik der Fremdkörper der Harnblase. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 569.
9. Rylke, Demonstration des Röntgenogramms einer in der Harnblase befindlichen Haarnadel. Przegl. chir. i gin. Bd. 9. p. 242. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 452. (Spontane Ausstossung der inkrustierten Nadel; in der Diskussion wurde von Huzarski je ein Fall von Entfernung durch Kolpokystotomie und einer per urethram mitgeteilt.)
10. Sick, Inkrustierte Haarnadel in der Harnblase eines achtjährigen Mädchens. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 17. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 767. (Röntgenbilder, Demonstration.)
11. Welt-Kakels, S., Hairpin and stone in the bladder. New York Ac. of Med. Sect. on Pediatrics. Sitzg. vom 9. Jan. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 500. (Neunjähriges Mädchen mit Blasenbeschwerden seit 2½ Jahren; Nachweis durch Röntgenaufnahme. Operation.)
12. *Zikmund, E., Fremdkörper der Harnblase. Casopis. lek. cesk. p. 965. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1424.

Prigl (8) beschreibt als Fremdkörper der weiblichen Blase einen Anilinkopierstift bei einer Geisteskranken; (der Harn ging infolge Auflösung des Anilins violettblau ab), ein leinenes Nadelbüchschen (zum Zweck der Aborteinleitung eingeführt), einen 10 cm langen Malpinsel mit Federkielstiel (drei Jahre lang in der Blase, mit Konkrementbildung), Katheterteile, eine Kornähre, Haarnadeln, Seidennähte (nach Operationen in der Nachbarschaft) und Haare (Durchbruch einer Dermoidzyste).

Gummert (4) entfernte durch Sectio alta einen Laminariastift aus der Blase, der zu Abtreibezwecken irrtümlich per urethram eingeführt worden war.

Zikmund (12) beobachtete Durchbohrung eines Schenkels einer in der Blase eingeführten, mit Konkrementen umgebenen Haarnadel in die Scheide am Übergang von der Blase zu Urethra und Ausbildung eines zweihellergrossen Defektes. Extraktion des Fremdkörpers und der Steine durch die Fistel und Operation der letzteren.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) entfernte eine Haarnadel und ein zurückgebliebenes Katheterstück durch Kolpokystotomie.

13. Parasiten der Blase.

1. *Arnold, M., Trichomonas vaginalis Donné als Parasit in der Harnblase einer Gravida. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 215.
2. Bandi, I., A contribution to the study of Bilharziosis. Journ. of Trop. and Hyg. Bd. 16. Heft 6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1754. (Vorhandensein von Eiern mit endständigem und seitenständigem Stachel, die derselben Spezies von Schistosomum angehören.)
3. *Bauereisen, Parasit in der Blase. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 354.
4. *Ekehorn, G., Ein Fall von Bilharziosis in Upsala. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 1.
5. Fischer, W., Über Amöbencystitis. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 473. (Fall von eitriger Cystitis mit einer grossen Menge von Amöben im Harn; Chinese.)
6. Hooton, A., Case of Bilharzia disease. Ind. Med. Gaz. Calcutta. Bd. 49. Nr. 5.
7. Milton, F., Does Bilharzia exist in India? Ind. Med. Gaz. Calcutta. Bd. 49. Nr. 1.
8. Squier, J. B., Rectovesical echinococcus cyst. Annals of Surg. Bd. 59. p. 369. (Durchbruch massenhafter Tochterzysten in die Blase. Operation, Heilung.)
9. Werner, H., Phenocoll bei Filarienerkrankung und Bilharziosis. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 18. Heft 8. (Das Mittel blieb ohne merkbaren Erfolg.)

Arnold (1) beschreibt einen Fall von reichlichen Exemplaren von Trichomonas vaginalis im Harn einer im 10. Monate Schwangeren; der Harn zeigte geringen Leukozytengehalt, die Blasenschleimhaut die gewöhnliche Schwangerschaftshyperämie, vor allem war keine Cystitis vorhanden. Nach der Geburt verschwanden die Parasiten rasch aus der Blase, was nicht auf das gereichte Diplosal, sondern auf die Rückbildung der Schwangerschaftshyperämie bezogen wird. Die zugleich bestehende Pyelonephritis stand mit der Anwesenheit der Parasiten in keinem ursächlichen Zusammenhang.

Ekehorn (4) beschreibt als typischen Befund von Bilharziose der Blase haarfeine, steife, so dichtsitzende Exkreszenzen auf der Schleimhaut, dass diese mit dichtem Pelz bewachsen erscheint; diese Franzen sind nicht mit papillomatösen Auswüchsen zu vergleichen, sondern sind durch Zerfetzung und Zerfaserung der Oberfläche entstanden. Von ihrer Spitze geht zuweilen ein Lichtreflex aus, der wahrscheinlich von eingelagerten Eiern herrührt. Der Blasengrund erscheint blassgrau, etwas glänzend, ohne Gefässzeichnung. Die Sektion (Tod an Pyelonephritis nach sechs Jahre bestehender, in Südafrika erworbener Krankheit) ergab ungeheure Massen von Distomumeiern in der Blasenwand. Ureter und Nierenbecken waren beiderseits erweitert.

---

d) Urachus.

1. *Burckhardt, Kongenitale Urachusfistel. Ges. d. Charité-Ärzte. Berlin. Sitzg vom 5. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 850.
2. *Morin, Contribution à l'étude des kystes et fistules de l'ouraque. Thèse de Bordeaux. 1913/14.
3. Pendl, F., Gallertkrebs einer Urachuszyste. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 91. Heft 3.
4. Pfanner, W., Über einen Fall von Spina bifida completa sacralis mit Blasendivertikel und inkompletter Urachusfistel. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 12. (Tod an Sepsis, Sektionsbefund.)
5. Salz, Über Nabelfisteln. Przegl. chir. i gin. Bd. 7. p. 382.

Burckhardt (1) beschreibt eine angeborene Urachusnabelfistel bei einem acht Tage alten Kind mit Nabelhernie, auf der ein kleines Grübchen bei Druck auf die Blase Harn austreten liess. Die Blase war zu einem langen Schlauch ausgezogen, der exstirpiert und verschlossen wurde. Heilung. Später entstandene Urachusfisteln werden durch Cystitis und Abflusshindernisse unterhalten, die beseitigt werden müssen, worauf die Fistel häufig spontan ausheilt. Auf eine echte Urachusfistel kann nur geschlossen werden, wenn Epithel nachzuweisen ist.

Morin (2) hebt hervor, dass der Urachus teilweise offen geblieben sein kann, indem der Gang durch Einwirkung der Klappen zwar geschlossen, aber an einzelnen Strecken durchgängig sein kann; andererseits kann er in seiner ganzen Länge offen und an den Mündungen geschlossen oder mit einer seiner Mündungen oder beiden offen sein. Endlich können sich in seiner Wand Zysten bilden. Sekundär kann eine tuberkulöse Infektion eintreten, die unter dem Bilde einer chronischen Septikämie verlaufen kann.

---

e) Harnleiter.

1. *Babcock, W., Eine Bemerkung über die Erkennung des Ureters. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 1.
2. Beck, C., Implantation of the ureter into the bowel; with report of two cases. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 444.)
3. Beer, E., Ureteral calculus. New York Ac. of Med. Gen.-ur. Sect. Sitzg. vom 18. März. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1055. (Zwei Fälle von beweglichen Uretersteinen im Beckenabschnitt des Ureters, der eine mit darmähnlicher Erweiterung des Ureters durch extraperitoneale, der andere nach Dislokation des Steins nach oben durch lumbale Ureterostomie entfernt.)
4. De Berne-Lagarde, Des lésions de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale et leur traitement. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. 1913. Juli. (Überblick über die Behandlungsmethoden.)
5. *Birnie, J. M., Über eine Methode zur Freilegung der Pars pelvina des Ureters. Surg. Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 5.

6. Bonnet, Rupture traumatique de l'uretère et broiement du rein par coup de jarret de cheval; néphrectomie lombaire; guérison. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Nr. 5. (Inhalt aus dem Titel ersichtlich.)
7. *Bürger, L., Obstructions in the lower ureter. New York Med. Journ. Bd. 99. p. 621.
8. Caulk, J. R., Ureterovesical cysts, an endovesical operative procedure for their relief. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 438.)
9. — Inkrustationen des Nierenbeckens und Ureters mit mehreren Beobachtungen. Assoc. of Amer. gen.-ur. Surgeons. XXVII. Jahresvers. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 87. (Vier Fälle, einer von Papillitis des Nierenbeckens, einer von Phosphatinkrustation der Nierenbeckenwand; zwei Fälle von Ureterinkrustationen.)
10. *Chiari, O. M., Über einen Fall von Ureterkarzinom. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 672.
11. Eisendrath, D. N., The formation of a new ureter; experimental study, Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 443.)
12. *Engström, Ureterimplantation in Dickdarm und Harnblase. Finsk. läkaresällsk. handl. Nr. 3. Ref. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1030.
13. *Fáykiss, F., Operativ geheilter Fall eines Uretersteines. K. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 75.
14. Fischer, A., Ureterstein bei einem 1½jährigen Kinde. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. p. 275. (Zwei bohnengrosse Uratsteine; Freilegung der Niere und des Ureters in seinem ganzen Verlauf durch Israëlschen Schnitt.)
15. Frangenheim, Intermittierende zystische Dilatation des vesikalen Ureterendes. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 5. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 444. (30jährige Kranke, Erweiterung der stenosierten Ureteröffnung mittelst Glühschlinge; Heilung.)
16. *Frankenstein, K., Beitrag zur Versorgung des bei der Operation durchschnittenen Ureters. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 431.
17. *Fromme, Ursachen der Incontinentia urinae. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 13. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 558.
18. *— Überzähliger Ureter. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 11. Juli. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 758.
19. *Furniss, H. D., Supernumerary ureter opening extravesically. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 5 und New York. Obst. Soc. Sitzg. v. 13. Jan. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 669.
20. Gerster, A. G., Urinary infiltration after retroperitoneal ureterotomy. Urol. and Cutan. Rev. 1913. p. 539. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 432.)
21. *Ghoreyeb, A. A., Circulation of kidneys following ligation of one ureter. Journ. of Experim. Med. Lancaster. Bd. 20. Nr. 2.
22. *Graser, Entfernung eines Uretersteines durch Ureterotomie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3.
23. *Herz, Ureterzyste. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 348.
24. Hörrmann, A., Chorionepitheliom und Strahlentherapie. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1128. (Metastatischer Tumor im linken Parametrium, den Ureter komprimierend; leichte Hydronephrose.)
25. *Jones, W. C., Experimental ligation of one ureter, with application of results to clinical gynecology. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 329.
26. *Judd, E. S., A method of exposing the lower end of the ureter. Annals of Surg. Bd. 59. p. 393.
27. Kakuschkin, N. M., Überzähliger Ureter. R. Wratsch. 1912. Nr. 37.
28. *Kayser, Zur Diagnose und Behandlung der Ureterverletzungen in der Gynäkologie. Ges. d. Charité-Ärzte. Sitzg. vom 12. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 653.
29. *Kerr, M., Verdoppelung des Ureters. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 654.
30. *Kotzenberg, W., Beitrag zur Kasuistik der Zysten des vesikalen Ureterostiums. Med. Klinik. Bd. 10. p. 104.
31. *Krüger, H., Harnleitersteine. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 17. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 896.

32. Küster, Ventilverschluss des vesikalen Ureterendes bei einem Neugeborenen, Hydronephrose, Hydroureter. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 19. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1486. (Keine epitheliale Verklebung, sondern Ventilverschluss durch primäre Engigkeit des vesikalen Sphinkters zusammen mit ungleichmässiger Ausbildung des Sphinkterringes.)
33. *Legueu, F., Rupture traumatique de l'uretère. Soc. de Chir. Sitzg. vom 28. Febr. Revue de Chir. Bd. 49. p. 372.
34. Lichtenberg, Heilung nach doppelseitiger Ureterolithotomie. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 23. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1095. (Fall von schwerer infizierter Steinniere; Steine durch doppelseitige Ureterotomie entfernt; doppelseitige Nephrostomie, Heilung.)
35. *Mayer, A., Über die Präparation von Ureter und Uterina bei der erweiterten Uteruskarzinomoperation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 399.
36. Moore, H. A., Entfernung von Uretersteinen durch das Operationskystoskop; drei erfolgreich operierte Fälle. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. p. 635. (In drei Fällen endovesikale Entfernung von Steinen aus dem intravesikalen Ureterabschnitt; in weiteren drei Fällen Mobilisierung des Steins durch Ölinjektion in den Ureter.)
37. *Ottow, B., Zur Embryologie der Ureterenverdoppelung und die Bedeutung der letzteren für die Pathologie der Niere. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 5.
38. Perrier, Note sur un cas d'expulsion de calcul urétéral par l'injection de glycérine. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 599. (Neun Tage nach Appendektomie rechtsseitiger Nierenkolikanfall; deutlicher Steinschatten im rechten Ureter; 48 Stunden nach Glyzerininjektion Expulsion eines doppelreiskorngrossen Konkrements.)
39. Pflücker, Ureter als Bruchinhalt. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1474. (Durchschneidung des Ureters, zirkuläre Naht, dennoch Fistelbildung mit Eiterung; Nephrektomie, Heilung.)
40. Poorten, Ureterstein. Ges. prakt. Ärzte Riga. Sitzg. vom 1. Mai. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 35. (Von der Scheide aus entfernt.)
41. Portner, E., Uretersteine. Med. Klinik. Bd. 10. p. 553. (Kurze Richtpunkte in bezug auf Diagnose und Behandlung.)
42. *Posner, C., Harnleiter und Nieren Neugeborener. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 25. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 568.
43. Price, L. T., Ureteral calculus. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. Richmond. Bd. 19. Nr. 3.
44. Pritchard, Double Hydroureter. R. Soc. of Med. Sect. for the study of disease in children. Lancet. 92. Jahrg. Bd. 1. p. 458. (Zystische Anschwellungen medial von der Spina ant. sup., wahrscheinlich durch kongenitale Stenose der Uretermündungen. Starke Dilatation der Nierenbecken. Sieben Monate altes Kind.)
45. Rush, J. O., Entfernung eines Uretersteines durch den dilatierten Ureter. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. p. 456. (Auf kystoskopischem Wege nach Ölinjektion in den Ureter.)
46. Sacharin, Die Operationen an Urethra, Blase und Ureteren in der Klinik der Universität Freiburg von 1904—1913. Inaug.-Diss. Freiburg 1913. (Sechs Fälle von Exstirpation des Uteruskarzinoms mit Neueinpflanzung des Ureters in die Blase mit fünf Todesfällen.)
47. *Schwarzwald, R. Th., Über Uretersteine. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 30. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 916.
48. *Sejournet, P., Urétérorrhaphie dans les sections totales de l'uretère. Revue de Gyn. Bd. 22. Nr. 3.
49. *Specklin, P. A., Ein Fall von ungewöhnlich grossem Ureterstein. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 668.
49a. *Stammler, A., Zur Kenntnis der aberrierenden überzähligen Ureteren. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. p. 241.
50. *Stoeckel, W., Über die Ausschaltung der Niere durch künstlichen Ureter-Verschluss. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 156.
50a. Strauss, A. A., Artificial ureter made from abdominal wall. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 1.
51. Thelen, Doppelbildung des linken Ureters. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 9. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 565. (Bei doppeltem Nierenbecken; durch Pyelographie nachgewiesen.)

52. Thompson, W., Calculi of ureter. Leeds and West Riding Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 13. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 898. (Zwei eingekeilte Uretersteine extraperitoneal entfernt und ein Stein, der eine Appendizitis vortäuschte und schliesslich durch Röntgenaufnahme nachgewiesen wurde.)
53. *Walton, A. J., Extraperitoneal uretero-lithotomy through a median suprapubic incision. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1287.
53a. Weisz, F., Zur Röntgendiagnostik bei Ureterstein. Deutsche Gesellsch. f. Urologie. IV. Kongress. Zeitschr. f. Urologie Bd 8. 1. Beiheft p. 266.
54. *Whitehead, G., und J. Morley, Extraperitoneal ureterolithotomy through a median suprapubic incision. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1182.

Missbildungen.

Ottow (37) führt die partiellen oder totalen, einseitigen oder doppelseitigen Harnleiterverdoppelungen auf phylogenetische Grundlage zurück. Die Missbildung kann durch das ganze Leben symptomlos bleiben, disponiert aber zu Funktionsstörungen und zu hydronephrotischen und infektiösen Erkrankungen der Nieren und oberen ableitenden Harnwege. Harnstauungen werden besonders durch häufige Windungen und Schlingenbildungen der Ureteren und durch die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der vesikalen Harnleitermündungen veranlasst.

Kerr (29) beschreibt einen überzähligen, stark erweiterten linksseitigen Ureter, der undurchgängig war. Der Ureter wurde exzidiert und sieben Tage später die Niere. Exitus.

Furniss (10) führte in einem Falle von überzähligem, in die Urethra ausmündenden Ureter die extraperitoneale Einpflanzung desselben in die Blase ein. Heilung.

In der Diskussion regt R. T. Frank an, den überzähligen Ureter nahe seinem Ursprung aufzusuchen und zu unterbinden.

Stammler (49a) beschreibt als ersten Fall dieser Art eine beiderseitige Ureterenverdoppelung mit beiderseitiger Ausmündung des dem oberen Nierenbecken angehörigen Ureters im distalen Abschnitt der Urethra bei einem 15jährigen, lange an „nervöser Blasenschwäche" behandelten Mädchen. Bei der zuerst vorgenommenen einseitigen Operation wurde der aberrierende Ureter nach Freilegung der Niere zweifingerbreit unter dem Nierenbecken unterbunden und da eine Einpflanzung in den normalen Ureter nicht möglich war, wurden beide Nierenbecken nach Art einer Enteroanastomose vereinigt. Drei Monate später wurde auf der anderen Seite der Ureter, da er viel kleiner war als der Ureter der erstoperierten Seite, einfach doppelt unterbunden und ein möglichst grosses Stück Harnleiter reseziert.

Fromme (18) pflanzt in einem Falle von überzähligem Ureter, der in ein Urethraldivertikel einmündete, den frei präparierten Ureter vaginal in die Blase ein; das Urethraldivertikel wird für einen Rest des Gartnerschen Ganges mit Einmündung des Ureters gehalten.

Fromme (17) beschreibt einen weiteren Fall von in den Sphincter vesicae mündendem Ureter. Auch dieser wurde frei präpariert und weiter hinten in die Blase implantiert.

Herz (23) beschreibt eine offenbar kongenitale, mannsfaustgrosse Zyste im Anfang des Ureters, in welche aus der Niere vier getrennte Ureteren einmündeten, während erst aus der Zyste ohne Klappenbildung der normale Ureter entsprang. In der Zyste fand sich als sekundäre Bildung ein Stein. Auch auf der anderen Seite bildete sich der Ureter aus drei primären Ureteren. Intra vitam waren Erscheinungen seitens der Harnorgane nicht vorhanden. Zufälliger Sektionsbefund.

Kotzenberg (30) beschreibt einen Fall von in die Blase sich vorwölbender Ureterzyste bei einem 21jährigen Mädchen. Die Vorwölbung wurde nach Sectio alta abgetragen und die Schleimhautränder miteinander durch Naht vereinigt. In der ersten Zeit nach der Operation wurden grosse Harnmengen entleert und die Beschwerden in der betreffenden Niere, die vergrössert gewesen war, verschwanden. Dauerheilung. Ein zweiter Fall, nach Ureterverletzung bei Uterusexstirpation, wird ausserdem erwähnt.

Verengerung.

Jones (25) kommt bei einseitiger Ureterunterbindung bei Tieren zu folgenden Ergebnissen: Zehn Tage nach vollständigem Ureterverschluss besteht als einzige Veränderung nur leichte Hydronephrose, bis zum 60. Tage bildet sich primäre Hydronephrose ohne Erscheinungen von allgemeiner Atrophie. Vom Ende des zweiten Monats an sind zwei Möglichkeiten zu unterscheiden, entweder vergrössert sich die Hydronephrose, oder die Niere

wird atrophisch. Bei leichter Infektion tritt schon vom 10. Tage an Atrophie ein, bei schwerer Infektion dagegen Pyonephrose; die Infektion wird hierbei wahrscheinlich als hämatogene erklärt. Perirenale Anastomosen begünstigen nicht die Ausbildung der Hydronephrose, sondern werden in Fällen von Atrophie mehr ausgesprochen gefunden. Tiefe Unterbindung des Ureters führt leichter zu Atrophie als hohe, weil im letzteren Falle die intrarenale Drucksteigerung auf die Niere allein beschränkt ist. Bei jungen Tieren trat leichter Infektion ein als bei älteren. Ureterorenale Säcke waren meist schlaffwandig und schienen nicht unter hohem Druck zu stehen. Bei plötzlichem Ureterverschluss war weder die Morbidität noch die Mortalität hoch, wenn Infektion vermieden wurde.

Beim Menschen wird die Verletzung des Ureters auf 1—3% aller intraperitonealen weiblichen Beckenoperationen geschätzt; ihre Ursachen sind Verlagerungen des Ureters, kongenitale Abnormitäten oder Fehler in der Operationstechnik. Die Verletzung besteht entweder in Abbindung, Abklemmung, Knickung, Inzision, Resektion oder Störung der Blutversorgung. Der komplette Verschluss führt entweder zu Infektion (15%), oder zu Fistelbildung (24%), oder zu Hydronephrose (80%), oder zu allgemeiner Atrophie der Niere (nicht ganz 20%), ferner bezüglich der Allgemeinerscheinungen zu Toxämie (sehr selten), zu Anurie (1,6%), oder er bleibt symptomlos (21%). Die Mortalität des einseitigen Ureterverschlusses beträgt 18%. Für die Diagnose ist der Ureterkatheterismus das wichtigste Mittel.

Für die Vermeidung einer Ureterverletzung bei Operationen ist vor allem wichtig die Aufklärung der anatomischen Verhältnisse des Ureters, wobei der Ureter am besten von oben her, wo er noch normal ist, verfolgt werden soll. Die Beckengefässe sollen nur nach sorgfältiger Isolierung unterbunden werden. Vorherige Einlegung einer Sonde sichert gegen Verletzung. Die Möglichkeit der Ureterverletzung — neben der Blutung die häufigste Gefahr bei Uterusexstirpation — muss stets im Auge behalten werden.

Die absichtliche Unterbindung kann bei irreparablen Ureterverletzungen indiziert sein und sie ersetzt in solchen Fällen die sofortige Nephrektomie, die, wenn nötig, später vorgenommen werden kann. Trotz technischer Ausführbarkeit der Ureternaht kann das Allgemeinbefinden eine Verlängerung der Operation verbieten, und in diesem Falle muss nach der vorläufigen Unterbindung eine sekundäre Operation zur Wiederherstellung der Kontinuität des Ureters ausgeführt werden, bevor die Nierenfunktion ernstlich gelitten hat.

Ghoreyeb (21) beobachtete in der ersten Woche nach Unterbindung des Ureters eine Zirkulationsbehinderung in der Niere, die sich durch Eröffnung des Nierenbeckens und Beseitigung des intrapelvinen Druckes beseitigen liess. Die Zirkulationsbehinderung wird auf den Druck der dilatierten Tubuli und die Ausdehnung des Nierenbeckens als Ursache dieser Zirkulationsbehinderung angesehen. Die hierdurch bewirkte Anämie führt zu Schwellung und Degeneration der Epithelien. Nach einer Woche kommt eine weitere Zirkulationsbehinderung zustande durch interstitielle Infiltration und Verengerung der Kapillaren.

Posner (42) fand bei Injektion der Ureteren Neugeborener Verengerungen an der Kreuzung mit den Vasa iliaca und spermatica und dazwischen oft hochgradige Dilatationen, so dass er auf eine weitverbreitete Häufigkeit der Disposition zu Hydronephrose schliesst.

In der Diskussion erklärt Zondek die Verengerungen oft für so hochgradig, dass durch einen einfachen Katarrh Behinderung des Harnflusses auftreten kann. An verengten Stellen sollte man bei Ureterotomie wegen der Gefahr der Narbenkontraktur nicht einschneiden. J. Israel nimmt für fast alle Fälle von Hydronephrose eine kongenitale Anlage an, ausgenommen die auf Wanderniere und auf Druck durch Geschwülste beruhenden Fälle.

S. ferner Hydronephrose.

Verletzungen.

Legueu (33) beschreibt einen Fall von vollständiger Abreissung des rechten Ureters vom Nierenbecken nach Fall gegen Bauch und linke Seite, auf den einmalige Hämaturie und Entwicklung eines fluktuierenden Tumors, der die rechte Niere nach vorne drängte, und peritoneale Reizerscheinungen folgten. Heilung durch Nephrektomie.

In der Diskussion betont Monon die relativ günstige Prognose der traumatischen Hydronephrose, deren Symptome dem Legueuschen Falle entsprechen, und die Indikationen zur Nephrektomie, die meist erst in der Folge, wenn überhaupt, notwendig wird. Bonnet erwähnt einen Fall von Nephrektomie bei traumatischer Ureterruptur und Ruptur der Niere durch Hufschlag mit Ausgang in Heilung.

Geschwulstbildungen.

Chiari (10) beschreibt ein primäres Karzinom des Ureters bei einer 54jährigen Frau, das als walnussgrosser, den Ureter verschliessender Tumor 10—12 cm oberhalb der Blase sass. Es handelte sich um ein papilläres Karzinom, dessen Nester in die Muskelschicht der Ureterwand eingesprengt waren, das angrenzende Fettgewebe war entzündlich infiltriert, die Neubildung aber auf die Ureterwand beschränkt. Die sklerotische Niere wurde exstirpiert, der Ureter ausgelöst und der Tumor exzidiert. Die Symptome hatten in abundanten Blutungen ohne Schmerzen und in rascher Abmagerung bestanden; die Niere war funktionslos. Die Diagnose war auf Neubildung der Niere selbst gestellt worden.

Uretersteine.

Bürger (7) führt zum Nachweis von Obstruktionen im unteren Ureterabschnitt eigens von Eynard gefertigte Katheter ein, die durch eine bulböse Verdickung unter der Mündung den Rückfluss des injizierten Kollargols oder Argyrols verhindern, so dass die Auftreibung des Ureters distal von dem Hindernis sichtbar gemacht werden kann. Eindringen der Flüssigkeit in den proximalen Teil des Ureters beweist unvollständigen Ureterverschluss. Bei Uretersteinen wurde mehrfach nach der so erreichten Dilatation des unteren Ureterteils ein Herabsinken der Steine beobachtet.

Fáykiss (13) berichtet über einen Fall von kleinem (linsengrossem) Ureterstein, der die Nierensekretion nicht störte, aber wegen heftiger Kolikanfälle und weil eine Glyzerininjektion erfolglos geblieben war, durch Ureterotomie entfernt werden musste. Ureterdauerkatheter, Heilung.

Graser (22) erzielte in einem Falle von Ureterotomie wegen Uretersteins durch eine einzige Situationsnaht des Ureters vollständige Heilung.

Krüger (31) erklärt bei Harnleitersteinen die Röntgenaufnahme als das einzige Mittel zur Sicherstellung der Diagnose, ausgenommen die verhältnismässig seltenen Steine, die gefühlt werden können. Es muss das ganze uropoetische System radiographisch aufgenommen werden, Teilaufnahmen führen zu Fehldiagnosen. Anderweitige Schatten können durch undurchlässige Katheter oder durch Kollargolfüllung erkannt werden, wobei das Kollargol meistens nur bis zum Stein eintritt und der Stein als intensiver Schatten erscheint. Schon durch Uretersondierung kann der Stein gelockert und zur Ausstossung gebracht werden, ebenso durch Glyzerin- oder Ölinjektion. Ferner kann das Ureterostium im Kystoskop galvanokaustisch erweitert werden, um im Blasenteil festsitzende Steine zu entfernen. Bei Fehlschlagen der konservativen Massnahmen ist die Ureterotomie, bei tiefsitzenden Steinen die Sectio alta, bei akuter Pyelonephritis oder eitriger Zerstörung der Niere die Nephrektomie auszuführen. Acht Fälle.

In der Diskussion betont Keydel das häufige Versagen der Funktionsprüfung, sowie, dass auch Eiweiss und Erythrozyten sich nicht immer finden. Öleinspritzungen, die nicht innerhalb 24 Stunden die Ausstossung bewirken, sind als ergebnislos zu betrachten. Der Standpunkt Israels, dass man bei Anurie nicht länger als 48 Stunden mit der Operation warten darf, wird von Keydel nicht anerkannt. Bezüglich der Steinbildung hält Keydel allgemeine und lokale Infektionen für bedeutungsvoll, besonders von den Tonsillen ausgehende. Das von Keydel betonte häufige spontane Abgehen und der Einfluss einer Infektion wird von Hänel bestätigt. Auch Plettner bestätigt den Spontanabgang auch bei grossen Steinen; zur operativen Freilegung des Ureters empfiehlt er den Bergmannschen Schnitt.

Weisz (53a) hebt die Fortschritte der Röntgendiagnose der Uretersteine hervor, macht aber darauf aufmerksam, dass die klinische Diagnostik dabei nicht verabsäumt werden darf und teilt als Beweis einen Fall mit, in dem auf Grund eines durch einen nussgrossen Tuberkuloseherd der Niere hervorgerufenen Schatten trotz negativen Sondierungsbefundes des Ureters eine Ureteroperation ausgeführt wurde, bei der kein Stein gefunden wurde.

Schwarzwald (47) hebt als klinische Symptome von Uretersteinen die mikroskopisch feststellbare Hämaturie, den Ureterprolaps und das Ödem der Ureterpapille hervor. Bezüglich der Röntgendiagnose wird die vollständige Aufnahme der oberen Harnwege gefordert. Zum Zweck der Therapie wird die Ureterolithotomie im Längsschnitt und die Vernähung mit nur wenig Catgutnähten unter Unterlassung der Röhrendrainage empfohlen. Eine spontane Ausstossung von in einem dilatierten Ureter frei beweglichen Steinen ist nicht zu erwarten.

Specklin (49) beschreibt einen Fall von 51 g schwerem, 12 cm langem Ureterstein, dessen Spitze kystoskopisch in der kraterförmig erweiterten narbigen Uretermündung sichtbar

war. Die Symptome gingen auf 30 Jahre zurück. Ausserdem bestand ein Nierenbeckenstein. Die Niere wurde wegen Funktionslosigkeit exstirpiert, der Ureter ausgelöst und tief unterbunden und exzidiert. Die Niere war kleinzystisch degeneriert, der Ureter fingerdick ausgedehnt und in der Wandung verdickt. Heilung.

.Whitehead und Morley (54) legten in einem Falle von Ureterstein, der trotz seines Sitzes an der Blasenmündung des Ureters nach Sectio alta nicht entfernt werden konnte, durch Seitwärtsziehen des M. rectus den Ureter an der Kreuzungsstelle mit den Iliakalgefässen extraperitoneal frei und nachdem es gelungen war, den Stein nach aufwärts bis zu dieser Stelle zu verschieben, wurde er durch Ureterotomie entfernt. Heilung nach Drainage gegen die Nahtstelle und Dauerkatheter in die Blase. Die mediane Inzision zur Freilegung des Ureters wird von Morley dringend empfohlen.

Walton (53) benützte ebenfalls eine vertikale Inzision durch den Musculus rectus, also etwas lateral, um den Ureter extraperitoneal freizulegen, und bezeichnet diese Schnittführung als sehr geeignet, um die untere Ureterstrecke bis zur Einmündung in die Blase zugänglich zu machen. Drei Fälle von Uretersteinen.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) berichtet über drei mittelst Ureterotomie entfernte Fälle von Uretersteinen, bei welchen die Ureterwunde trotz nur einer einzigen Naht (zwei Fälle) heilte. In einem Falle wurde durch Glyzerininjektion Spontanausstossung erzielt.

Ureterchirurgie.

Mayer (35) schlägt zur Erleichterung des Aufsuchens des Ureters im Ligamentum latum vor, den Eintritt des Ureters ins Parametrium durch Hinüberlagerung des Uterus nach der anderen Seite und nach vorne sichtbar zu machen, hier einen kleinen Einschnitt ins Peritoneum machen und den sofort vorspringenden Ureter mit einem Häkchen zur Seite zu ziehen. Von hier aus kann die ganze hintere Ligamentplatte bis tief hinab durchtrennt werden.

Babcock (1) macht beim operativen Aufsuchen des Ureters in zweifelhaften Fällen auf die eigenartige Peristaltik des Ureters aufmerksam, die durch das Peritoneum hindurch erkennbar ist.

Birnie (5) schlägt zur Freilegung des Beckenabschnittes des Ureters vor, bei Beckenhochlagerung nach medianer suprasymphysärer Inzision und Eröffnung des Cavum Retzii die Umschlagfalte des Peritoneums auf die Blase von der Seite nach der Mitte zu abzuschieben und so den Ureter zugänglich zu machen.

Judd (26) befürwortet ebenfalls die Blosslegung des untersten Ureterabschnittes nach medianer suprapubischer Inzision, Ablösung des Peritoneums und Zurseiteziehen der Blase und entfernte auf diesem Wege in zwei Fällen Steine aus dem Ureter. Dieselbe Methode eignet sich zur partiellen Resektion der Blase wegen maligner Geschwülste (drei Fälle).

Stoeckel (50) verwirft bei Ureterverletzungen, bei der Blasenimplantation und Ureternaht nicht ausführbar sind, die Einpflanzung der Ureteren in den Darm und in den anderen Ureter, ebenso vorläufig die Einfügung von Schaltstücken in den Ureterdefekt und die Anlegung einer Ureterbauchdeckenfistel, sondern befürwortet die Ureterknickung und die Ureterknotung nach dem Vorgange von Kawasoye (s. Jahresber. Bd. 27. p. 486) zur Ausschaltung der Niere.

Kayser (28) fand unter 29 Ureterenverletzungen nur 2 geburtshilflichen Ursprungs, ferner 1 nach vaginaler Totalexstirpation wegen Karzinoms, dagegen 26 nach Freund-Wertheimscher Operation; die Häufigkeit der Ureterschädigungen bei letzterer Operation wird auf 15% berechnet. 9mal war die Durchtrennung beabsichtigt, 11mal unbeabsichtigt und 7mal war nur die Ureterscheide verletzt, wobei nur 2mal Fisteln auftraten. 7mal sind sekundär Ureterschädigungen (Nekrosen) aufgetreten. In 13 Fällen wurde der Ureter in die Blase implantiert, und zwar 12mal abdominal, 7mal primär (5mal eingeheilt) und 5mal sekundär (4mal eingeheilt), 4mal wurde der Ureter unterbunden und die Niere ausgeschaltet (2mal Tod an Urämie und 2mal nachträgliche Fistelbildung) und 1mal wurde nephrektomiert. Die beobachteten Heilungen sind aber nicht als Dauerheilungen anzusprechen. Bezüglich der Diagnose primärer Harnleiterverletzungen mit Harnerguss in die Bauchhöhle wird auf die Zunahme der Gefrierpunkterniedrigung des Blutes infolge von Harnresorption hingewiesen. In späteren Stadien wird die Kystoskopie, eventuell unter Benützung der Indigkarminprobe, die Sondierung des Ureters und die Röntgenaufnahme bei Kollargolfüllung des Nierenbeckens und Ureters empfohlen. Für die notwendig werdende Nierenfunktionsprüfung sind die

Phloridzinprobe, die Indigkarminprobe und die Prüfung des Harnstoffgehalts beider Seiten die besten Methoden, zu letzterem Zwecke eignet sich das Ureometer nach Esbach.

Unter den therapeutischen Verfahren wird den verschiedenen Methoden der direkten Ureternaht der Vorwurf gemacht, dass sie zu leicht zu Strikturbildung führen; die Einpflanzung in den anderen Ureter wird als zu gefährlich für die andere Niere verworfen, ebenso wegen des schlechten Dauererfolges die Einpflanzung in den Darm. Die beste Methode ist die Neueinpflanzung in die Blase, und zwar zu allermeist auf abdominalem Wege. Die Einpflanzung geschieht mittelst Faszienquerschnittes, Isolierung, Anfrischung und Schlitzung des proximalen Ureterendes und Einführung der beiden mit je einer Nadel armierten Lappen durch eine gerade genügende Blasenöffnung und Ausstossung der Nadel durch die Blasenwand von Schleimhaut zu Serosa 1 cm vom eingepflanzten Ureter entfernt. Es sollen möglichst wenig Nähte (meist zwei) und diese nicht in der Nähe der neuen Einmündung gelegt werden, um Ödem und Anurie zu verhüten. Gelingt die Einpflanzung nicht, so ist gelegentlich eine der vorgeschlagenen Plastiken (z. B. unter Verwendung des Wurmfortsatzes) zu versuchen. Der Nahtverschluss des Ureters setzt genaue Kenntnis der Funktion der anderen Niere voraus und hat den Nachteil späterer Fistelbildung und bei Infektion die Entstehung einer Pyonephrose. Für manche Fälle bleibt als ultima ratio die Nephrektomie gerechtfertigt.

In der Diskussion wird bei hochsitzenden Ureterverletzungen von Lotsch die temporäre Anlegung einer Nierenfistel empfohlen.

Frankenstein (16) bespricht die verschiedenen Verfahren der Versorgung des bei Becken- und Bauchoperationen verletzten Ureters, wenn eine Neueinpflanzung in die Blase nicht möglich ist, und gibt der Unterbindung des Ureters mit Ausschaltung der Niere den Vorzug. Ein Fall, der 2½ Jahre nach der Operation noch in sehr gutem Gesundheitszustand war, wird angeführt.

Sejournet (48) fand aus den bisher veröffentlichten (74) Fällen von Ureternaht, dass die Resultate um so besser sind, je vollkommener die Aneinanderpassung der durchschnittenen Enden ausgeführt wurde. End-zu-End-Naht ergab weniger leicht Strikturbildung als Invagination. Die Nahtstelle soll womöglich mit Netz sorgfältig gedeckt werden; eine Drainage der Nahtstelle ist nicht notwendig, aber ein Akt der Vorsicht.

Engström (12) teilt einen Fall von Uretereinpflanzung (nach Durchschneidung bei Operation eines retroperitonealen Tumors) in das Colon descendens mit, in dem die Einpflanzung seit 15 Jahren vollkommen gut und ohne Infektion funktioniert.

Siehe ferner Ureterscheidenfisteln, Hydronephrose und Nierensteine.

f) Harngenitalfisteln.

1. Harnröhren- und Harnscheidenfisteln.

1. *Boldt, H., Reparative operation on the bladder. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 18. Nov. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 344.
2. *Grégoire, R., Restauration de la vessie par le procédé d'Heitz-Boyer-Hovelacque. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 45.
3. *Halban, Defekt der Urethra. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 275.
4. *Kriwsky, Zur infrasymphysären Punktion der Harnblase. Ärztezeitg. (russ.) 1913. Nr. 6. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 104.
5. *Werelius, A., Traumatic detachement of the bladder from symphysis pubis with complete severance of urethra. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1722.

Boldt (1) beschreibt einen Fall von Blasenscheidenfistel mit Verlust der Urethra mit Ausnahme des Orificium externum, das linkerseits noch erhalten war, nach Zangenoperation. Durch Ablösung der Schleimhaut um die Blasenfistel und Darübernähen der Scheidenschleimhaut bis zur Stelle des Orificium externum urethrae wurde die Fistel geschlossen und Kontinenz erzielt.

Halban (3) beschreibt einen vollständigen Defekt der Urethra, des Sphinktergebietes und des distalen Teiles des Blasenhalses, die mit Wahrscheinlichkeit auf Zerstörung durch ein Ulcus molle zurückgeführt wird. Für die Operation wird auf die Schwierigkeit des Sphinkterersatzes hingewiesen.

In der Diskussion macht **Latzko** darauf aufmerksam, dass der Sphinkter meistens noch teilweise erhalten ist und seine Reste wieder vereinigt werden können. **Christofoletti** und **Weibel** teilen ähnliche Fälle mit, letzterer einen nach Zangenoperation entstandenen partiellen Defekt, in welchem durch gründliche Umschneidung die Fistel geschlossen wurde, aber ohne dass Kontinenz eintrat, die erst später durch breite Resektion und Anfrischung erzielt wurde.

Grégoire (2) beschreibt einen Fall von vollständigem Verlust der hinteren Blasen- und Harnröhrenwand nach einer nicht näher zu ermittelnden Scheidenoperation bei einer 50jährigen Frau. Da ein Schluss des Defekts völlig ausgeschlossen war, wurden nach Laparotomie die Ureteren in den ausgeschalteten unteren Rektumabschnitt eingepflanzt und der obere Abschnitt vor dem Kreuz- und Steissbein herabgezogen und in die hintere Hälfte des Anus eingenäht. Heilung, jedoch wurde Harnkontinenz nicht erzielt.

Werelius (5) beschreibt einen Fall von ausgedehnter Blasenharnröhrenscheidenfistel nach instrumentell beendigter Geburt, mit Verlust fast der ganzen vorderen Scheidenwand und der Harnröhre und Vorfall der von der Symphyse losgerissenen Blase durch den Defekt. Nach zweimaligem vergeblichen Versuch wurde der Defekt durch Anfrischung und Vernähung der Labia minora zum Verschluss gebracht.

Kriwsky (4) empfiehlt besonders bei Harnröhrenplastik die **Stöckel**sche infrasymphysäre Punktion der Harnblase. Vier Fälle.

2. Blasenscheiden- und Blasencervixfisteln.

1. *Bachrach, R., Totalausschaltung der Blase bei Blasenscheidenfistel. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 1. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 636.
2. Beckmann, W., Kaiserschnitt bei narbiger Vaginalstenose nach Blasenscheidenfisteloperation. Shurn. akush. i shensk. bolesn. 1913. März. (Schwierige Fisteloperation bei Blasenscheidenfistel nach Zangenentbindung. Später Kaiserschnitt wegen vaginaler Narbenstenose.)
3. *Bertino, Beitrag zur Ätiologie und Behandlung der Urogenitalfisteln. Ginec. Bd. 10. Nr. 13.
4. Brosz, A., Uterusrupturen. Ärzteverein Budapest. Gyn. Sektion. Sitzg. vom 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 812. (Eine Blasenscheidenfistel bei Uterusruptur, in einer Sitzung zum Verschluss gebracht.)
5. Burgess, A. H., Diagnosis of ureterovaginal and vesicovaginal fistulae. Clin. Journ. London. Bd. 42. Nr. 31.
6. *Drueck, Ch. J., Genital fistulae in the female. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 15.
7. *Ferroni, Operation von Vesikovaginalfisteln. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marken. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 697.
8. Fraser, F. C., New operation for cure of vesico-vaginal fistula. Ind. Med. Gaz. Calcutta. Bd. 49. Nr. 5.
9. *Kelly, A. H., Operation der Blasenfistel nach Uterusexstirpation. Southern Surg. and Gyn. Assoc. 16. Dez. 1913. Atlanta. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 697.
10. *v. Kubinyi, P., Zur Kystoskopie bei Blasenfisteln. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 1.
11. *Küstner, Geheilte Blasenscheidenfistel. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 19. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1486.
12. v. Langsdorff, Geheilte Blasenscheidenfistel. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 3. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 854. (Durch Transkondomoskopie wurde die Unversehrtheit der Ureteren und die Lage der 4 cm langen, $1\frac{1}{2}$ cm breiten Fistel festgestellt.)
13. *Latzko, Behandlung hochsitzender Blasen- und Mastdarmscheidenfisteln nach Uterusexstirpation mit hohem Scheidenverschluss. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 906.
14. *Maclean, E., Blasen-Uterus-Scheidenfistel, durch Einpfropfen der Cervix in die Blasenwand geheilt. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 5.

15. *Mac Munn, J., Aids in rectal and vesico-vaginal surgery. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 591.
16. *Marcy, H. O., Vesico-vaginal fistula and recto-vaginal fistula. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 238.
17. Muret, Zur Symptomatologie der Blasenscheidenfisteln. Gyn. Helvet. Frühjahrsausgabe.
18. *Nagel, W., Über einen Fall von geheilter Uterovesikalfistel mit abdominaler Exstirpation des Uterus. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1703.
19. Natanson, Blasenverletzung bei Kolpotomie behufs Amputatio corporis; Vesikovaginalfistel, nach sechs Wochen vernäht. Przegl. Lek. Bd. 9. p. 110. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 413.
20. *Nijhoff, Operative Behandlung von kleineren Vesikovaginalfisteln. Nederl. gyn. Vereenig. Amsterdam. Sitzg. vom 9. März. Gyn. Rundschau. Bd. 9. p. 346.
21. *Oberndorfer, Druckusur und Perforation des Blasenhalses durch ein Vaginalpessar. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 18. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 687.
22. *Paris, J., und F. Francey, Indications et technique de la voie transvésicale pour la cure des fistules vésico-vaginales. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 311.
23. *Rosinski, Geheilte umfangreiche Vesikovaginalfistel. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 257.
24. *Rubin, J. C., Vesico-vaginal fistula in child eight years old; spontaneous cure following removal of hairpin. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 1075.
25. Schülke, Die operative Behandlung der Urinfisteln. Inaug.-Diss. Jena 1912. (Übersichtliche Darstellung der gebräuchlichen Methoden.)
26. *Schulze-Berge, Über Behandlung von Blasenscheidenfisteln unter Mitteilung eines Falles von komplizierter Blasenscheidenfistel durch Schluss der Blase und Anlegung einer Fistel zwischen Blase und Colon sigmoideum. Bemerkung über Blasenbildung aus dem Darme. Frauenarzt. Heft 6.
27. Stewart, C. M., Closure of vesico-vaginal fistula which had followed hysterectomy. Colarodo Med. Denver. Bd. 11. Nr. 11.
28. Wagner, G. A., Schädigung bei Radiumbehandlung. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 164. (Zwei Fälle von Blasenscheidenfisteln nach Anwendung hoher Radiumdosen.)
29. *Ward, G. G., Report of a case of vesico-vaginal fistula with unusual phosphatic deposit. New York. Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 21. April. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 200.
30. Watkins, A., Vesicovaginal fistula. Arkansas Med. Soc. Journ. Little Rock. Bd. 11. Nr. 4.

Bertino (3) hebt die Häufigkeit der Blasenscheidenfisteln in Sardinien — wegen der mangelhaften Geburtshilfe und der Häufigkeit des engen Beckens — hervor. Er empfiehlt zur Operation die Ablösung der Blasen- von der Scheidenwand und die Vernähung mit Seide. Nach der Operation wird Dauerkatheter oder häufiger Katheterismus empfohlen.

Drueck (6) schlägt den Verschluss von Blasenscheidenfisteln mittelst Übernähen je eines Lappens, der zu beiden Seiten der Fistel aus der Scheidenschleimhaut entnommen ist, vor. Die Nachbehandlung besteht in Einlegen eines Dauerkatheters, der in 24 Stunden 1—2mal herausgenommen und wieder eingeführt wird.

Ferroni (7) beschreibt einen Fall von 11maligem vergeblichen Versuch der vaginalen Operation einer Blasenscheidenfistel; der Versuch der Einpflanzung der Harnleiter in den Darm hatte zu einer Harn- und Kotfistel und Abszessbildung, die Nephrektomie zu perirenalem Abszess geführt. Schliesslich gelang es Ferroni nach einer einzigen vaginalen Operation die Fistel zu schliessen. In einem zweiten Falle waren neun vergebliche Versuche auf vaginalem, zwei auf suprapubischem Wege und ein Kolpokleisisversuch vorausgegangen; auch diese Fistel konnte nach Durchtrennung der Kolpokleisis durch eine einzige vaginale Operation geschlossen werden. In beiden Fällen wurde die Verdoppelungsmethode angewendet.

v. Kubinyi (10) empfiehlt, um bei grossen Blasenscheidenfisteln die Kystoskopie zu ermöglichen, die Ausführung einer temporären Kolpokleisis durch Anlegung einer zirkulären Tabaksbeutelnaht um die Scheide. In einem mitgeteilten Falle von nach Wendung und Extraktion entstandener grosser Blasen-Cervixfistel leistete das Verfahren in bezug auf Feststellung des Sitzes und der Ausdehnung der Fistel gute Dienste. Die Fistel wurde

nach Trennung von Cervix und Blase bis zur Peritonealfalte durch Naht des Blasen- und Cervixdefektes und Übernähen der Scheide in einer Sitzung geschlossen.

Küstner (11) konnte bei einem vier Wochen vorher nach seiner Methode operierten Falle von Blasenscheidenfistel bei der Sektion (Tod an Pneumonie) nachweisen, dass sowohl in der Scheide als in der Blase eine lineare zarte Narbe bestand, obwohl die Blasenschleimhaut nicht mitgenäht worden war (zur Vermeidung einer Schnürung des Ureters).

Mac Munn (15) schlägt für Blasenscheidenfisteloperationen bei stark kontrahierter Blase die Ausdehnung der letzteren mittelst luftgefüllten Ballons vor.

Marcy (16) legt bei der Operation der Blasenscheidenfisteln ausser auf die breite Trennung der Blasen- von der Scheidenwand das Hauptgewicht auf die Anwendung aseptischen, versenkbaren Nahtmaterials, wofür er chromisierte Känguruhsehnen empfiehlt, mit denen die Blasenwand in doppelter Nahtlinie vereinigt und die Vaginalwand übergenäht wird. In der Diskussion befürwortet auch Bovée die ausgedehnte Lösung der Blasenwand von der Scheidenwand.

Nijhoff (20) umschneidet bei kleineren Blasenscheidenfisteln 3 mm vom Fistelrand die Öffnung durch Inzision der Vaginalwand, trennt dann Blasen- und Scheidenwand und legt eine Tabaksbeutelnaht ohne Knüpfung der Fäden 3 mm von dem am Fistelrand noch sitzenden umschnittenen Vaginalring. Nun wird der am Fistelrand noch sitzende Vaginalring abgetragen, der Fistelrand nach innen gedrückt, die Tabaksbeutelnaht zugezogen und die Vaginalwunde mit Knopfnähten geschlossen.

Rosinski (23) brachte eine grosse, nach Perforation des Kopfes entstandene Blasenscheidenfistel durch ausgiebige Lospräparierung der Blase aus ihrer Umgebung und doppelte Naht von Blasen- und Scheidendefekt zur Heilung.

In der Diskussion teilt Schröder einen Fall von Blasen-Cervixfistel mit, die wahrscheinlich durch Punktion einer Hämatometra mittelst Troikars entstanden war. Die Operation bestand in Lösung der Cervix von der Blase und Vernähung; eine zurückbleibende Blasenscheidenfistel wurde sekundär geschlossen.

Paris und Francey (22) rühmen der transvesikalen Operation der Blasenscheidenfisteln den Vorzug nach, dass die Fistelöffnung viel besser und direkt zu Gesicht gebracht und mit Schonung der Harnleiter vernäht werden kann, ausserdem dass sie eine ausgiebige Drainage der Blase erlaubt. Sechs geheilte Fälle werden mitgeteilt.

Maclean (14) nähte in einem früher durch direkte Anfrischung erfolglos operierten Falle von geburtshilflicher Blasen-Cervix-Scheidenfistel die angefrischte hintere Muttermundslippe in die Fistel ein. Das funktionelle Resultat war gut, nur zur Zeit der Menses trat häufiger Harndrang und Inkontinenz bis zur Entleerung des Blutes per urethram ein.

Nagel (18) führte bei einer nach Zangenentbindung entstandenen Uterovesikalfistel, die wegen ausgedehnter Narbenbildung im oberen Teil der Scheide und um die Cervix nicht zugänglich zu machen war, die Totalexstirpation des Uterus von der Bauchhöhle aus, vernähte die Fistel und schloss darüber das Peritoneum unter Drainage nach der Scheide. Die Fistel heilte jedoch nicht, konnte aber nach 13 Monaten von der Scheide aus zugänglich gemacht und durch Anfrischung und Naht mit Erfolg operiert werden.

Kelly (9) empfiehlt bei Blasenfisteln nach Uterusexstirpation das Peritoneum nach Durchtrennung der Narbe im Scheidengrund breit zu eröffnen, um die Fistel beweglich und zugänglich zu machen; zuweilen muss vorher ein paravaginaler Schnitt ausgeführt werden. Nach Schluss der Fistel wird das Peritoneum drainiert.

Latzko (13) empfiehlt bei hochsitzenden Blasenscheidenfisteln nach Uterusexstirpation die ringförmige Anfrischung der Scheidenwand unmittelbar unterhalb der Fistel mit Vernähung, also die hohe Kolpokleisis. Zwei Fälle, darunter einer von fünfmarkstückgrosser Fistel, auf deren Rande ein Ureter mündete, wurden mit Erfolg operiert. In der Diskussion empfiehlt auch Wertheim diese Methode, besonders bei Fisteln, die nach Karzinomoperation mit Übergreifen des Karzinoms auf die Blase entstanden waren.

Schulze-Berge (26) trennte in einem Falle von zweimal vergeblich operierter Blasenscheidenfistel (nach Uterusexstirpation) die vordere Blasenwand von der Symphyse und von der Harnröhre ab, frischte die Fistelränder an und schloss durch Naht die Blase ab; hierauf wurde am Blasenscheitel eine 1 cm lange Verbindung zwischen Blase und S romanum angelegt und peritonealisiert. Heilung nach vorübergehender Fistelbildung. In einem zweiten Falle (nach Totalexstirpation der Blase wegen Karzinoms) wurde das Endstück des Jejunums mit dem Cökum ausgeschaltet, die Ureteren in dieses Darmstück eingepflanzt und die Spitze der Appendix in die Flexur eingenäht. Der Harn entleerte sich aus dem Rektum, jedoch trat Exitus infolge der vorangegangenen starken Blasenblutungen ein.

Bachrach (1) beschreibt einen Fall von mehr als 10 mal vergeblich operierter geburtshilflicher Blasenscheidenfistel, bei der schliesslich wegen rezidivierender Steinbildung durch chronische inkrustierende Cystitis die Blase ausgeschaltet und nach Laparotomie die beiden Ureteren im oberen Winkel der Bauchwunde median herausgeleitet und eingenäht wurden. Eine Metallkapsel ohne Kautschukdichtung dient als Harnrezipient.

Rubin (24) entfernte aus der Scheide eines achtjährigen Kindes eine Haarnadel, die an zwei Stellen das Septum vesicovaginale durchbohrt und Fisteln bewirkt hatte. Nach Entfernung des Fremdkörpers, Urotropindarreichung und Ätzungen der Fisteln mit Silbernitrat schlossen sich diese von selbst.

Oberndorfer (21) beobachtete Blasenscheidenfistel durch Druckusur des Blasenhalses durch ein Vaginalpessar; ein Fragment des letzteren lag frei im Blasenhals. Es bestand chronisch-eitrige Cystitis, aber kein Harnabgang durch die Fistel.

Ward (29) entfernte einen kirschgrossen Phosphatstein, der sich nach Operation einer Blasenscheidenfistel in dem Septum vesicovaginale gebildet hatte, von der Scheide aus; aus dem Bette des Steins führte eine feine Öffnung in die Blase; Blasen- und Scheidenwand wurden getrennt vernäht. Die ursprüngliche Blasenscheidenfistel war durch Abgleiten eines Blattes der Tarnierschen Zange entstanden.

Siehe ausserdem Blasensteine.

3. Harnleiterscheidenfisteln.

1. Burkardt, Harnleiterfistel nach Zangenentbindung. Nürnberger med. Ges. u. Poliklin. Demonstrationsabend. 26. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 672. (Extraperitoneale Einpflanzung in die Blase, Umkleidung der Nahtstelle durch Peritoneum.)
2. *Küstner, Geheilte Ureterfistel. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 374.
3. *Lassale, M., Contribution à l'étude des fistules urétéro-vésicales et à leur traitement. Thèse de Lyon. 1913.
4. Sacharin, Die Operationen an Urethra, Blase und Ureteren an der Universitätsklinik zu Freiburg von 1904—1913. Inaug.-Diss. Freiburg 1913. (Sechs Fälle von Blasenscheiden- und zwei von Ureter-Scheidenfisteln, fünfmal geburtshilflichen Ursprungs; sechs primäre Heilungen, einmal Heilung nach der zweiten Operation; ein Fall blieb trotz siebenmaliger Operationsversuche ungeheilt.)

Küstner (2) beschreibt einen Fall von Ureterscheidenfistel nach extraperitonealem Kaiserschnitt, die durch extraperitoneale Neueinpflanzung in die Blase nach Witzel geheilt wurde.

In der Diskussion betont Asch, dass nach bestehenbleibenden Ureter-Scheidenfisteln eine Nierenatrophie ohne Hydronephrosenbildung langsam einzutreten pflegt. Ein gleicher Fall von Ureter-Scheidenfistel nach extraperitonealem Kaiserschnitt mit Neueinpflanzung in die Blase wird von Baumm mitgeteilt.

Lassale (3) verlangt für die Neueinpflanzung der Ureteren bei der Operation der Ureter-Scheidenfisteln, dass der Ureter möglichst wenig gezerrt werde, dass möglichst wenig Nähte (und zwar Catgut) angelegt werden, dass die Operation, um Infektion zu vermeiden, möglichst hinausgeschoben werde und endlich dass eine Knickung des Ureters vermieden werde.

Engström (c. 12) pflanzte in zwei Fällen von operativ entstandener Ureter-Scheidenfistel den Ureter intraperitoneal in die Blase ein (in einem Falle Exitus an Pneumonie).

Siehe ausserdem Ureterenchirurgie.

g) Chirurgische Krankheiten der Niere.

1. Anatomie, normale und pathologische Physiologie.

1. Asher, L., und R. G. Pearce, Die sekretorische Innervation der Niere. Zeitschr. f. Biol. Bd. 63. Heft 3/4. (Siehe Jahresbericht Bd. 27. p. 452.)
2. Cathelin, F., Grundsätze der chirurgischen Physiopathologie der Nieren. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. p. 478. (Übersichtsartikel.)
3. *Childs, S. B., und W. M. Spitzer, A study of the normal kidney, its pelvis and ureter, with stereopticon views. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. in gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 47.
4. *Hammesfahr, Experimentelle Beobachtungen über den Sekretionsdruck der Nieren. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 30. Juni. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 695 u. 710.
5. *Jeanneney, Anomalies des artères du rein (artères polaires). Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 16. Febr. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 506.
6. *Jonnesco, V., De la signification de la dégénérescence granuleuse et des lésions cytolytiques dans le rein après ligature ou excision du rein du coté opposé. Semaine méd. Bd. 34. p. 289.
7. *Michailoff, S., Die Rolle der Reservekraft der Niere nach Nephrektomie. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1418.
8. *Nuzum, F., Retroaortic left renal veins. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1238.
9. *Peter, C., Der feinere Bau der Niere. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2365.
10. *Razzaboni, G., La torsione del rene. Bologna. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 831 und Arch. de Méd. expér. Nr. 2. p. 165.
11. *Schwarz, O., Über die Beeinflussung der Nierenfunktion durch periphere Behinderung des Harnabflusses. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 586.
12. Smirnoff, J., Zur topographischen Anatomie des Nierenhilus. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1419.
13. *Wossidlo, E., Funktion der hypertrophischen Niere. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 25. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 569.

Childs und Spitzer (3) bestimmten auf pyelographischem Wege (Kollargolfüllung) Grösse und Gestalt des normalen Nierenbeckens und Ureterverlauf. Die Länge des Ureters ist für die Diagnose einer Nephroptose von Wichtigkeit; in 60% der Fälle fanden sich Schlängelungen des Ureters. Das Nierenbecken kann vierseitig, birnförmig, konkav und glockenförmig gestaltet sein. Im Stehen fand sich die Niere bis zu 3,5 cm tiefer gelagert als im Liegen.

Peter (9) beschreibt den feineren Bau der Kaninchenniere, an der er in der Rinde zwei Schichten, die Pars convoluta und die Pars radiata (Markstrahlen) und an der Marksubstanz eine Aussen- und eine Innenzone unterscheidet; jeder dieser Schichte entsprechen ganz bestimmte Abschnitte des Kanälchensystems.

Jeanneney (5) macht auf die akzessorischen, zum oberen oder unteren Pol verlaufenden Nierenarterien aufmerksam, die einerseits auf deren Gefässgebiet beschränkte Veränderungen (z. B. Embolien), andererseits bei Nephroptose die Entstehung einer Hydronephrose erklären, die operative Freilegung der Nieren und die Nephrektomie erschweren und die isolierte Unterbindung verlangen.

Nuzum (8) stellt fest, dass alle linksseitigen, hinter der Aorta verlaufenden Nierenvenen schief verlaufen und hinter der Aorta in die Vena cava einmünden.

Hammesfahr (4) stellt fest, dass bei längerer Stauung im Nierenbecken der Sekretionsdruck der Nieren absinkt, ferner dass durch relative Abflusshindernisse der Sekretionsdruck vermindert wird; dasselbe geschieht bei Pyelonephritis, bei Chrom- und Kantharidinvergiftung. Diuretika bewirken verhältnismässig geringe vorübergehende Steigerung des Sekretionsdruckes. Die Narkose ist auf den Druck von geringem Einfluss. Stauung bewirkt reaktive Polyurie.

In der Diskussion bemerkt Roth, dass selbst kurzdauernde Harnstauungen zu schweren Nierenfunktionsstörungen führen können. Franz hebt hervor, dass Unterbindung des Ureters nicht zu Hydronephrose führen muss und symptomlos bleiben kann, weil der Sekretionsdruck sofort sinkt; ebensowenig konnte Roth durch Ureterunterbindung Hydronephrose erzeugen.

Schwarz (11) weist nach, dass bei dauernder peripherer Abflussbehinderung in der Schädigung der Niere ein Stadium auftritt, in dem die Gesamtausscheidung des Phenol-

sulfophthaleins noch annähernd normale Werte erreicht, während die Niere nicht mehr imstande ist, die für den Gesunden charakteristische Konzentrationsdifferenz zwischen den in der ersten und zweiten Stunde ausgeschiedenen Werten herzustellen. Nach Beseitigung des Abflusshindernisses tritt in vielen Fällen der normale Ausscheidungstypus wieder auf.

Razzaboni (10) fand bei Tierversuchen, dass bei Torsion der Niere um $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ keine schädlichen Folgen für das Nierengewebe eintreten, nur bei längerem Bestehen der Torsion kam es zu partieller interstitieller Sklerose. Stärkere Torsionen (1—3mal) führten zu Erweichung der Nierensubstanz und später zu diffuser Schrumpfung mit Kalkablagerungen. Die gleichzeitige Enthülsung kann den Eintritt dieser Veränderung nicht verhüten. In der anderen Niere entwickeln sich Veränderungen, die der kompensatorischen Hypertrophie angehören.

Wossidlo (13) fand bei Karmininjektion nach Exstirpation einer Niere, dass in der ersten Woche der Farbstoff in die temporär erweiterten Harnkanälchen der zurückgebliebenen Niere in Zylindern ausgeschieden wird. Nach acht Wochen war vollständige Restitution und Hypertrophie der Nierenelemente eingetreten.

Michailoff (7) unterscheidet drei Typen des vikariierenden Eintritts der zurückgelassenen Niere nach Nephrektomie: 1. Gleichmässiger Eintritt der Diurese vom ersten bis zum achten oder neunten Tage zunehmend und dann normal bleibend; 2. unregelmässiger, sprunghafter Verbrauch der Reservekraft — besonders nach Nephrektomie wegen Tuberkulose und Neubildung; schwache Reaktion auf Phloridzin- und Indigkarminprobe; 3. Unzulänglichkeit und rasche Erschöpfung der Reservekraft, bei denjenigen Fällen beobachtet, bei welchen vor der Operation eine konstante erhebliche kompensatorische Hypertrophie der gesunden Niere mit Polyurie beim Harnleiterkatheterismus besteht und bei Phloridzin- und Indigkarminprobe der Zucker und der Farbstoff rasch im Harn auftreten, während die Probe mit der experimentellen Polyurie negativ ausfällt. Aus diesen Symptomen muss eine strikte Kontraindikation gegen eine Nephrektomie gefolgert werden.

Jonnesco (6) beschreibt als unmittelbare Folge der Ligatur oder Exstirpation einer Niere in der anderen Niere das Auftreten von Cytolyseinseln, von granulösem Zustand der Epithelien der gewundenen Kanälchen, Veränderungen der Zellstruktur des aufsteigenden Astes der Henleschen Schleifen und Hypertrophie der Glomeruli, ausserdem rasche Vermehrung der Kerne an bestimmten Stellen des Epithels der gewundenen Kanälchen; diese Veränderungen sind mit Ausnahme der Zellhypertrophie nach 24 Stunden nicht mehr nachweisbar. Der granulöse Zustand ist als Vorstadium der Hypertrophie aufzufassen, die Cytolyse betrifft diejenigen Elemente, die plötzlich den gesteigerten Anforderungen nicht mehr gewachsen sind und ist nicht auf eine elektive Wirkung von Nephrotoxinen zurückzuführen.

2. Diagnostik.

1. Abell, J., Diagnosis and surgical lesions of urinary tract. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 17.
2. *Albrecht, H., Zur Frage der Gefährlichkeit der Pyelographie. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 624.
3. *Alexander, B., Vergleichsbilder der Nieren und Nierengegenden. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 5.
4. *Ambard, Der Nutzen des Nachweises der Ambardschen Konstanten der Harnstoffsekretion. Soc. méd. des Hôpit. Sitzg. vom 5. Dez. 1913. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 429.
5. *Arcelin, Zur Pyelographie. Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie. April.
6. *Bachrach, R., und R. Loewy, Zur Klinik der Nierenerkrankungen im Lichte der neuen funktionellen Prüfungsmethoden. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 314.
7. Barbosa, N., A proposito da constante de Ambard. Brazil.-Medico Rio de Janeiro. Bd. 28. Nr. 8. (Anerkennung des Wertes der Methode.)
8. *Barringer, B. S., Der diagnostische Wert des Phenolsulphonphthaleins zur Beurteilung der Nierenfunktion. Vereinig. amer. Urologen. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 264 und Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Nr. 6.
9. Bastianelli, R., Ciò che deve la chirurgia urinaria alla costante di Ambard. Riv. osped. Bd. 4. Nr. 12.
10. *Bauer, R., und P. Habetin, Moderne Nierenfunktionsprüfung. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 353.

11. Billiard, A., Die Röntgenphotographie des Harnapparates in der täglichen Praxis. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 63. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1248. (Beschreibung der Technik.)
12. *Block, The effect of operation on kidney excretion as indicated by the phenolsulphonephthalein test. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1309.
13. *Blum, V., Kollargolfüllung des Nierenbeckens. Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 3.
14. — Renal diagnosis in medicine and surgery. Aus dem Deutschen übersetzt von B. Christopherson. New York, W. Wood and Co.
15. Bosler, A., Über Nierenfunktionsprüfung bei Säuglingen und älteren Kindern. Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 6. (Untersuchungen nach Schlayerscher Methode.)
16. *Bret, J., und R. Boulud, Le coéfficient azoturique de l'urine dans les affections rénales et les cardiopathies. Journ. d'Urol. Bd. 4. Nr. 2.
17. *Bromberg, R., Weitere Erfahrungen mit dem hämorenalen Index als Mittel zur Funktionsprüfung der Nieren. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 118.
18. — Beitrag zur funktionellen Nierendiagnostik. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 85. Heft 2. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 463.)
19. *Buerger, L., Argyrol in the parenchyma of the kidney after pyelography. New York. Ac. of Med., gen.-ur. Sect. Sitzg. vom 18. März. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1057.
20. *— Concerning renal lesions after pyelography. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 4.
21. Butler, J. I., Functional capacity of kidney and consideration of quantitative methods of its determination. Arizona Med. Journ. Phönix. Nr. 3.
22. Caldwell, E. W., und H. M. Imboden, Roentgen stereography in diagnosis of urinary calculi. New York State Journ. of Med. Bd. 14. Nr. 3.
23. *Casper, L., Indikationen und Grenzen der Pyelographie. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1259.
24. *Cathelin, F., Harnstoffgehalt und Nierenfunktionsprüfung. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 194.
25. *— Les acquisitions récentes dans l'étude des fonctions rénales. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 6.
26. *Caulk, J. R., und T. M. Davis, Phthalein test for renal function with relation to operative procedures. Missouri State Med. Assoc. St. Louis. Bd. 10. Nr. 6.
27. *Cholzow, B. N., Die Bedeutung der Koeffizienten von Ambard für die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit der Nieren. R. Wratsch. Nr. 13. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1170.
28. Clark, J. G., und F. E. Keen, Relationship between urinary system and dieseases of female pelvic organs. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 1. (Betont die Wichtigkeit der Untersuchung von Blase, Ureter und Nieren bei Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane.)
29. *Comrie, J. D., Phenylsulphonephthalein test of the renal function. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 4. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 826.
30. *Crowell, A. J., Collargol in pyelography. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1387.
31. Deaderick, W. H., Tests of renal function. Arkansas State Med. Soc. Journ. Little Rock. Bd. 11. Nr. 2.
32. *Deutsch, F., und W. Schmuckler, Die Prüfung der Nierenfunktion mit Phenolsulphophthalein und der Schlayerschen Untersuchungsmethode. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 114. Heft 1/2.
33. *Dietsch, C., Funktionelle Nierendiagnostik mittelst Phenolsulphophthalein. Zeitschr. f. exp. Eath. u. Ther. Bd. 14. Heft 3.
34. *Doll, H., und R. Siebeck, Untersuchungen an Nierenkranken. II. Über die träge Einstellung der Sekretion bei Belastung. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 116. Heft 5/6.
35. *Eisendraht, D. N., The effect of injecting collargol into the renal pelvis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1392.
36. Filho, A. B., A propos d'un point de technique dans le cathétérisme des uretères. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 69. (Modifikation des Albarranschen Kystoskops, die die Einführung der beiden Katheter in die Ureteren ohne Kreuzung und die Entfernung des Kystoskops nach Einführung der Katheter erlaubt.)
37. *Franke, F., Der Urinseparator von Luys. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. Sitzg. vom 14. März. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1037.

38. *Frankland, W. A., Method of testing renal function with Phenolsulphonephthalein. Washington. Med. Annals. Bd. 13. Nr. 2.
39. *Frenkel u. Uhlmann, Beitrag zur funktionellen Diagnostik interner Nierenkrankheiten. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 79. Heft 5/6.
40. *Friedman, L., Pyelography an aid in the diagnosis of traumatic injury to the kidney. New York. Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 24. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 857.
41. Furniss, H. D., The use of indigocarmin intravenously. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 464.)
42. *Gaillard, A. Th., Modern laboratory methods in the diagnosis of surgical diseases of the genito-urinary tract. Annals of Surg. Bd. 59. p. 267 u. 295.
43. *Geraghty, J. T., The value of renal functional tests to the surgeon and the limitation of these tests. New York. Ac. of Med. Sitzg. vom 5. März. Med. Record. Bd. 85. p. 683.
44. *— The value of various functional tests in the differential diagnosis of renal disease. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48.
45. *Göbell, Übersichtsröntgenbilder bei chriurgischen Nierenkrankheiten. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 106.
46. *Goldberg, T., Die Harnkryoskopie und die Phenolsulphophthaleinprobe im Dienste der funktionellen Nierendiagnostik. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 243.
47. Gramenitzky, M. I., Technik der Untersuchung der freigelegten Niere. R. Wratsch. Bd. 13. Nr. 18.
48. *Griessmann, B., Ein Beitrag zur Funktionsprüfung kranker Nieren. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 114. Heft 1/2.
49. Guiteras, R., Narration of a few cases of nonfunctionating or derelict kidneys. Amer. Journ. of Surg. 1913. p. 136. (Kasuistik über 12 Fälle von vollständig funktionsloser oder exkludierter Niere, fünf durch Tuberkulose, sechs durch Steine — darunter zwei Fälle von kompletter Anurie — und einem nach Trauma durch Verstopfung des Ureters durch ein Blutgerinnsel; die Operation bestand teils in Nephrektomie, teils in Nephrotomie.)
50. Heath, P. M., Aseptic ureteral catheterisation. Lancet. 92. Jahrg. Bd. 1. p. 422. (Empfiehlt statt des Gummirohrs von Willan (116) die Benützung einer Leinenumhüllung des Katheters.)
51. *Hefter, J., und R. Siebeck, Konzentrationsverhältnis bei gesunden und kranken Nieren. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 114. Heft 5/6.
52. *Hess, O., Unsere Erfahrungen mit der Phenolsulphophthaleinmethode als Prüfungsmittel der Nierenfunktion. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1835 ff.
53. *— Über funktionelle Nierendiagnostik mittelst Phenolsulphophthalein. Rhein.-westf. Ges. f. inn. Med. u. Nervenheilk. Sitzg. vom 17. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2252.
54. *Hessel, K., Über Nierenfunktionsprüfung vermittelst Phenolsulphophthalein. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 114. Heft 3/4.
55. v. Hofmann, E., Über die Gefahren der Pyelographie. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 7.
56. *Hydrick, J. L., Albuminuria following ingestion of phenolphthalein. Proc. of Amer. Soc. of Biol. Chem. Journ. of Biol. Chem. Bd. 17. p. 36. Ref. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1560.
57. Jacobson, L. A., Röntgenuntersuchung der Nieren. Med. Obozr. Bd. 80. Nr. 14.
58. Janowski, Th., Über die funktionelle Diagnostik der Nierenkrankheiten. Med. Klinik. Bd. 10. p. 234 ff. (Kritik der verschiedenen Methoden, vorwiegend in Hinsicht auf die Erkennung der Funktionsfähigkeit bei internen Nierenkrankheiten; es wird der Schluss gezogen, dass die gegenwärtigen Methoden der funktionellen Nierendiagnostik zurzeit noch als recht unvollkommen bezeichnet werden müssen.)
59. *Joseph, E., Die Pyelographie und ihre chirurgische Bedeutung. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 51. p. 946, 1051 und 1253.
60. *— Zur Technik der Pyelographie. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1147.
61. — Demonstration praktisch wichtiger Pyelographien. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 344. (Vorläufige Mitteilung. In der Diskussion wird die Pyelographie von Israel und für gewisse Fälle von Zondek als eine diagno-

stisch wertvolle Methode befürwortet, während von Roth und Hammesfahr auf die Möglichkeit der Nierenschädigung aufmerksam gemacht wird.)
62. *Keene, F. E., und H. K. Pancoast, The present status of pyelography. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 523.
63. *Kretschmer, H. L., und H. E. Potter, Pyelography. Interstate Med. Journ. Febr.
64. *Krotoszyner, M., Untoward results of pyelography. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 4.
65. Lampe, Präparate aus dem Gebiete der Nierenchirurgie. Ärztl. Verein Bromberg. Sitzg. vom 16. Jan. Med. Klinik. Bd. 10. p. 611. (Demonstrationen.)
66. La Rose, V. J., Diagnosis of surgical conditions of kidney and ureter. Journ.-Lancet. Minneapolis. Bd. 33. Nr. 23.
67. *Legueu, F., Des applications de la constante à la néphrectomie pour tuberculose. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 1.
68. *— Die Grenzen der Nephrektomie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 434.
69. Lewis, B., Stereopticon views of pathological conditions of the ureter and kidney with methods of examinations, and their bearing of on diagnosis. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. in gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Betont die Wichtigkeit der Röntgenaufnahme bei Tumoren der Niere, Steinen in Blase und Ureteren etc.)
70. *— Methods of diagnosis in surgical conditions of kidney. Chicago Med. Soc. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 156.
71. — Diagnosis in genito-urinary diseases; its neglect, its urgent necessity; method by which its requirements may be met. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 5.
72. *v. Lichtenberg, A., Zur Technik der Pyelographie. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1353.
73. *Liokumowitsch, S., Über die funktionelle Diagnostik der chirurgischen Nierenkrankheiten. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 3. p. 637.
74. *— Über die funktionelle Nierenprüfung mit Phenolsulphonphthalein. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1418. Wratsch. 1913. Nr. 40 ff.
75. *Lohnstein, H., Über die Leistungsfähigkeit der Phenolsulphonphthaleinprobe zur Bestimmung der Nierenfunktion. Allg. Med. Zentralztg. 1913. Nr. 50 ff.
76. *Mc Caskey, G. W., A new method for estimating the functional capacity of the kidney by forced elimination of preformed urea. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 507.
77. *Marion, G., Tuberculose rénale et constante d'Ambard. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 589.
78. *Mark, E. G., Functional tests and their importance in renal surgery. Chicago Med. Soc. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 156.
79. Marogna, P., Sui metodi di determinazione del valore funzionale del rene. Gazz. degl. Osped. e delle clin. Bd. 35. Nr. 17. (Betrifft die Phenolsulphophthaleinprobe und die urämische Konstante.)
80. *Mason, Dangers attending injections of the kidney pelvis for pyelography. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 839.
81. *Mezö, B., Neues diagnostisches Verfahren zur Feststellung der Nierenfunktion. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 7. März. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 269. Orvosi Hetilap. Nr. 16 ff.
82. *Neubauer, Verwendung von Kreatinin zur Prüfung der Nierenfunktion. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. Nr. 16.
83. Orr, W., Differentialdiagnose zwischen Nierenaffektionen und Malum Pottii. Urol. and Cut. Rev. März. (Harnuntersuchung und Röntgenaufnahme geben die Entscheidung.)
84. *Peugnier, Die Ambardsche Konstante. Arch. prov. de Chir. Mai.
85. Pillet, Untersuchung bei Nierenerkrankungen. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195. (Empfiehlt besonders bei Nephroptose die Untersuchung in halbstehender Lage auf der schiefen Ebene.)
86. *Pirondini, E., Examen fonctionnel des deux reins dans les cas de cathétérisme urétéral impossible. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 919.
87. *— Contribution clinique à l'étude de la polyurie expérimentale. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 461.

88. Pirondini, E., La determinazione amilolitica nelle urine come metodo di diagnosi della funzione renale. Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 4.
89. Propping, Röntgenographie des uropoetischen Systems. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 9. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 900. (Demonstration von Nierentuberkulosen, Hydronephrosen, Nieren-, Blasen- und falschen Steinen.)
90. *Raimoldi, L'esplorazione renale per mezzo della fenol-sulfon-phtaleina. Riv. osped. 3. Jahrg. Nr. 24.
91. Reed, H., Determination of renal efficiency. Oklahama State Med. Assoc. Journ. Muskogee. Bd. 6. Nr. 12.
92. *Rehn, E., Makroskopische und mikroskopische Präparate zum Kapitel der Pyelographie. Mittelrhein. Chirurgenvereinig. Sitzg. vom 28. Febr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1034.
93. *Rehn, E., Experimente zum Kapitel der Pyelographie. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 143.
94. *Renner, Leitfähigkeitsbestimmung des Urins in der Diagnostik der Nierenerkrankungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 91. Heft 3.
95. *Rowntree, L. G., The study of renal function; the prognostic value of studies of renal function. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 147. p. 352.
96. Sabat, Über röntgenologische Untersuchungen am uropoetischen System. Lwowski Tyg. Lek. 1913. Nr. 13.
97. *Schuchnow, W., Über die Wirkung des Kollargols bei direkter Injektion ins Nierenparenchym. Inaug.-Diss. Strassburg 1913.
98. *Schwarzwald, R. Th., Zur Frage der Gefährlichkeit der Pyelographie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 2.
99. *Scott, T. G., Über Pyelographie. R. Soc. of Med. Surg. Sect. Sitzg. vom 11. Nov. 1913. Lancet. 1913. Bd. 2. p. 1390.
100. *Seidel, Zur Nieren- und Ureterchirurgie. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 17. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 897 und Freie Vereinigung der Chirurgen des Königreichs Sachsen, Tagung vom 25. Okt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 516.
101. *Smith, E. O., Todesfall infolge von Pyelographie. Amer. Journ. of Urol. Bd. 10. Nr. 3.
102. Spitzer, W. M., Normal kidney and ureter, shown by roentgenoscopy. Colorado Med. Denver. Bd. 11. Nr. 7.
103. Ssidorenko, P., Über den Harnleiterkatheterismus von der eröffneten Blase aus. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1420. (19 Fälle bei Unmöglichkeit der Kystoskopie.)
104. Stanton, E. M., Causes of renal pain. New York State Journ. of Med. Bd. 14. Nr. 9.
105. *Stevens, W. E., The comparative value of modern functional kidney tests. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1544.
106. Suquet, Röntgendiagnostik der Erkrankungen der Harnwege. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 63. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1247. (Beschreibung der Röntgendiagnostik besonders bei Nierensteinen unter Empfehlung der Pyelographie.)
107. Suter, Über Pyelographie. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 28. Mai. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 51. p. 1147. (Demonstration; in der Diskussion macht de Quervain auf die Gefahren der Pyelographie aufmerksam und empfiehlt schattengebende Katheter zur Bestimmung der Nierenlage.)
108. *Thayer, W. S., Certain tests of renal function. Assoc. of Amer. Physic. 29. Jahresvers. Atlantic City. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1837.
109. *— und R. R. Snowden, A comparison of the results of the phenolsulphonephthalein test of renal function with the anatomical changes observed in the kidneys at necropsy. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 148. p. 781.
110. *Troell, A., Fall von Pyelographie, wo Kollargol in die Harnkanäle und die Malpighischen Körperchen der Niere eingedrungen war. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 12.
111. *Ultzmann, R., Blutdruckmessungen bei chirurgischen Nierenerkrankungen, insbesondere bei Nierentuberkulose. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 634.
112. *Van der Veer, J. N., Value of tests for functional activity of the kidney before operation. Med. Soc. of the State of New York. 108. Jahresvers. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1158.
113. Walther, H. W. E., Modern diagnostic methods in genito-urinary surgery. Louisiana State Med. Soc. 35. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1748. (Be-

sprechung der Kystoskopie, des Ureterkatheterismus, der Funktionsprüfungsmethoden und der Pyelographie.)

114. *Ware, M. W., The futility of phenolsulphonephthalein as an indicator of renal function. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 416.
115. *West, C. W., Beobachtungen über die Anwendung des Kollargol für die Pyelographie. Johns Hopkins Hosp. Bull. März.
116. *Willan, R. J., The bismuth ureteral catheter, collargol solution and barium sulphate suspension in the diagnosis of some urinary diseases. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 233.
117. Wossidlo, E., Experimentalstudie zur Kollargolfüllung des Nierenbeckens. Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 1. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 461.)
118. *Wrobel, K., Phenolsulphophthaleinprobe bei chirurgischen Nierenerkrankungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 91. Heft 3.

Lewis (70) bespricht den Wert der Schmerzen in der Nierengegend für die Diagnose der Nierenkrankheiten und erklärt dieses Symptom für sehr unzuverlässig, da Schmerzen bei schweren Affektionen der Niere vollständig fehlen können und Lendenschmerzen sehr häufig nicht auf die Niere zu beziehen sind; besonders wird auf die Schmerzen in der gesunden Niere bei Lithiasis der anderen hingewiesen.

Gaillard (42) legt neuerdings das Hauptgewicht für die Diagnose der Erkrankung und der Funktionslosigkeit oder Funktionstüchtigkeit einer Niere auf die mikroskopische Untersuchung des Harnsediments, indem die verschieden gestalteten charakteristischen Epithelformen und die Beschaffenheit der Leukozyten (z. B. bei Tuberkulose) auf Sitz und Art der Erkrankung und den Grad der Funktion schliessen lassen. In der Diskussion äussert sich B. A. Thomas skeptisch über den Wert der mikroskopischen Untersuchung in dem von Gaillard angenommenen Umfang.

Franke (37) erklärt, dass bei richtiger Technik der Harnseparator nach Luys den Ureterenkatheterismus vollkommen ersetzt.

Alexander (3) empfiehlt zum Vergleich der Röntgenbilder der beiderseitigen Nierengegenden die Herstellung einer jederseitigen Pause und deren Vergleichung.

Göbell (45) empfiehlt für die topische Nierendiagnostik und für die Differentialdiagnose zwischen Nierentumoren und Tumoren der benachbarten Organe Röntgenaufnahmen mit schattengebenden Ureterkathetern und gleichzeitiger Füllung der Nierenbecken mit Kollargol und des Darms mit Kontrasteinlauf.

Eine eingehende Diskussion erregte die Frage des Wertes der Pyelographie und ihrer Nachteile.

Joseph (59) hebt den Wert der Pyelographie zur Bestimmung der Lage, Gestalt und Grösse des Nierenbeckens und des Ureterabgangs hervor, also besonders zur Diagnose der Nephroptose, der durch die Stieldrehung bei Nephroptose hervorgerufenen beginnenden Hydronephrose, der Hydronephrose bei Ureterstrikturen und zur Steindiagnose. Die Entscheidung, ob bei Steinen die Pyelotomie und die Nephrotomie ausgeführt werden soll, lässt sich vermittelst Pyelographie schon vor der Operation meistens feststellen. Von geringerer Bedeutung ist sie zum Nachweis der schon klinisch, kystoskopisch und funktionell erkennbaren Pyonephrose und bei Nierentuberkulose (Veränderung des Nierenbeckens, der napfförmigen Erweiterung der Kelche und Veränderung des Ureterabgangs). Endlich wird die Pyelographie bei Missbildungen der Niere, bei Ureterdivertikeln, bei Echinococcus und bei Hypernephromen (seitlich eingedrücktes Nierenbecken mit völligem Verstreichen der Kelche) von Wert. Die Kollargolfüllung des Nierenbeckens hat nicht mehr und nicht öfter unangenehme Zufälle (Koliken) im Gefolge als der einfache Ureterkatheterismus.

In der Diskussion erwähnt Zondek die Möglichkeit unangenehmer Folgeerscheinungen (mehrtägige Schmerzen, Fieber, Erbrechen, Schädigung des Nierenparenchyms, selbst einige Todesfälle). Er empfiehlt daher deren Anwendung nur auf Grund strenger Indikationen und zur Vermeidung von Eindringen des Kollargols in die Nierenkanälchen das langsame tropfenweise Einfliessen unter geringem Druck. Als nützlich wird die Pyelographie bezeichnet bei Nephroptose, wenn man die Niere nicht fühlen kann, zum Nachweis von Verengerungen des Ureters und bei Steinen zum Nachweis des Sitzes derselben. Unter den nötigen Vorsichtsmassregeln und bei sorgfältiger Indikationsstellung ist die Pyelographie als wertvolle Untersuchungsmethode anzusehen. W. Israel erklärt die Pyelographie für verhältnismässig selten notwendig. Von Nutzen ist sie besonders zur Unterscheidung unfühlbarer Hydronephrosen und auf der Platte nicht erscheinender Nierensteine von einseitigen Blutungen und Koliken, ferner bei kongenitalen Dystopien oder Doppelbildungen des Nierenbeckens und der Harnleiter und zur Lage des Nierenbeckens zu einem fraglichen

Tumor der Niere, endlich selten bei unfühlbarem Tumor der Niere, bei mobiler oder zu tief fixierter Wanderniere und bei echten Ureterstenosen. Kontraindiziert ist sie bei Tuberkulose, unnötig ebenfalls bei Pyelitis und chronischer Pyelonephritis. Die Möglichkeit einer Entscheidung, ob bei Stein die Pyelotomie oder die Nephrotomie zu machen ist, wird nicht anerkannt. Endlich wird als Kontraindikation jede stärkere Infektion erwähnt. Ein Eindringen von Kollargol in die Harnkanälchen wird sich nicht immer vermeiden lassen. E. R. W. Frank hebt an der Hand von zwei mitgeteilten Fällen die Wichtigkeit der Pyelographie zum Nachweis verdoppelter und aberrierender Harnleiter hervor. Rosenstein betont den Wert der Pyelographie bei Hufeisennieren, Ureterverdoppelung, Abknickungszuständen, Tumoren etc. Dagegen wird die Frage, ob der Nutzen der Pyelographie so gross ist, dass er die möglichen Schädigungen ausgleicht, verneint. Zwei Fälle von schwerer Schädigung durch Eindringen des Kollargols in Harnkanälchen und Blutkapillaren, davon einer mit allgemeiner Argyrie und Exitus, werden angeführt.

Casper (23) lehnt die Pyelographie für die Diagnose der Wanderniere ab, jedoch kann sie für den Nachweis der Komplikationen (Ureterschlängelung oder -Knickung, Stenosen und spitzwinklige Einmündung) von Wert werden, wenn die begleitenden sub- und objektiven Umstände eine weitere Klärung, die auf anderem Wege nicht zu erlangen ist, erfordern. Bei Nierentuberkulose ist die Pyelographie direkt schädlich, bei Nierensteinen ist sie entbehrlich, auch die Angabe, dass Uratsteine nach Imbibition mit Kollargol sichtbar werden, kann nicht bestätigt werden. Ebensowenig kann von Casper die Angabe, dass Hypernephrome eine Ausziehung des Nierenbeckens bewirken und dass die Pyelographie eine Frühdiagnose ermöglichen soll, bestätigt werden. Bei Dystopie der Niere ergibt die Pyelographie instruktive Bilder, aber auch hier kann die Pyelographie durch Einführung eines Wismutkatheters in den Ureter entbehrlich gemacht werden. Bei Tumoren, deren Sitz in der Niere zweifelhaft ist, ist die Pyelographie gerechtfertigt, wenn Funktionsprüfung und Darmaufblähung nicht genügende Aufklärung bringen. Sehr wertvoll ist die Pyelographie zum Nachweis von Hufeisen- und Kuchennieren, ferner auch zur Differentialdiagnose in Fällen von ungewöhnlicher Nephritis, Perinephritis, nicht sichtbaren Steinen, Hydronephrosen und Blutungen. Casper schliesst, dass die Pyelographie zu Recht besteht, dass sie aber, weil nicht ungefährlich, nur bei strenger Indikation und wenn die übrigen milderen Untersuchungsmethoden zu keinem ausreichenden Resultat geführt haben, angewendet werden darf.

Kretschmer und Potter (63), welche 25%ige Lösung von Cargentos zur Nierenbeckenfüllung verwenden, erklären die Pyelographie für diagnostisch ausserordentlich wertvoll.

Friedman (40) empfiehlt die Pyelographie bei subkutaner Nierenverletzung zur Unterscheidung, wie weit die Niere verletzt ist, je nachdem sich das Kollargol intrarenal oder perirenal verbreitert. Bei einem 11 jährigen Mädchen konnte auf diese Weise eine nur leichte Verletzung der Niere nachgewiesen werden.

v. Lichtenberg (72) benützt in regelmässigen Abständen imprägnierte Wismut- oder Miniumkatheter, und zwar nie stärker als Nr. 5, vielfach auch Nr. 4, nach deren Einführung das Kystoskop entfernt wird. Während der darauffolgenden Funktionsprüfung hat das Nierenbecken Zeit, sich zu entleeren. Hierauf folgt unter Ausschaltung der Atmung durch einen Bauchgurt die Injektion von 10%iger körperwarmer Kollargollösung mit 20 ccm haltender Rekordspritze, während der Rückfluss der Injektionsflüssigkeit aus dem in die Blase eingeführten Katheter beobachtet wird. Zur Aufnahme werden Moment- und Zeitaufnahmen verwendet, letztere unter langsam fortgesetzter Injektion. Bei nicht dilatiertem Becken genügen 3—5 ccm, bei grossen Säcken können 60—80 ccm und darüber injiziert werden. Häufig werden Koliken ausgelöst, selbst bei grossen Hydronephrosensäcken, weil der Klappenmechanismus den Abfluss verhindert; hier entleert sich erst später kollargolhaltiger Harn und die Ausscheidung desselben kann bis zu 10 Tagen dauern — eine Erscheinung, die ein ausgesprochenes Frühsymptom der hydronephrotischen Veränderung ist. Bei gesunder Schleimhaut und unbehindertem Abfluss sammelt sich das Kollargol in kürzester Zeit in der Blase. Die Füllung des Nierenbeckens gelingt schon, wenn der Ureterkatheter 3 cm weit über die vesikale Uretermündung hochgeschoben ist. Lässt sich der Katheter übermässig hochschieben, so ist auch ohne Kollargolfüllung ein ungefähres Bild von dem erweiterten Nierenbecken zu gewinnen. Kontraindiziert ist die Pyelographie bei Blutung. Die grösste Zahl der bei Pyelographie beobachteten Unglücksfälle ist auf falsche Technik oder auf Anwendung von unreinem Kollargol zurückzuführen.

Bezüglich der Technik der Pyelographie empfiehlt Joseph (60) die Anwendung dünner Katheter, neben denen die eingespritzte Flüssigkeit zurückfliessen kann, am besten Nr. 5—6 (nach Sterilisation im Dampf). Weiter werden Wismutkatheter mit farbiger Ringeinteilung verwendet, die bis zu 22—23 Ringen eingeführt das Nierenbecken erreichen; dringt

der Katheter weiter ein, wie bei sehr weitem Ureter und Nierenbecken, so soll eine Röntgenaufnahme ohne Kollargolinjektion gemacht werden. Nach Einführung des Katheters wird das Kystoskop entfernt und das Ende des Katheters am Oberschenkel befestigt. Hierauf folgt die Injektion, mittelst Rekordspritze langsam vorgenommen, durchschnittlich 6—8 cm, bei nicht erweitertem Nierenbecken nur 3—4, seltener 12—14, ganz ausnahmsweise 20 ccm und darüber. Bei dem geringsten Gefühl unangenehmer Spannung ist die Injektion abzubrechen. Darauf folgt die Aufnahme ($^1/_{10}$ Sekunde), dann sofort die Entfernung des Katheters. Nur bei spielend leichter und schmerzloser Einführung des Katheters darf die Injektion gemacht werden, bei Schmerzen und Abgang von blutig gefärbtem Harn ist sie zu unterlassen.

Albrecht (2) sah nach Injektion von 10%iger Kollargollösung ins Nierenbecken akute Urämie, hochgradige Schmerzhaftigkeit und schwere Allgemeinerscheinungen mit mehrtägiger Anurie auftreten — Symptome, die innerhalb acht Tagen verschwanden. Besonders ist bei Hydronephrose stärkeren Grades Eindringen der Lösung in die erweiterten Harnkanälchen und in das wenig widerstandsfähige Parenchym zu fürchten.

Arcelin (5) hält die Pyelographie nicht für mehr schädigend als eine Nierenbeckenspülung. In diagnostischer Beziehung gibt sie vollständige und rasche Aufschlüsse über Lage und Grösse des Nierenbeckens, Erweiterung eines oder mehrerer Kelche etc.

In der Diskussion erklärt Aubourg die Methode für nicht ungefährlich und Belot hält höher konzentriertes Kollargol als 5% für bedenklich. Biraud betont schon nach Uretersondierung allein die Möglichkeit des Eintritts von Nierenkoliken.

Blum (13) erklärt die mit zahlreichen Gefahrenquellen verbundene Pyelographie für entbehrlich, da sie durch andere Methoden — Radiographie nach Einführung eines undurchlässigen Ureterkatheters, Ureterkatheterismus und funktionelle Nierendiagnostik — ersetzt werden kann.

Buerger (19, 20) fand nach Injektion von 20 ccm Argyrollösung in eine Hydronephrose bei der nach acht Tagen ausgeführten Nephrotomie und partiellen Dekapsulation ausgedehnte Infiltration des Nierengewebes mit Argyrol, Nekrose, Entzündung und Blutungen. In der Diskussion führt Furniss die Infiltration auf den Injektionsdruck zurück und Squier hebt das lange Zurückbleiben der Injektion im Nierenbecken hervor, in einem Falle sechs Monate lang (bei Pyonephrose).

Crowell (30) berichtet über einen Todesfall nach Kollargolinjektion ins Nierenbecken bei Hydronephrose. Die Injektion war langsam und mittelst Spritze ausgeführt worden, die Menge betrug etwa 12 ccm und füllte das Nierenbecken höchstens bis zur Hälfte, die Konzentration betrug 10%, der Katheter wurde belassen, um den Ausfluss zu sichern. Die injizierte Niere zeigte Blutfüllung der Calices und des Nierenbeckens und Kollargolinfarkte im Gewebe, die andere Niere wies hämorrhagische Entzündung auf mit Kollargolkörnchen in den Tubulis. Auch bei Versuchen an Hunden erwies sich das Kollargol als toxisch.

Eisendrath (35) wies durch Tierversuche die schädliche Wirkung von unter zu hohem Druck ins Nierenbecken injizierten Kollargollösungen nach, indem sowohl in das das Nierenbecken umgebende Gewebe als ins Nierenparenchym und in das Venensystem Kollargol übertreten kann.

v. Hofmann (55) fand bei der Sektion eines an Hydronephrose erkrankt gewesenen und nach Pyelographie gestorbenen Mädchens eine Ruptur des mit Kollargol gefüllten Hydronephrosensackes und Verbreitung des Kollargols einerseits im ganzen Peritoneum, andererseits in den Harnkanälchen und Glomerulis. Die Ruptur war infolge perinephritischer Verwachsungen mit dem Kolon bewirkt worden. In einem weiteren Falle fand sich in einer exstirpierten Niere Kollargol in den Harnkanälchen und ausserhalb der Lumina, wo es zu Nekrose geführt hatte (die Pyelographie war drei Tage vor der Operation vorgenommen worden). Die Gefährlichkeit der Pyelographie liegt sowohl in der schwierigen Regulierbarkeit des Druckes, als in der Wahl des Injektionsmittels; sie ist deshalb nur anzuwenden, wenn andere Mittel nicht zu einer sicheren Diagnose führen.

Keene und Pancoast (62) führen Unglücksfälle bei der Pyelographie auf Unterlassung der nötigen Vorsicht bei der Ausführung zurück, aber diese Schädigungen können die Methode an sich nicht diskreditieren. Wegen der leichten Möglichkeit eines Fehlers soll aber die Methode nur dann ausgeführt werden, wenn auf andere Weise keine sichere Diagnose gestellt werden kann. Die Methode wird empfohlen bei auf Neubildung, Tuberkulose oder grosse Hydronephrose verdächtigen Fällen, ferner bei Pyelitis, wenn eine mechanische Dilatation des Nierenbeckens in Frage kommt, bei Steinen, wenn es zweifelhaft ist, ob der Schatten in Niere oder Ureter oder in deren Umgebung liegt, besonders endlich in

den Frühstadien der Hydronephrose, bei kongenitalen Anomalien, bei Hufeisenniere und Nephroptose.

In der Diskussion führen Braasch, Furniss, Eisendrath und Clark die Schädigungen bei Pyelographie auf Fehler in der Technik, besonders auf Injektion unter zu hohem Druck zurück und heben die Vorteile der Methode bei richtiger Technik hervor, dagegen betont Hetzler die Giftigkeit der Silberverbindungen.

Krotoszyner (64) lässt die Pyelographie als äusserste Massnahme nur zu, wenn eine erschöpfende Diagnose auf anderem Wege nicht möglich ist.

Mason (80) teilt drei Fälle von Infarktbildung in der Niere nach Pyelographie mit. Da es kein Mittel gibt, den Druck im Nierenbecken zu messen, so ist das Eindringen von Injektionsflüssigkeit und Infektionsmaterial ins Gewebe möglich. Die Pyelographie ist kontraindiziert bei Entzündungen der Niere und des Nierenbeckens und wenn die Niere durch Verletzung oder Erkrankung nicht mehr unversehrt ist.

Rehn (93) beobachtete bei Versuchen an Kaninchen, die er im Anschluss an einen klinischen Fall von Kollargolinfarkt bei Pyelonephritis angestellt hatte, dass bei Injektionen ins Nierenbecken das Kollargol teils interstitiell, teils in den Nierenkanälchen bis zur Rinde unter Übertritt in die Glomeruli vordrang. Bei künstlicher Hydronephrose war die Verteilung des Kollargols viel feiner, weil das Vordringen fast ausschliesslich durch die erweiterten Kanälchen erfolgte. Bei geschädigter Niere, besonders bei Pyelonephritis, tritt das Kollargol sehr schnell in die Blutbahn über, auch bei Hydronephrose sind lokale Schädigungen der Nierensubstanz unvermeidlich, so dass mit Kollargolfüllung des Nierenbeckens mit grösster Vorsicht und einer gewissen Auswahl der Fälle verfahren werden muss.

Rehn (92) beschreibt neuerdings zwei Fälle von interstitiell bis zur Rinde vorgedrungenem Kollargol, das die Glomerulusmembran durchbrochen und neben peripherer Entzündung zentrale Verödung der Glomeruli hervorgerufen hatte. Besonders ist das abseits der Entzündungsherde liegende, normal erscheinende Parenchym bevorzugt, und zwar in einem Umfang, der nicht gleichgültig sein kann.

In der Diskussion betont Völcker, dass zur Herabsetzung des Druckes im Nierenbecken eine breite Spritze verwendet werden soll (5 cm Durchmesser).

Schachnow (98) weist durch direkte Kollargolinjektionen ins Nierenparenchym schwere Schädigung des Gewebes durch das Trauma, durch das Metall als Fremdkörper und besonders durch die Wirkung des Kolloids auf Eiweisskoagulation und Zellschädigung nach. Er verlangt grosse Vorsicht bei der Pyelographie und führt Gewebsschädigung auf Fehler in der Technik zurück.

Schwarzwald (98) beschreibt einen Fall von Kollargolimprägnation der Niere — aber nur ihrer erkrankten Partien — nach Kollargolinjektion und mahnt zur strengen Einhaltung der notwendigen Kautelen.

Scott (99) empfiehlt zur Einbringung der Kollargollösung ins Nierenbecken die Lagerung des Kranken auf einer glatten, mit Filz gepolsterten Unterlage, auf der ein Hin- und Hergleiten ohne Anstrengung der Muskulatur und, ohne dass es zu Pressbewegungen kommt, möglich ist. Der Ureterkatheter, der in dunkle Felder von je 2 cm Länge geteilt ist, darf nicht abgeklemmt werden, damit ein Leckwerden desselben vermieden wird.

In der Diskussion hebt J. W. Th. Walker hervor, dass die Methode nicht gefahrlos und daher nur dann anzuwenden ist, wenn eine sichere Diagnose auf anderem Wege nicht gestellt werden kann. Eine Lokalanästhesie soll dabei niemals angewendet werden und wenn Schmerz auftritt, ist die Füllung des Nierenbeckens zu unterbrechen, ebenso wenn die Lösung nicht in kontinuierlichem Strome einfliesst. R. Thomson erklärt die Pyelographie für sehr nützlich, wenn es sich um die Entscheidung über eine etwa vorzunehmende Nierenoperation handelt, besonders bei Hydronephrose, und zur Klarlegung des Verhältnisses der Niere zum umgebenden Gewebe. A. E. Johnson empfiehlt sie besonders zur Feststellung der Ursachen von nicht durch Steine hervorgerufenen Koliken, bei Hydro- und Pyonephrose, kongenitalen Missbildungen des Harnapparates und bei Abdominaltumoren.

Seidel (100) erwähnt einen Fall von Perforation der papierdünnen Wand eines Uronephrosensackes bei Kollargolfüllung, die mit allen Vorsichtsmassregeln unternommen worden war. Das Kollargol war in die Fettkapsel ausgetreten und hatte hier infolge akuter ödematöser Schwellung heftige Schmerzanfälle hervorgerufen.

In der Diskussion sprechen sich Grunert und Krüger für die Anwendung sehr dünner Katheter bei der Kollargolfüllung aus.

Smith (101) beobachtete einen plötzlichen Todesfall unmittelbar nach Injektion von 20 ccm einer 1%igen Kollargollösung ins Nierenbecken; das Kollargol war bis unter die Nierenkapsel vorgedrungen.

Troell (110) beobachtete Eindringen von 7%iger Kollargollösung nach Injektion von 5—7 ccm bei zweifaustgrosser Pyonephrose, ohne dass während der Injektion subjektive Erscheinungen aufgetreten wären.

West (115) beobachtete unter sechs Fällen von Kollargolinjektion ins Nierenbecken einmal Silberfärbung der ganzen Niere und Vordringen des Kollargols ins perirenale Bindegewebe, einmal in das retroperitoneale Bindegewebe und einmal in die freie Bauchhöhle. Er mahnt zur Vorsicht bezüglich des angewendeten Druckes und zur Benützung höchstens 15%iger Lösungen und zieht die Injektion von Silberjodid vor.

Willan (116) schlägt zur Asepsis des Ureterkatheters vor, diesen durch einen sterilen Gummischlauch zu leiten, der mittelst eines Metallansatzstücks an dem Kystoskop befestigt wird. Um den Katheter sichtbar zu machen, wird dessen Füllung mit Kollargollösung vorgezogen. Die Pyelographie ist bei vorsichtiger Anwendung gefahrlos; die Füllung des Nierenbeckens geschieht bei Nichtnarkotisierten mittelst Spritze und während Beobachtung im Kystoskop, ob Injektionsflüssigkeit neben dem Katheter rückläufig wird, bei Narkotisierten dagegen mittelst hydrostatischen Drucks. Eine Hydronephrose muss vorher entleert und die Kapazität des Sackes festgestellt werden. Nierentumoren können mittelst Pyelographie durch abnorme Lagerung des Nierenbeckens und Verlängerung der Kelche erkannt werden. Zum Nachweis von Blasendivertikeln kann eine Bariumsulfatemulsion (2 : 10 Ol. amygd.) verwendet werden.

Prüfung der Nierenfunktion.

Cathelin (24, 25) hebt als Grundlagen der Funktionsprüfung der Nieren bei chirurgischen Nierenkrankheiten die Notwendigkeit der Entnahme getrennter Harnproben jeder Niere und das Studium der Vergleichswerte hervor, ferner die Grundgesetze der Harnstoffbildung, d. h. das Gesetz des absoluten Wertes (im Liter) des Harnstoffgehaltes, das Gesetz der Elimination des Harnstoffgehaltes, das Gesetz der Konstanz und das der Unveränderlichkeit des Harnstoffgehaltes, demnächst die Ausnahmen bei Polyurie, bei den Grenzfällen und bei der Chlorausscheidung, ausserdem die Bedeutung der anatomischen Integrität der Papille, die die funktionelle Integrität des Parenchyms beherrscht, und die einseitige renorenale Sympathie, endlich das morphologische Studium der Ureteröffnung und die Beobachtung der Harnentleerung aus dem Ureter.

Mc Caskey (76) empfiehlt zur Funktionsprüfung der Niere die alle zwei Stunden vorzunehmende Prüfung auf Harnstoff, nachdem 30 g Harnstoff in Wasser gelöst zugeführt worden waren. Bei Gesunden werden innerhalb der ersten vier Stunden 5—10 g Harnstoff in zwei Stunden ausgeschieden; beträgt die Gesamtausscheidung viel weniger als 20 g, so ist die Funktion der Niere vermindert, beträgt sie nur 10 g, so ist sie bedenklich gestört.

Mezö (81) schlägt zur Funktionsprüfung der Niere vor, den Ureterkatheter auf der Höhe der Diurese einzuführen, die durch 1½ Stunden vorher gereichte Diuretika und Getränkzufuhr bewirkt worden ist, und dann intramuskulär soviele Gramm Harnstoff in physiologischer Kochsalzlösung (mit Novokainzusatz von 0,125%) zu injizieren, als der Kranke Kilogramm wiegt. Da die Harnstoffausscheidung nach 30 Minuten ihren Höhepunkt erreicht, wird der Harn nach 23 Minuten fünf Minuten lang gesammelt und auf den Harnstoffgehalt geprüft.

In der Diskussion verteidigt v. Korányi die von Mezö bemängelte Blutkryoskopie, die allerdings nur bei exakter Technik gute Resultate ergibt. v. Illyés erklärt die experimentelle Polyurie als zu langwierig und sammelt den Harn im Durstzustand unter Einführung von Indigkarmin und bestimmt den Gefrierpunkt des Harns, dagegen den des Blutes nur, wenn die Trennung beider Nierenharne nicht möglich ist. Torday spricht sich für die Phenolsulphophthaleinprobe aus. Weisz erklärt die Diluierungsprobe von Mezö bei Schwerkranken nicht für durchführbar, weil hier die Harnstoffinjektion schädigend einwirken kann; weder die Blutkryoskopie, noch die beiderseitige Freilegung der Nieren gibt sichere Anhaltspunkte für die Zulässigkeit der Nephrektomie.

Doll und Siebeck (34) stellen fest, dass Nierenkranke mit verschiedener Zufuhr von Wasser und N im Gleichgewicht sein können trotz schwerer Ausscheidungsstörung.

Hefter und Siebeck (51) fanden, dass die Bestimmung des Konzentrationsverhältnisses für Stickstoff und Chlor einen Aufschluss über die Funktion der Niere gibt. Je hochgradiger die Konzentrierung für Stickstoff ist, desto schwerer ist im allgemeinen die Funktion der Niere herabgesetzt. Auch die Chlorkonzentration kann bei Nierenerkrankungen gestört sein.

Griessmann (48) weist nach, dass Störungen in der Chlor- und Stickstoffausscheidung sich miteinander kombinieren können, dass aber in manchen Fällen die Funktionsstörung vorwiegend nur das Chlor oder nur den Stickstoff betrifft; die geringsten Störungen zeigt der Wasserstoffwechsel.

Pirondini (87) erklärt nach eingehenden Untersuchungen die experimentelle Polyurie für keine sichere Probe auf die Gesamtnierenfunktion, dagegen wird die experimentelle Azoturie als eine sehr empfindliche, rasch auszuführende und auch für die getrennte Funktionsprüfung beider Nieren zu verwendende Methode erklärt.

Renner (94) erklärt die Leitfähigkeit des Harns für ebenso leistungsfähig wie die Gefrierpunktsbestimmung; sie ist einfach und schnell auszuführen und erfordert nur kleine Harnmengen.

Ultzmann (111) kommt nach Beobachtungen an chirurgischen Nierenerkrankungen zu dem Schlusse, dass durch Blutdruckmessung nicht entschieden werden kann, ob eine einseitige oder doppelseitige Nierenerkrankung vorliegt. Nur exzessiv hohe Werte können als Ausdruck einer beiderseitigen Nierenaffektion angesehen werden. Erhöhter Blutdruck kann sowohl der Ausdruck einer Komplikation sein als für doppelseitige Nierenerkrankung mit vaskulärer Störung oder für einen grösseren Nierentumor sprechen. Ein Blutdruck von unter 100 mm Hg spricht mit Wahrscheinlichkeit für Nierentuberkulose, ein erhöhter Blutdruck bei Nierentuberkulose weist auf Komplikationen hin.

Pirondini (86) bespricht in kritischer Weise den Wert der Methoden der Funktionsprüfung bei Unmöglichkeit des Ureterkatheterismus, nämlich des Ureterkatheterismus nach Eröffnung der Blase, der Exklusion einer Niere, entweder geschlossen oder unter Eröffnung des Ureters, und der direkten Exploration der Niere nach Freilegung. Unter Abwägung der jeder dieser Methoden anhaftenden Nachteile und ihrer Vorteile gibt er im allgemeinen dem Ureterkatheterismus nach Eröffnung der Blase den Vorzug, jedoch räumt er ein, dass diese Methode nicht immer durchführbar ist. In diesem Falle wird der lumbalen Freilegung der vermutlich gesunden Niere und ihrer direkten Untersuchung der Vorzug gegeben. Endlich kann die beiderseitige Freilegung der Niere in Betracht kommen.

Liokumowitsch (73) hebt hervor, dass bei der Phloridzinprobe nicht nur auf die Zeit des Auftretens von Zucker, sondern auf den Prozentgehalt der einzelnen Harnproben zu achten ist, ebenso muss bei der Indigkarminprobe nicht auf den Zeitpunkt der Farbstoffausscheidung, sondern auf die Intensität der Blaufärbung Gewicht gelegt werden. Die Kryoskopie des Harns hat keine grössere Bedeutung als die Bestimmung des spezifischen Gewichts. Die quantitative Bestimmung des Harnstoffs und der Chloride ist nur von Wert, wenn zugleich die im Körper zurückgelassene Menge dieser Substanzen bestimmt wird. Die Bestimmung des diastatischen Fermentes ist unzuverlässig.

Neubauer (82) empfiehlt an Stelle der Ausscheidung körperfremder Stoffe die Ausscheidung von Kreatinin (mittelst des Autenrieth-Königsbergerschen Colorimeters) zu prüfen. Bei ausgesprochenen doppelseitigen Nierenerkrankungen ist die Kreatininausscheidung schwer gestört.

Ambard (4) erklärt die Konstante der Harnstoffsekretion für wertvoll bei hohem Harnstoffgehalt des Blutes, aber sie erlaubt auch wichtige Nierenveränderungen nachzuweisen, die bei geringem Harnstoffgehalt des Blutes schon bestehen. Die Fehlerquelle, die in der Oligurie liegt, kann durch Benützung des Morgenharns zur Untersuchung vermieden werden.

Bauer und Habetin (10) kontrollierten die von Schlayer und Monakow angegebenen Funktionsprüfungsmethoden der Nieren und die Ambardsche Konstante und fanden, dass alle diese Methoden bei internen Nierenerkrankungen klinisch wertvolle Resultate liefern. Sie schlagen für praktische Zwecke vor, erst die Prüfung der Wasser-, Jod- und Milchzuckerausscheidung (Schlayer), dann die Bestimmung der Ambardschen Chlor- und Harnstoffzahl und die Ermittelung des Reststickstoffs nach Strauss vorzunehmen.

Cholzow (27) fand bei Untersuchungen an 60 Nierenkranken, dass die Resultate mit dem Ambardschen Koeffizienten denjenigen entsprechen, die durch andere Proben gewonnen wurden, jedoch geben erstere eine genauere Vorstellung von der Funktionsfähigkeit der Niere. Die Methode kann jedoch nicht zur Bestimmung der Funktionsfähigkeit jeder Niere im einzelnen dienen und ist daher begrenzt auf die Feststellung der gemeinsamen Funktion beider Nieren, auf Fälle von Fehlen oder Funktionslosigkeit einer Niere oder auf diejenigen Fälle, in welchen der Harn jeder Niere tatsächlich vollkommen gesammelt werden kann, wenn die zuerst freigelegte Niere unfähig ist, die ganze Harnsekretion des Körpers zu verrichten, also wenn die Niere noch nicht verschlossen, sondern schwer erkrankt ist.

Legueu (67, 68) erklärt die Ambardsche Konstante als hervorragend wertvolles Mittel für die Beurteilung der Nierenfunktion in jenen Fällen, wo der Ureterkatheterismus nicht ausführbar ist. Die Methode macht sowohl den Ureterenkatheterismus nach Eröffnung der Blase, als auch die probatorische Freilegung beider Nieren überflüssig.

Marion (77) berichtet über einen Fall, in welchem die Ambardsche Konstante eine doppelseitige Nierentuberkulose annehmen liess, obwohl die Erkrankung einseitig war und die andere Niere gut funktionierte. Er empfiehlt bei schwer erkrankter Blase den Ureterkatheterismus nach Sectio alta.

Peugnier (84) erklärt die Ambardsche Konstante für eines der wertvollsten Mittel für die Beurteilung der Nierenfunktion und für Prognose, Operationsindikationen und -Kontraindikationen.

Bret und Boulud (16) stellten nach Leichenbefunden fest, dass ein sehr niedriger Stickstoffkoeffizient (zwischen 60 und 75) auf tiefgreifende und ausgebreitete doppelseitige Nierenerkrankungen schliessen lässt (z. B. massive Nierentuberkulose etc.); ein Koeffizient zwischen 75—80 spricht für partielle chronisch-entzündliche Veränderungen.

Bromberg (17) erklärt auf Grund von 20 mitgeteilten Fällen die Bestimmung des hämorenalen Index (Bestimmung von ClNa in Blut und Harn) als einfache und zuverlässige Methode der Funktionsprüfung, die den Ureterkatheterismus, in manchen Fällen auch die Kystoskopie entbehrlich macht. Vor allem ist die Ein- oder Doppelseitigkeit der Erkrankung zu erkennen und die Indikation oder Kontraindikation für oder gegen operative Eingriffe zu stellen.

Bachrach und Loewy (6) bezeichnen das Phenolphthalein als wertvolles Mittel zur Prüfung der Gesamtfunktion der Niere und bei chirurgischen Nierenkrankheiten dem Indigkarmin gleichstehend, jedoch insoferne von höherem Wert, als es die quantitative Bestimmung ermöglicht.

Barringer (8) spricht sich für den Wert der Phenolsulphophthaleinprobe für die Beurteilung der Nierenfunktion aus. Die ausgeschiedene Farbstoffmenge ist proportional der Zerstörung des Nierengewebes, nicht aber der funktionellen Kapazität der Niere.

In der Diskussion hebt R. Green die Abhängigkeit der ausgeschiedenen Farbstoffmenge von der Menge der vorher aufgenommenen Flüssigkeit hervor und hält die Phloridzinprobe für überlegen der Phthaleinprobe. Cabot will der Phthaleinprobe nicht die Möglichkeit eines Schlusses auf die Grösse der Harnausscheidung zusprechen und hält auch die Phloridzinprobe für wertlos. Morton zieht die Indigkarminprobe als wesentlich leichter auszuführen der Phthaleinprobe vor. Caule spricht sich für die letztere aus. Young schreibt der Phthaleinprobe den grösseren Wert zu, ebenso Chatwood, E. Martin und E. Keyes. Barney erklärt bei alkalischem Harn die Indigkarminprobe für wertlos.

Block (12) fand vermittelst der Phenolsulphophthaleinprobe, dass die Äthernarkose, auch wenn sie länger dauert, auf die Ausscheidungsfähigkeit einer gesunden Niere ohne Einfluss ist; Spuren von Eiweiss im Harn sind keine Gegenanzeige gegen eine Äthernarkose, dagegen sind grössere Mengen von Eiweiss und Zylindern bedenklich. In einem Drittel der Fälle ist nach einer Operation die Harnabsonderung vermehrt.

Caulk und Davis (26) erklären die Phenolsulphonphthaleinprobe als sehr verlässig für die Beurteilung der Nierenfunktion bei chirurgischen Nierenkrankheiten und fanden die Ergebnisse der Probe durch die der Operations- oder Sektionsautopsie bestätigt. Bei Hypernephromen konnte keine Funktionsbeschränkung der erkrankten Niere nachgewiesen werden.

Comrie (29) fand, dass bei gesunden Nieren nach Injektion von Phenolsulphonphthalein in der ersten Stunde 55, in der zweiten 18 und in der dritten 4% der Farbstoffmenge zur Ausscheidung kommen. Besonders bei parenchymatöser Erkrankung war die Ausscheidung in der ersten Stunde herabgesetzt.

Deutsch und Schmuckler (32) weisen nach, dass mittelst Phenolsulphophthalein besonders eine Erkrankung der Tubuli erkannt werden kann und damit auch wegen des Zusammenhangs der Tubuli mit den Gefässen eine Alteration der Gefässe. Je mehr Nierengewebe zugrunde gegangen ist, desto weniger Farbstoff wird sezerniert.

Dietsch (33) weist an 50 Fällen die Brauchbarkeit der funktionellen Nierenuntersuchung mittelst Phenolsulphophthalein nach.

Frenkel und Uhlmann (39) erklären, dass die Phenolsulphophthaleinprobe in den meisten Fällen ein einigermassen brauchbares Bild von dem augenblicklichen Funktionszustand des Ausscheidungsapparates liefert, nicht aber von dem anatomischen Befund.

Geraghty (43, 44) hebt den Wert der Funktionsproben für die Nierenchirurgie besonders in zwei Gruppen von Erkrankungen hervor, nämlich bei sekundären Nierenaffek-

tionen infolge von Ureterverlagerung und bei einseitigen und doppelseitigen Nierenerkrankungen in Verbindung mit dem Ureterkatheterismus. In allen diesen Fällen ist besonders der Phenolsulphophthaleinprobe ein hoher Wert beizumessen. Von den übrigen Ausscheidungsproben wird die Laktose-, Diastase- und Harnstoffprobe als weniger zuverlässig bezeichnet, ebenso von den Retentionsproben die Blutkryoskopie, die der Bestimmung des Harnstoffs im Blute nachsteht. Bei der Funktionsprüfung soll festgestellt werden zunächst die totale oder kombinierte Nierenfunktion ohne Ureterkatheterismus, ferner die totale relative Nierenfunktion und endlich, wenn möglich, die absolute Funktionsgrösse jeder einzelnen Niere. Von grossem Wert ist die Funktionsprüfung für die Unterscheidung von Pyelitis und Pyelonephritis. Die Funktionsprüfung muss mit der genauen klinischen Untersuchung kombiniert werden.

In der Diskussion beurteilt Keyes die Funktionsprüfungsmethoden skeptisch, namentlich ist aus ihnen nicht zu entnehmen, wie die Funktion der Niere nach der Operation sich gestalten wird. Foster glaubt, dass die Funktionsprüfung eine Prüfung des Stoffwechsels sein müsse und dass der Wert der Prüfungsmethoden ein begrenzter ist.

Goldberg (46) kommt nach Beobachtungen an 42 normalen und 8 pathologischen Fällen zu dem Ergebnis, dass unter normalen Verhältnissen die Gefrierpunkte des beiderseitigen Nierenharns zwar innerhalb geringer Grenzen schwanken können, dass sie aber niemals die Differenz von 0,4 überschreiten; eine mehr als 0,4 betragende Gefrierpunktserniedrigung bestätigt demnach die Diagnose einer Nierenkrankheit. Wenn klinische Anzeichen einer einseitigen Nierenerkrankung vorhanden sind und die Kryoskopie keinen Aufschluss hierüber gibt, kann die experimentelle Polyurie Albarrans über eine leichte Erkrankung einer Niere und über die Wahrscheinlichkeit, dass die weniger erkrankte Niere nach Entfernung der schwerer erkrankten Niere deren Arbeit übernehmen kann, Aufschluss geben. Die Phenolsulphophthaleinprobe ergibt keine konstanten Ausscheidungszahlen und Ausscheidungsfristen und ist nicht verwendbar für die absolute Nierenfunktion, aber bei doppelseitigem Ureterkatheterismus tritt die Farbstoffausscheidung entweder gleichzeitig oder höchstens mit zwei Minuten Unterschied ein. Die Probe hat vielleicht eine Zukunft, wenn sie auch vorläufig ein vollständiges Urteil über die Nierenfunktion im Verlaufe von zwei Stunden noch nicht erlaubt.

Hess (52) weist nach, dass bei gesunden Nieren die typische Ausscheidungskurve des intramuskulär injizierten Phenolsulphophthaleins in der Weise verläuft, dass nach Ausscheidung deutlich messbarer Mengen in der ersten Viertelstunde die Kurve bis zur zweiten, seltener bis zur dritten Viertelstunde steil ansteigt, um von da ab erst steil, dann langsam wieder abzufallen. In der ersten Stunde müssen 40, in der ersten und zweiten Stunde zusammen mindestens 50% der Farbstoffmenge ausgeschieden sein. Die Gesamtausscheidung muss am Ende der dritten Stunde, höchstens der vierten praktisch beendigt sein. Die Probe übertrifft alle anderen Funktionsprüfungen an Einfachheit und ist zur getrennten Bestimmung der Funktion beider Nieren mittelst Ureterkatheterismus vorzüglich geeignet, indem sie erweist, wie weit das Parenchym der kranken Niere geschädigt ist und ob die andere Niere normal oder schon gesteigert funktioniert.

Hess (53) empfiehlt ferner die Eintragung der Befunde in Tabellen, auf denen die normale Phthaleinausscheidungskurve eingetragen ist.

Hessel (54) fand, dass bei gesunden Nieren nach intravenöser Phenolsulphonphthaleininjektion der Farbstoff nach 3—5, bei erkrankten aber erst nach 5—11 Minuten im Harn erscheint und dass bei letzteren die ausgeschiedene Menge geringer und die Dauer der Ausscheidung verlängert ist. Die Ausscheidung ist unabhängig von dem Vorhandensein von Eiweiss und Formbestandteilen. Eine gute Ausscheidungsmenge ist aber nicht immer für gesunde Nieren beweisend, auch nicht umgekehrt. Wenn bei mehrmaliger Untersuchung der Gesamtwert der ausgeschiedenen Menge schnell ansteigt, so spricht dies für eine günstige Prognose. Die Methode erlaubt im allgemeinen eine gute Orientierung über die Nierenfunktion.

Liokumowitsch (74) beurteilt die Phenolsulphonphthaleinprobe als sehr wertvoll, wenn er auch nicht der Ansicht sein kann, dass sie allein alle anderen Methoden entbehrlich macht.

Lohnstein (75) vermochte einwandfreie Resultate für die Beurteilung der Nierenfunktion bei kranken Nieren durch die Phenolsulphonphthaleinprobe nicht zu gewinnen. Die Prognose ist auf Grund dieser Methode unsicher und er empfiehlt daher, diese Methode nur neben den anderen Proben anzuwenden, da sie nur eine Ergänzung, aber keine Verbesserung derselben darstellt.

Mark (78) erklärt die Phenolsulphophthaleinprobe für die beste und verlässigste aller Funktionsprüfungsmethoden.

Raimoldi (90) zieht die Phenolsulphophthaleinprobe der Indigkarmin-, Methylenblau- und Phloridzinprobe vor. Nach seinen Untersuchungen erscheint nach intramuskulärer oder subkutaner Injektion der Farbstoff bei gesunden Nieren nach 10, bei krankhaft veränderten nach 15—20 Minuten; in der ersten Stunde entleeren sich bei gesunden Nieren 47—68, in zwei Stunden 74—85% des Farbstoffs. Wenn in der ersten Stunde weniger als 45 und in den ersten zwei weniger als 70% ausgeschieden werden, so ist die Funktion der Niere herabgesetzt.

Rowntree (95) erklärt die Anwendung einer einzelnen Funktionsprüfungsmethode in den meisten Fällen nicht für ausreichend, jedoch ist, wenn nur eine Probe angestellt wird, die Phenolsulphophthaleinprobe allen anderen vorzuziehen.

Stevens (105) verlangt die gleichzeitige Anwendung der Phenolsulphonephthalein-, der Phloridzin- und der Harnstoffprobe. Das übereinstimmende Ergebnis aller drei Proben lässt mit Sicherheit einen Schluss auf die Funktion der Nieren zu, während eine einzige Probe zu irrigen Schlüssen leiten kann. Am meisten Fehlerquellen werden der Phenolsulphonphthaleinprobe zugeschrieben. In normalen Fällen geben grösstenteils alle drei Proben für beide Nieren gleiche Werte, in pathologischen Fällen ergeben sie meistens übereinstimmende Werte für die erkrankte Niere gegenüber der gesunden.

Thayer und Snowden (108, 109) erklären die Phenolsulphophthaleinprobe für ein sehr wertvolles Mittel zur Beurteilung der Nierenfunktion. Die Untersuchungen beziehen sich grösstenteils auf nephritische Veränderungen.

Van der Veer (112) spricht sich für die Phthaleinprobe aus, ebenso (Diskussion) Pilcher.

Ware (114) bestreitet den Wert der Phenolsulphophthaleinprobe für die Beurteilung der Nierenfunktion; sie ist eigentlich eine azidimetrische Probe, aber es besteht kein Parallelismus zwischen dem Grade der Azidität und der Funktionstüchtigkeit der Niere.

Wrobel (118) erklärt die Phenolsulphophthaleinprobe für entbehrlich und für ungeeignet, weil das längere Liegenlassen des Ureterkatheters Gefahr bringen kann.

Frankland (38) beobachtete Übergang des Phenolsulphophthalein 5—10 Minuten nach intramuskulärer Injektion in den Harn; bis zum Ende der zweiten Stunde werden 80% des Farbstoffs exzerniert; die restlichen 20% werden meist in der dritten Stunde ausgeschieden. Es wird das Auffangen in vier Gläsern und die Beobachtung des Farbstoffgehalts in jeder dieser Proben vorgeschlagen.

Hydrick (56) konnte übrigens nach Phenolphthaleineinverleibung Albuminurie nachweisen, und zwar schwankte die Eiweissmenge zwischen Spuren und 0,25‰ nach Esbach.

3. Operationen, Indikationen, Technik.

1. Ball, C. A., Nephrectomy. Practitioner. Bd. 91. Nr. 6.
2. *Bazy, L., La néphrectomie sous-péritonéale par incision antérieure transversale. Presse méd. Nr. 19.
3. *Bier, A., Die Anästhesie in der Urologie. Internat. Ges. f. Urol. III. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 586.
4. *Boljarski, N., Der Einfluss einiger allgemeiner Anästhesierungsmittel auf die Arbeitsfähigkeit der Nieren. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1419.
5. Bremermann, L. W., The treatment of surgical diseases of the kidney. Chicago Med. Soc. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 157. (Allgemeine Besprechung der Indikationen zur operativen und nichtoperativen Behandlung der Nierenkrankheiten.)
6. *Casper, L., Nierenoperation bei doppelseitigen Nierenerkrankungen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 546 und Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 103.
7. Chevassu, M., Nierenoperationen unter Lokalanästhesie mit Novokain. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 194.
8. Drucker, V., Die subkutan anwendbaren Abführmittel in der Urologie. Orvosi Hetilap. 1913. Nr. 49. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 192. (Empfehlung des Peristaltins.)
9. *Fedoroff, S., Über Darmblutungen nach Nierenoperationen. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1419.

10. *Goodman, E. H., Die Wirkung der Kapselspaltung der Niere auf den Blutdruck. New York. Med. Journ. Bd. 100. Nr. 14.
11. *Guerry, L., Accidental injury to the vena cava during nephrectomy. Southern. Surg. Assoc. 26. Jahresvers. Atlanta. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 326.
12. *Herescu, P., Über Nephrektomie. Rumän. Med.-chir. Kongr. April. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1430. (Statistik über 131 Nephrektomien mit 18 Todesfällen, darunter 62 Nierentuberkulosen, 40 Fälle von Pyelonephritis calculosa und 11 Karzinome.)
13. v. Illyés, G., Erfahrungen über Nierenchirurgie. Folia urologica. Bd. 8. Heft 4. (Bericht über 349 Nierenoperationen, darunter bei 75 Steinkranken, 141 Tuberkulosen, 20 Hydro- und 25 Pyonephrosen, 24 Nierengeschwülsten, ferner Fälle von angeborenen Anomalien — Fehlen der Nieren, Verdoppelung des Nierenbeckens und des Harnleiters, Dystopie, Hufeisennieren, Fülle, Pyelonephritis und Nierenabszess, Nierenblutungen, Nephralgien, endlich operativ behandelte chronische Nephritis und Perinephritis.)
14. *Johannsen, Th., Weitere Erfahrungen mit der Pantopon-Skopolaminnarkose und Pantopon überhaupt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 724.
15. Kappis, M., Über periphere Schmerzstillung bei Nierenoperationen. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. Heft 2. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 468.)
16. Kupferberg, Doppelseitige Nierenenthülsung bei Späteklampsie. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 10. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 906. (Fünf Tage nach der Geburt rasche Heilung.)
17. *Lay, E., Sullo scapsulamento del rene. Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 2.
17a. *Legueu, F., Die Nephrektomie bei Erkrankung beider Nieren. Internat. Ges. f. Urol. III. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 587.
18. *Lemoine, G., L'anésthésie régionale et locale en urologie. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 569.
19. *Lorin, H., Der Ureter nach der Nephrektomie. Arch. urol. de la Clin. Necker. Bd. 1. Heft 2.
20. *Lynch, D., Decapsulation of the kidney; its value in Brights disease, particularly in resistant cases. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1127.
21. *Mayo, W. J., Accidental injuries to the descending portion of the duodenum during removal of the right kidney. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 343.
22. *Mollà, R., Sur la néphrectomie sous-capsulaire. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 263.
23. *Murard, J., De la valeur du traitement chirurgical dans le mal de Bright. Lyon méd. p. 30.
24. Newman, D., und J. A. G. Brunton, Renal disease. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 827. (Drei Pyonephrosen, mittelst Nephrotomie behandelt, ein Aneurysma der Nierenarterie mit profuser Hämaturie, Nephrektomie; ein Hypernephrom mit Hämaturien; ein Karzinom mit Hämaturien; ein Nierenbeckenvarix, die letzteren Fälle alle nephrektomiert.)
25. *Pakowsky, M., La néphrostomie, moyen de dérivation permanente on temporaire des urines totales. Thèse de Paris. 1913.
26. *Petit, J., Plaies opératoires de la veine cave inférieure. Thèse de Paris. 1912.
27. *Poggiolini, A., Ricerche sopra alcune alterazioni prossime, anatomiche e funzionali dei reni, consécutive a scapsulamento, nefroptosi e nefrofissazione sperimentali unilaterali. R. Acc. dei Fisiocrit. di Siena. Sitzg. vom 23. Dez. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 677 und Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 8 ff.
28. Potter, C., A new perineal board for use in perineal prostatectomy and genito-urinary and rectal surgery. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1476. (Operationstisch.)
29. *Pousson, A., Operative Behandlung der Nephritis. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 194.
30. Schenk, H. J., Some phases of kidney surgery. Lancet-Clin. Cincinnati. Bd. 111. Nr. 5.
31. *Suter, F., Zur Frage der Ureterversorgung und Wundheilung nach der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose. Zeitschr. f. urol. Chirurgie. Bd. 2. p. 264.
32. Tisserand, G., Nierendekapsulation bei Quecksilbernephritis; vier Fälle. Lyon chir. Bd. 11. Nr. 6.
33. *Tschaika, A., Über Blutungen nach einer Nephrotomie und ihre Behandlung. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1420.

34. *Völcker, F., Temporäre Aussenlagerung der Niere bei Nachblutung nach Nephrotomie. Mittelrhein. Chirurgenvereinig. Sitzg. vom 28. Febr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1032.

Bier (3) empfiehlt bei urologischen Operationen ausser der Leitungsanästhesie Obersts besonders die parasakrale Leitungsanästhesie Brauns. In der Diskussion treten Michon und Pasteau für die Allgemeinnarkose ein, deren Zulässigkeit aber von dem Zustande von Leber und Nieren abhängt. Cabot empfiehlt bei Operationen oberhalb des Nabels die Rückenmarksanästhesie, bei Nieren-Harnleiteroperationen die Stickstoffoxydul-Sauerstoffnarkose in Verbindung mit Criles Anozi-Association, ausser bei Zirkulationsstörungen, bei solchen die Äthernarkose, Wildbolz die parasakrale Methode, Alessandri die lumbale Anästhesie, Fedoroff die intravenöse Hedonalnarkose, Rovsing die Äthernekrose nach vorausgegangener Morphiuminjektion, Kümmell desgleichen, eventuell die intravenöse Äthernarkose, Suter und Rothschild Novokain, Lohnstein Alypin, Colmers parasakrale Anästhesie mit Pantopon.

Lemoine (18) bezeichnet die Sellheim-Kappissche Methode der Injektion in dorsale und lumbale Nerven als gefahrloses und vollkommen sicheres Anästhesierungsverfahren bei urologischen Operationen, für Operationen am Becken die Danissche Methode, dagegen wird die epidurale Methode nach Cathelin-Laewen als zu gefahrvoll bezeichnet.

Johannsen (14) fand das Pantopon in Tablettenform (0,01) sehr wirksam gegen die bei Pyelitis mit Eiterfüllung des Nierenbeckens auftretenden Rückenschmerzen; es ist nach längerem Gebrauch unschädlich für Mutter und Kind.

Boljarski (4) stellt fest, dass die Arbeitsfähigkeit der Niere durch Chloroform stets herabgesetzt wird; Äther und Hedonal wirken nicht herabsetzend, aber doch gelegentlich reizend, weil zuweilen Eiweissspuren im Harn auftreten. Dagegen übt die Tropokokain-Lumbalanästhesie keinerlei Wirkung auf die Niere aus.

Herescu (12) empfiehlt zur Stielversorgung bei Nephrektomie den Stiel mittelst Klemme abzuschnüren und zwischen Klemme und Aorta eine Catgutschlinge durchzuführen, aber noch nicht zusammenzuziehen, darauf die Nierengefässe abzubinden und abzuschneiden und dann erst die dahinter liegende Catgutschlinge festziehen zu lassen. Das Verfahren verhütet unmittelbare und spätere Blutungen.

Lorin (19) fand bei klinischen Beobachtungen und Tierversuchen, dass nach Nephrektomie der erkrankte Ureter zu Obliteration und Schwund der Schleimhaut in drei Jahren neigt. Tuberkulose des Ureters heilt in der Regel aus. Ein Harnrückfluss wird durch die bis zur Verödung andauernden Kontraktionen gehemmt. Die totale Ureterektomie ist nur bei weiterer ungünstiger Gestaltung des Krankheitsprozesses angezeigt.

Suter (31) quetscht bei der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose den Ureter mit einer breiten starken Zange, unterbindet ihn dann doppelt mit Seide und durchtrennt ihn mit dem Paquelin. Für 2—3 Tage wird mit Gummirohr drainiert. In einer Serie von 66 so behandelten Fällen wurde im Laufe der Fälle ein immer besser werdendes Ergebnis erzielt.

Fedoroff (9) führt Darmblutungen nach Nierenoperationen (unter 206 Fällen 5, darunter eine tödlich) auf vom Operationsgebiet ausgehende Thrombosen der Dünndarmvenen zurück. Zur Behandlung wird Styptizin, Ergotin, Koagulose und Koagulen empfohlen und nach Darmblutung 2—3 Tage lang täglich dreimal 1 g Kalziumazetat oder grosse Dosen Koagulen, damit die Blutungen nicht rezidivieren. Gelatine blieb stets wirkungslos.

Guerry (11) teilt drei Fälle von Verletzung der Vena cava bei Nephrektomie mit; in zweien wurde die Blutung durch Abklemmung, in einem durch Gazetamponade gestillt.

In der Diskussion führt Hunner solche Verletzung auf den blinden Gebrauch von Klemmen zurück, bevor die Niere entfernt ist. Fälle von Anreissung und Verletzung der Vena cava werden ferner von Royster, Dickinson, Finney und Reder mitgeteilt. In den meisten Fällen gelang es, die Blutung zu stillen.

Mayo (21) hat drei Fälle beobachtet, in welchen bei Unterbindung des Nierenstieles infolge entzündlicher Schwellung oder Karzinomentwicklung und dadurch bewirkte Fixation die Duodenalwand mitgefasst wurde. Es entstehen Duodenalfisteln, die sehr schwer zu behandeln sind (am besten transperitoneale Operation, Lösung des Duodenum, Überpflanzung von Bauchfell und Netz in die Fistelnaht, Jejunostomie zur provisorischen Ernährung) und häufig tödlich enden.

Petit (26) stellt 50 Fälle von operativer Verletzung — meist bei Nephrektomie — der unteren Hohlvene zusammen. Die Verletzung erfolgt meist unter, seltener über der Einmündung der Nierenvene. Da der Druck in die Vene sehr schwach ist, kann sofortige Dauer-

kompression die Blutung aufhalten. Die Methode der Wahl ist die seitliche Ligatur, die in 90% Heilung ergibt (gegen eine Gesamtheilungsziffer von 66%).

Bazy (2) schlägt zur Ausführung der abdominalen subperitonealen Nephrektomie einen Querschnitt von der Spitze der 11. Rippe bis zur Mitte zwischen Schwertfortsatz und Nabel vor. Im lateralen Schnitte bis zum Musculus rectus, der selbst nicht durchschnitten wird, werden die Muskeln bis zum Peritoneum durchtrennt. Nach Ablösung des Peritoneums wird vor allem der Hilus leicht zugänglich und die Operation kann unter Kontrolle des Auges ausgeführt werden, so dass sich diese Inzision besonders für die Exstirpation von Nierentumoren, von vereiterten und tuberkulösen Nieren und für die Pyelotomie eignet, ganz besonders aber für die sekundäre Nephrektomie, weil hierbei die Narbenmassen umgangen werden.

Mollà (22) führte in drei Fällen (zweimal bei Tuberkulose und einmal bei Endotheliom) wegen der Grösse der Niere und der vielen festen perirenalen Verwachsungen die subkapsuläre Nephrektomie aus, die aber nur als Notoperation für zulässig erklärt wird; öfters wird sie bei sekundärer Nephrektomie notwendig.

Legueu (97a) befürwortet bei doppelseitiger Nierenerkrankung an derselben Krankheit die Entfernung der stärker erkrankten Niere dann, wenn die Funktion der anderen Niere (zu ermitteln durch Harnleiterkatheterismus, Röntgenaufnahme und Ambardsche Konstante) noch verhältnismässig gut ist; bei Tuberkulose hat die Entfernung der stärker erkrankten Niere einen günstigen Einfluss auf die zurückgelassene Niere. Andersartige Erkrankung der zweiten Niere, besonders die verschiedenen Nephritisformen sind keine Kontraindikationen gegen die Operation, jedoch ist Vorsicht geboten, wenn die Funktionsprüfungsmethoden nicht zu einem bündigen Schluss führen. Bezüglich der Beurteilung des funktionellen Wertes der anderen Niere müssen alle funktionellen Methoden herangezogen werden.

Casper (6) hebt bei der Frage der Zulässigkeit der Nephrektomie bei Erkrankung beider Nieren hervor, dass es nicht auf Krankheit oder Gesundheit, sondern nur auf die ausreichende Funktion des Schwesterorgans ankommt. In der Frage, ob im Einzelfalle die Funktionsprüfungsmethoden stichhaltig sind, muss die Erfahrung mitsprechen, ebenso in der Frage, ob die zurückbleibende Niere genügende Reservekraft besitzt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der durch Nephrotomie herbeigeführte Eingriff dieselbe Bedeutung haben kann, wie die Exstirpation, weil die Nephrotomie ebenfalls eine Funktionslosigkeit der anderen Niere auslösen kann. Bei 322 einseitigen Erkrankungen und 190 Nephrektomien mit 19 Todesfällen (an Herzschwäche, Schock, Sepsis, Darmblutung, Darmparese) war niemals zu beobachten, dass die zurückbleibende, anatomisch gesunde Niere nach der Operation ihre Tätigkeit einstellte, weil eine kranke Niere auf die andere gesunde einen hemmenden funktionellen Einfluss nicht auszuüben imstande ist. Bei Nephritis der zweiten Niere bessert sich nach der Entfernung der primär schwer erkrankten Niere die Funktion; die Entscheidung hierüber gibt die Funktionsprüfung: starke Verspätung der Indigkarminausscheidung, zu geringe Intensität der Färbung (nicht bis ins Blau), kein deutlicher Unterschied des Harngefrierpunkts bei der Verdünnungsprobe, starke Verzögerung des Eintritts der Phloridzinzuckerausscheidung. Von acht derartigen operierten Fällen (sechs Tuberkulosen, je einer Pyonephrose und einer Pyonephrosis calculosa) starb einer. Dagegen starben von neun doppelseitig erkrankten Nierenfällen acht, in denen allen nach der Funktionsprüfung vor der Operation die zweite Niere als leistungsunfähig erkannt worden war, und zwar sechs an typischem Nierentod. Auch im neunten Falle bestand eine chronische Urämie fort, die zu Hydrops und Tod führte. Eine Insuffizienz der Niere, d. h. eine Gefahr der postoperativen Urämie, ist dann anzunehmen, wenn die Zuckerausscheidung nach Phloridzin ganz ausbleibt, das Indigkarmin nur bis zum Grünwerden des Harns ausgeschieden wird und die mangelnde Reaktion auf Flüssigkeitszufuhr eine ausgesprochene ist. Besonderes Gewicht legt Casper auf den Ausfall der Phloridzinprobe, deren negatives Resultat eine schwere Veränderung der Niere anzeigt und eine Nierenexstirpation sehr gefährlich erscheinen lässt, wobei natürlich andere Faktoren, die die Zuckerausscheidung aufheben, wie das Bestehen eines Abflusshindernisses, starke Harnverdünnung, grösserer Eiweissgehalt, der Einfluss der Nahrungsaufnahme (die Probe darf nicht bei nüchternem Zustande vorgenommen werden) und das Vorhandensein einer Schrumpfniere zu berücksichtigen sind.

In der Diskussion empfiehlt Voelcker bei allen Nephrektomien die Untersuchung der zurückbleibenden Niere auf ihre Reservekraft durch die Indigkarminprobe, den Verdünnungsversuch und den Durstversuch, d. h. ob Wasserentziehung eine entsprechende Konzentration des Harns bewirkt. Brongersma betont, dass die klinische Untersuchung von Herz und Gefässsystem ebenso viel Wert hat wie die funktionelle Untersuchung.

Richter erwartet von der Injektion von Hypophysisextrakt (Erweitung der Nierengefässe) einen weiteren Fortschritt für die Beurteilung der Reservekraft. Rovsing betont, dass nur positive Resultate bei der Nierenfunktion beweisend sind und erklärt die Harnstoffprobe für die natürlichste Probe; ausserdem empfiehlt er die beiderseitige explorative Freilegung. Kümmell hebt den Wert der Blutkryoskopie besonders bei Unmöglichkeit des Ureterkatheterismus hervor. Die explorative Inzision wird weiter von Ekehorn, Hock und Freudenberg empfohlen, die Ambardsche Konstante von Chevassu und Bartrina, während Götzl auf die Unregelmässigkeiten der Farbstoffausscheidung hinweist. Nicolich hatte gute Erfolge mit der Nephrektomie auch ohne Funktionsprüfung, Hogge empfiehlt wiederholte Funktionsprüfung und längere Beobachtung, Lohnstein exakteste Anwendung der Funktionsprüfungsmethoden, auch Wildbolz erklärt die Funktionsprüfung für ausreichend. Michon warnt vor der Operation bei doppelseitiger Nierentuberkulose von gleicher Intensität, lässt aber die Operation der schwerer erkrankten Niere zu. Heitz-Boyer operiert bei doppelseitiger Tuberkulose, dagegen lässt er bei doppelseitiger Steinerkrankung nur die Nephrotomie zu. J. Israel bekämpft die Auffassung, dass bei doppelseitiger Tuberkulose die Exstirpation der schwerer erkrankten Niere die andere Niere günstig beeinflusse. Bachrach lässt die Nephrektomie bei beiderseitiger Tuberkulose nur bei hohem Fieber und Blutungen zu.

Völcker (33) betont die Schwierigkeit der isolierten Catgutligatur aller spritzenden Arterien bei der Nephrotomie, welche die sicherste Methode der Blutstillung ist, während die Gazetamponade der Nierenwunde und besonders die Anlegung von Massenumstechungen ungenügend sind. Bei einer Nachblutung muss lokale Blutstillung vorgenommen werden, indem die Niere wieder aufgeklappt wird und die blutenden Gefässe unterbunden werden müssen. Angesichts der Schwierigkeit dieser Massnahme konnte Völcker in einem Falle durch das erheblich einfachere Verfahren einer temporären Aussenverlagerung der Niere die Blutung beseitigen. Nach vier Tagen wurde die Niere, allerdings mit Schwierigkeit, wieder reponiert.

Tschaika (34) betont, dass bei Nephrotomie keine der angegebenen Schnittrichtungen gegen Nachblutungen sichert, und empfiehlt die Tamponade mit Stücken der Fettkapsel (Tierversuche). Dabei fallen auch die durchgreifenden Parenchymnähte weg, so dass auch Infarktbildung verhütet wird. Das ins Nierenbecken eingebrachte Fett bedeckt sich mit Epithel und schrumpft narbig, vom Ende des zweiten Monats an unter Knochenbildung.

In der Diskussion stimmen Scharetzki, Cholzow und Oppel diesem Vorschlage bei.

Pakowsky (25) führt als Indikationen der Nephrostomie zur dauernden oder vorübergehenden direkten Ableitung des Harns an: bösartige Geschwülste der Blase, schwere tuberkulöse Cystitis, kongenitale Bildungsfehler der Blase, Harnleiterkompression durch Uteruskarzinom, traumatische Verletzungen der Blase und Harnleiter, endlich gewisse Fälle von Nierensteinen. Der Schnitt wird möglichst klein, jedoch so, dass das Nierenbecken und der Harnleiterabgang deutlich zu Gesicht gebracht werden, über die Konvexität 5 mm dorsalwärts an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel angelegt. Die Nieren vertragen lange Zeit hindurch die direkte Ableitung des Harns um so besser, je gesunder vorher das Organ war. Die Operationsmortalität der doppelseitigen Nephrostomie wird auf 4,5% berechnet. Bei durchgängigem Ureter schliesst sich die Nierenfistel in ein paar Tagen nach Weglassen der Drainage.

Murard (23) sieht weder in der Enthülsung noch in der Netzeinhüllung der Niere, noch in der Nephrotomie ein Mittel, die Zirkulationsverhältnisse der Niere zu bessern oder gar eine Neubildung von Epithelien herbeizuführen. Bei Nephritis gibt ein chirurgischer Eingriff nicht nur eine sehr hohe Mortalität, sondern auch im besten Falle eine so geringfügige Besserung, wie sie auch durch interne Behandlung erreicht werden kann. Ebensowenig ist die Operation bei Komplikationen — Hydrops, Urämie — aussichtsvoll. Nur bei Oligurie auf Grund einer akuten Nierenkongestion, und zwar bei „trüber" Oligurie (Eiweiss, Blutkörperchen, Zylinder etc.) kann ein chirurgischer Eingriff von Nutzen sein, und zwar soll dann die Enthülsung nur einseitig an der besser tastbaren oder stärker druckempfindlichen Niere vorgenommen werden; die Nephrotomie ist stets nur einseitig auszuführen.

Pousson (29) erzielte bei Nephritis nach Trauma der Lendengegend durch beiderseitige Dekapsulation erhebliche Besserung.

Lay (17) stellte durch Tierversuche fest, dass Entkapselung der Niere deren Funktion und Permeabilität nicht verändert, auch wenn grössere Ansprüche an die Ausscheidung gemacht werden.

Lynch (20) fand die Dekapsulation bei chronischer Nephritis, besonders bei frischen Rückfällen sehr wirksam, und in einem Falle, in dem bereits Koma eingetreten war, wurde

bis jetzt für ein Jahr Heilung erzielt. Die Fettkapsel soll vollständig entfernt werden, dagegen lässt Lynch von der fibrösen Kapsel zu beiden Seiten des Nierenbeckens einen schmalen Streifen stehen, der an den Muskeln fixiert wird.

Poggiolini (27) fand bei Kaninchen nach partieller Nierendekapsulation, die bei der Nephropexie häufig geübt wird, am ersten Tage Oligurie, in den ersten 2—3 Tagen Albuminurie, worauf der Harn normal wurde; bei gleichzeitiger künstlicher Nephroptose bestanden Oligurie, Polyurie, Anurie und Albuminurie und Gehalt an granulierten Zylindern und Nierenepithelien bis zu 70—75 Tagen nach der Operation. Bei der Sektion der Tiere mit experimenteller Nephroptose fand sich der Ureter im Bogen gekrümmt, jedoch war niemals Retention im Nierenbecken vorhanden. Nach experimenteller Dekapsulation war die Niere schon nach 12 Stunden an der Lendenmuskulatur adhärent und nach 10 Tagen fanden sich bindegewebige Verlötungen.

Goodman (10) weist an einem durch Kapselspaltung operierten Falle den ausgesprochen druckherabsetzenden Einfluss der Operation nach.

4. Bildungsanomalien.

1. *Adrian, C., Die praktische Bedeutung der Missbildungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. Halle a. S., C. Marhold.
2. — Bericht über die Tätigkeit der an der Strassburger chirurgischen Universitäts-Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke während des achten Jahres ihres Bestehens in der Zeit vom 1. Juli 1912 bis 31. Mai 1913. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 3 u. 4. (Bespricht die Erblichkeit der Missbildungen des Harnapparates, besonders der polyzystischen Degeneration der Nieren und der Stoffwechselanomalien — Zystinurie, Steinbildung etc. —, der Enuresis und der renalen Hämophilie.)
3. *Bäumler, Ch., Über Kombination der Entwicklungshemmung des uropoetischen Systems und solcher des weiblichen Genitale. Inaug.-Diss. München 1913.
4. Bertlich, H., Schwangerschaft und Geburtsstörungen bei Missbildung des Uterus, speziell bei Uterus bicornis. Wiener klin. Rundschau. Bd. 28. p. 303. (Unter 65 Fällen zwei Fälle von Fehlen der linken Niere und des linken Ureters.)
5. Borszéky, K., Subdermale Ruptur einer Hufeisenniere. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 17. Jan. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 128. (Laparotomie wegen schwerer abdomineller Blutung nach Überfahren; ausgedehntes subseröses Hämatom an Kolon und Mesocolon descendens, massenhafte Blutgerinnsel unter dem Mesokolon, starke arterielle Blutung im Nierenhilus, Abklemmung des Nierenstiels, Resektion des Verbindungsstückes und Naht. Exstirpation der linken Niere, die am unteren Pol durch eine bis zum Nierenbecken reichende Ruptur durchsetzt ist. Fötale Lappung der Niere.)
6. *Bouchey, E. Lévy und Magnan, Schwangerschaft und Geburt nach Nephrektomie wegen Missbildung. Rev. prat. d'obst. et de péd. Jan.
7. *Brongersma, H., Ein Fall von Trennung einer Hufeisenniere. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 470.
8. *Carlier, V. und M. Gérard, Anatomie chirurgicale et chirurgie du rein en fer à cheval. Revue de chir. Jahrg. 32. Nr. 7 ff.
9. Escat, Fehlen der linken Niere. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195. (Ein Fall.)
10. *Fränkel, A., Die Hufeisenniere im Röntgenbilde. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 102.
11. *Günsburg, M., Zur Frage der Durchtrennung einer Hufeisenniere. XIII. russ. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1419.
12. *Jepremoff, P. D., Über Pathogenie, äussere Konfiguration und klinische Bedeutung der Hufeisenniere. Charkowsky med. Shurn. Bd. 16. p. 335. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 338.
13. Kieley, C. E., Case of unilateral renal aplasia. Lancet-Clin. Cincinnati. Bd. 111. Nr. 18.
14. Kossakowski, Über das Verhalten der Nebennieren in den Fällen angeborenen Mangels einer Niere. Gaz. Lek. 1913. Nr. 31/32.
15. Lousteau und Gascougnolles, Rein unique en fer à cheval. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 10. Nov. 1913. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 99.

(Sektionsbefund bei einer 80jährigen Frau; in der linken Niere eine Zyste mit Steinbildung, linkes Nierenbecken etwas erweitert und einen Stein enthaltend.)
16. *Motzfeldt, K., Medfodte misdannelser av nyrer og urinveier. Norsk Mag. f. Laegevidensk. Bd. 75. Nr. 7.
17. *— Angeborene Missbildungen der Nieren und Harnwege. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 3.
18. *Neckarsulmer, K., Über Beinieren. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1641.
19. Oehler, F., Ein Beitrag zur Kasuistik des kongenitalen Nierendefektes und der kongenitalen Nierendystopie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 1. (Drei Fälle: 1. Linksseitiger Nierendefekt mit Anomalien der inneren Genitalien, rechts Tuberkulose der Nieren, des Ureters und der Blase; 2. Links rudimentäre Niere, rechts Stein. 3. Rechtsseitige Beckendoppelniere mit Hydronephrose bei normaler linker Niere; Exstirpation, Heilung.)
20. Oraison, Symphyse rénale unilatérale. Arch. gén. de chir. 1913. Heft 4. p. 455. (Nephrektomie bei Tuberkulose, Tod durch Anurie; infolge der beträchtlichen Verwachsungen war die Verbindung beider Nieren auf einer Seite nicht erkannt worden.)
21. Pietkiewicz, Die angeborenen Anomalien des uropoetischen Systems bei Frauen. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. p. 343.
22. *Rosenthal, S., Über die kombinierten Nieren-Uterusmissbildungen. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913.
23. *Rumpel, Operation bei Hufeisenniere. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. Mai. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 522.
24. *Schönberg, S., Rechtsseitige Nieren- und Ureterenverdoppelung mit Hypoplasie und Adenom der überzähligen Niere. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 14. p. 267.
25. *Suter, F., Überzählige Nieren. Fol. urol. 1913. August.
26. — Familiäres Vorkommen einer dritten überzähligen Niere. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 28. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1147. (Bei zwei Geschwistern; in einem Falle war eine der zwei linksseitigen Nieren hydronephrotisch, im anderen die obere Hälfte der rechtsseitigen Doppelniere tuberkulös. Exstirpation der hydronephrotischen Niere und der tuberkulösen Doppelniere.)
27. Yount, C. E., Absence of right kidney. Arizona Med. Journ. Phoenix. Nr. 3.
28. *Zondek, Zur Diagnose der Hufeisenniere. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 102.

Motzfeldt (16, 17) fand unter 4500 Sektionen 79 Fälle von Missbildungen an den Harnorganen, darunter neunmal Hufeisenniere, 23mal Ureterenverdoppelung, 21mal Hydronephrose, 10mal Aplasie und 11mal Hypoplasie der Niere.

Adrian (1) betont die praktische Bedeutung des Nachweises von Missbildungen am Geschlechtsapparat, da aus diesen auf das Vorhandensein von Missbildungen der Niere, Nierenbecken und Ureteren geschlossen werden kann.

Bäumler (3) beschreibt vollständiges Fehlen der linken Niere und des Ureters bei linksseitigem Ovarialtumor.

Rosenthal (22) beschreibt einen Fall von Hydronephrose bei angeborener Dystopie der rechten Niere, bei dem ein Ovarialtumor mit Gravidität im dritten Monat fälschlich angenommen worden war. Das Nierenbecken wurde inzidiert und genäht. Exitus an Pneumonie und Peritonitis. Zugleich fehlte die linke Niere und es bestand ein Uterus unicornis dexter mit Dystopie des linken Ovarium und der linken Tube. Es wird auf die Gleichzeitigkeit der auf rein mechanische Momente zurückzuführenden Nieren- und Uterusmissbildung hingewiesen, die auf beiden Seiten gleich häufig vorkommt; der linksseitige Nierendefekt wird meist mit schwereren Formen von Uterusmissbildungen angetroffen als der rechtsseitige.

Bouchey, Lévy und Magnan (6) beschreiben einen Fall von partieller Hydronephrose bei Nierenverdoppelung und Erweiterung nur eines Nierenbeckens (auf der anderen Seite war keine Niere vorhanden). Eine darauffolgende Schwangerschaft und Geburt verlief ohne Störung.

Schönberg (24) beschreibt einen Fall von rechtsseitiger Verdoppelung der Niere und Ureterverdoppelung (zufälliger Sektionsbefund). Die untere, stark verkleinerte Niere lag in der Höhe der Beckenschaufel und zeigte einige Zysten, die obere mittelst Bindegewebsbrücke mit der unteren Niere verbundene war hyperplastisch, der eine Teil enthielt nur Nierenbecken und Kanälchen ohne Glomeruli, der andere war ein reines Adenom. Der Ureter der oberen Niere mündet 4 cm tiefer in die Blase als der der unteren.

Suter (25) konnte in einem Falle eine überzählige Niere vor der Operation nachweisen, ihr Ureter mündet näher der Mittellinie und zwischen der normalen Uretermündung und des Orificium int. urethrae in die Blase. 17 Fälle aus der Literatur und zwei Eigenbeobachtungen.

Neckarsulmer (18) versteht unter „Beiniere" eine überzählige isolierte Niere bei normal geformten beiden anderen Nieren, wenn die überzählige Niere nur in rudimentärer Form ausgebildet ist, und beschreibt eine derartige Beiniere bei einem an Masern und Pneumonie gestorbenen, neun Monate alten Mädchen.

Carlier und Gérard (8) bezeichnen als eigentliche Hufeisennieren nur gegenseitige Verschmelzung an den oberen oder unteren Polen und unterscheiden symmetrische und asymmetrische Formen, je nach der gleichen oder ungleichen Entwicklung beider Hälften. Für unkomplizierte Hufeisennieren wird als charakteristisches Symptom der beim Stehen und bei Anstrengungen, besonders bei schwerem Heben mit Überstreckung des Körpers auftretende, in Rückenlage verschwindende Schmerz beschrieben, der durch Zerrung der freien Nierenpole an dem befestigten Isthmus entsteht und durch Isthmusdurchtrennung (Rovsing) beseitigt wird. Als häufigste Erkrankung der Hufeisenniere wird in der Jugend die Hydronephrose, in vorgerückteren Jahren die Steinbildung erwähnt. Für die Diagnose der ersteren ist die Röntgenaufnahme der Harnleiter wichtig; bei Steinbildung liegen die Schatten auffallend nahe der Wirbelsäule. Die Diagnose der Hufeisenniere ist am besten durch die Palpation zu stellen. Bei operativen Eingriffen ist wegen der anormalen Gefässversorgung und des regelwidrigen Harnleiterabgangs die Stielversorgung mit grösster Vorsicht vorzunehmen.

Fränkel (10) macht zur Diagnose der Hufeisenniere im Röntgenbilde darauf aufmerksam, dass die Achsen beider Nierenhälften zur Wirbelsäule parallel stehen und den Psoasrand kreuzen, während die normal gelagerten Nieren mit der Wirbelsäule einen nach unten geöffneten spitzen Winkel bilden und dem Psoasrande parallel stehen.

Zondek (28) hebt hervor, dass die Hufeisenniere die tiefe Lage der fötalen Niere hat; sie ist medianwärts und nach vorne verlagert, hat das Becken an der vorderen Wand und der Ureter ist meist verkürzt — durch Palpation und durch Röntgenaufnahme mittelst schattengebenden Katheters oder Pyelographie nachweisbar. Die Längsachsen der Nieren bilden ferner in ihrer Verlängerung einen nach unten (statt nach oben) spitzen Winkel mit der Wirbelsäule oder verlaufen ihr parallel.

In der Diskussion spricht Rosenthal über doppelseitige Steinbildung in einer Hufeisenniere.

Jepremoff (12) hebt für die Hufeisenniere besonders die regelmässige Versorgung mit mehrfachen akzessorischen Arterien und die ventrale Lage des Nierenbeckens hervor. Gleichzeitige Anomalien der Genitalorgane wurden nicht beobachtet. Als Symptome werden hervorgehoben: Magen- und Darmbeschwerden, Schmerzgefühle und Brechneigung, Gefühl der Zusammenschnürung des Leibes, Schmerzanfälle nach schwerem Heben und nach rascher Füllung des Magens, Schmerzen bei Überstreckung des Rumpfes, Palpationsbefunde.

Günsburg (11) hebt hervor, dass eine gesunde Hufeisenniere schon solche Symptome verursachen kann, dass ihre Diagnose möglich ist; die Beschwerden können so beträchtlich sein, dass eine Operation notwendig wird. Bei der Durchtrennung des Isthmus sind die akzessorischen Gefässe zu schonen und sie muss nicht an der dünnsten, sondern an der gefässärmsten Stelle vorgenommen werden. Der Isthmus ist zwischen zwei Klemmen zu durchschneiden und die Wundränder mit Catgut zu übernähen und mit Bauchfell oder Fett zu decken, um Harnaustritt zu verhüten. Die Bauchhöhle kann ohne Drainage geschlossen werden.

Rumpel (23) beschreibt eine linksseitige hydronephrotische Steinniere, die bei der Exstirpation sich als linke Hälfte einer Hufeisenniere erwies. Abtragung und Vernähung des Isthmus, Heilung. Als Symptome der Hufeisenniere werden mediane und tiefere Lage der Niere, besonders aber der durch Pyelographie zu liefernde Nachweis der medialen Lagerung des Nierenbeckens vor dem dritten oder vierten Lendenwirbelkörper hervorgehoben.

In der Diskussion betont Zondek die Verlagerung der Niere nach unten und medialwärts als Symptom der kongenitalen Heterotopie der Niere; werden beide Nieren als kongenital heterotopisch nachgewiesen, so ist mit Wahrscheinlichkeit eine Hufeisenniere anzunehmen, ebenso wenn beide Nieren von oben und aussen nach innen und unten (statt umgekehrt) oder die Längsachsen der Wirbelsäule parallel gelegen sind.

Brongersma (7) konnte in einem Falle von Hufeisenniere mit doppelseitiger Pyelitis und heftigen Schmerz- und Kolikanfällen mittelst Pyelographie die Lage der Verbindungsbrücke auf der linken Seite der Wirbelsäule feststellen und auf Grund dieser Feststellung die Trennung der Brücke nach Rovsing ohne Schwierigkeit ausführen.

5. Sekretionsstörungen, Blutungen.

1. *Allen, L. W., A case of bilaterale hematuria cured by injection of whole blood. Amer. Journ. of Surg. 1913. p. 465.
2. *Baggerd, Zur Kenntnis der Massenblutungen ins Nierenlager. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 91. Heft 3.
3. *Barling, G., Two cases of severe unilateral hematuria without evident cause. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 4.
4. *Bazy, P., Des anuries de cause indéterminée. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 1.
5. Bériel, L., und A. Devic, Les sequestres des reins. Lyon méd. 1913. Nr. 23. (Gummata- oder tuberkelähnliche, von sklerosiertem Gewebe umgebene Nierensequester, die sehr lange bestehen können.)
6. *Bondy, Akute Funktionsstörung im uropoetischen System während der Schwangerschaft. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 17. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 947.
7. Braasch, W. F., Renal hematuria. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 48. (Siehe Jahresbericht Bd. 27. p. 478.)
8. *Burton, J. A. G., Renal varix. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 654.
9. *— Aneurysma of the renal artery. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 954.
10. *Cabot, H., Anuria, its etiologic and surgical phases. Mississippi Valley Med. Assoc. 40. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1878.
11. v. *Cappellen, D., Über essentielle Hämaturie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II. p. 1054.
12. *Carlier, V., und H. Leroy, Les hématuries au cours de l'appendicite. Province méd. Nr. 10.
13. *Castro, Über Erythrocyturia minima im Säuglings- und Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 4.
14. *Datyner, H., Renale Hämaturien. Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. Heft 2.
15. Davis, A. B., Chylurie während Schwangerschaft und Wochenbett. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 27. Jahresvers. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 178.
16. Delmas, Un cas d'anurie post-opératoire; insuccès du traitement médical. Néphrotomie. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 3. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 433.
17. Evans, A., Suppressio urinae nach Blinddarmoperation. R. Soc. of Med. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Lancet. 1913. Bd. 2. p. 1822. (Hämaturie, dann Anurie, die durch doppelseitige Nephrotomie beseitigt wurde.)
18. Fischer, B., Isolierte Thrombose der linken Arteria venalis. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 15. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1820. (Totale Infarzierung der Niere; Arteriosklerose; 80jährige Frau.)
19. Fromme, Anurie von 20 Tagen. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. vom 22. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 812. (Nach Exstirpation der linken Niere wegen Ruptur. Tod nach 20tägiger Anurie wegen tuberkulöser Verkäsung der rechten Niere; weder Kopfschmerzen noch Sehstörungen, erst am 20. Tage Krampfanfälle. Blutgefrierpunkt — 0,71° [Lichtwitz].)
20. Geipel, Fall von totaler Anurie. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 18. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 517. (Fall von vollkommener 4½tägiger usque ad exitum dauernder Anurie infolge ausgedehnter Rindennekrose beider Nieren. Eine Nierenenthülsung wurde wegen des Fehlens von Ödemen und des auffälligen Wohlbefindens unterlassen.)
21. *Ghiron, M., Die Nierenfunktion bei der durch Reflex hervorgerufenen Anurie. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 158.
22. *Guisy, B., Un cas d'anurie avec élimination supplémentaire de l'urée chez une femme hystérique. Revue des Sciences méd. hellènes. Bd. 1. p. 12. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 73.

23. Harpster, C. M., Case of renal hematuria, with three anomalous renal arteries. Ohio State Med. Journ. Columbus. Bd. 10. Nr. 5.
24. *Hirschstein, Funktionelle Nierenstörungen. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 12. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1830.
25. Kemble, A., Essential hematuria. Washington Med. Annals. Bd. 13. Nr. 2.
26. Lehnert, F., Durch chronische Nierenlagerblutungen erzeugte Sklerose des Nierenlagers. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 15. Heft 2. (Sektionsbefund; schwartige Verdickung des Nierenfettlagers, das mit zahlreichen kapillären Blutungen durchsetzt war. Die Blutungen werden auf Trauma zurückgeführt, sowie auf Zerrung der Niere durch die verlagerten Eingeweide — es bestanden mehrere Bauchbrüche —, so dass Kapillaren zerrissen wurden; Begünstigung der Blutungen durch Arteriosklerose.)
27. *Leroy, W., Rapports entre la circulation veineuse de l'appendice et la circulation du rein droit. Province méd. Nr. 11.
28. *Livermore, G. R., Surgical treatment of anuria. Southern. Med. Journ. Nashville. Bd. 7. Nr. 4.
29. Marie und Laroche, Hämaturie bei Pancreatitis haemorrhagica. Arch. de méd. expérim. Bd. 25. Heft 6. (Die Nierenblutung wird als Folge der aus dem nekrotischen Pankreas resorbierten Gifte gedeutet.)
30. *Martin, L'hématurie dans l'appendicite. Thèse de Bordeaux. 1913/14.
31. Moore, H., Essentielle Hämaturie; Fall von Heilung durch Adrenalininjektion mittelst Ureterkatheters. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. p. 407. (Inhalt aus Titel ersichtlich.)
32. Newman, D., Six cases of lumbar nephrectomy and one case of resection for renal varix. Glasgow Med. Journ. Bd. 82. Nr. 3.
33. *Niedermeyer, O., Über reflektorische Anurie. Inaug.-Diss. München 1912.
34. *Nové-Josserand, G., und H. Fayol, Contribution à l'étude de l'hématurie au cours des diverses formes d'appendicite. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 121.
35. Portner, E., Anurie. Med. Klinik. Bd. 10. p. 645. (Allgemeine Richtpunkte in bezug auf Behandlung.)
36. — Nephralgie (Nephralgia haematurica, Nierenneuralgie, Nephritis dolorosa). Med. Klinik Bd. 10. p. 247. (Kurze Richtpunkte in bezug auf Diagnose und Behandlung.)
37. Radlinski, Z., Hämaturie bei Appendizitis. Przegl. lek. Nr. 38. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 564. (Die Nierenblutung wird als Wirkung eines aus dem Darm stammenden toxisch-infektiösen Agens erklärt.)
38. *Rössle, Chronische Apoplexien des Nierenlagers. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 263.
39. — Varix des Nierenhilus. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 264. (Nach Sturz und Blutung ins Nierenbecken.)
40. Schiff, L. F., Hematuria, its pathologic and diagnostic import. New York State Journ. of Med. Bd. 14. Nr. 4.
41. *Schwarz, O., Über die sogenannte nervöse Pollakiurie bei Frauen. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 598.
42. Sherill, J. G., Bedeutung und Behandlung der Hämaturie. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 27. Jahresvers. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 178. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 478.)
43. *Spitzer, W. M., Continuous painless renal hemorrhage and its treatment. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 2110.
44. Stolz, Über das perirenale Hämatom. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 25. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1563. (Zwei Fälle von unklarer Ätiologie, in einem Falle Entstehung nach brüsker Körperbewegung; beide wurden operiert, ein Exitus.)
45. Taylor, J. H., Essential hematuria. South Carolina Med. Assoc. Journ. Seneca. Bd. 9. Nr. 12.
46. *Thiem, Massenblutung ins Nierenlager. Monatsschr. f. Unfallheilk. und Invalidenwesen. 1913. Nr. 12.
47. Timberlake, G., Renal hematurias as influenced by ureteral catheterization. Southern Med. Journ. Mobile. Bd. 7. Nr. 10.
48. *Treub, H., Zwangerschaps haematurie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. II. Nr. 11.
49. Tschistowitsch, N. J., Nephritis haemorrhagica periodica. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 40. p. 1266 und Wratsch 1913 Nr. 39. (Ein Fall, mit Fiebersteigerung

und Lumbalschmerzen einsetzende Anfälle von Hämaturie, vielleicht — Erfolg der Jod- und Quecksilberbehandlung — auf Syphilis beruhend.)

50. Vallentin, Über Massenblutungen ins Nierenlager. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 25. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1312. (Fall von tödlicher Blutung aus den Nebennieren in das Nierenlager.)

Schwarz (41) beschreibt drei Fälle von nervöser Pollakiurie bei Frauen. Die Affektion verschwindet zur Zeit gesteigerter Ovarialtätigkeit (Menstruation) von selbst und wird durch gesteigerten Sympathikustonus bewirkt. In manchen Fällen kann sie durch künstliche Zufuhr von Ovarialsubstanz beseitigt werden.

Hirschstein (24) hebt das Vorkommen funktioneller Nierenstörungen bei verschiedenen Neurosen und an anderen Organ- oder Allgemeinkrankheiten hervor, die durch tägliche Feststellung der Wasser-, Chlor-, Phosphor-, Stickstoff-, Schwefel-, Ammoniak-, Harnsäure- etc. Ausscheidung nachzuweisen sind. Der Nachweis solcher Hemmungszustände ist zur Verhütung späterer Nierenerkrankung und zur Erkennung und Behandlung der verschiedenen rein funktionellen Erkrankungsformen wichtig.

Bazy (4) beschreibt zwei Fälle von Anurie, in welchen trotz verdächtiger Schatten kein Stein in Niere oder Ureter vorhanden war. In einem Falle wird Erweiterung und Knickung des Ureters mit Harnstauung nach früher vorhanden gewesenen wirklichen Nierensteinkoliken als Ursache der Anurie beschuldigt.

Bondy (6) beschreibt einen Fall von reflektorischer, zwei Tage dauernder Anurie in der Schwangerschaft (5.—6. Monat) mit beginnenden urämischen Erscheinungen, die nach Entleerung des Uterus verschwanden.

Niedermeyer (33) beschreibt einen Fall von wochenlanger reflektorischer Störung der Nierenfunktion ohne organische Erkrankung des Nierengewebes. Heilung durch Dekapsulation, nachdem der Ureterkatheterismus erfolglos versucht worden war.

Ghiron (21) beobachtete bei Unterbindung eines Ureters an Ratten nach eingetretener reflektorischer Anurie eine ungenügende Funktion der Glomeruli, während die absorbierende Funktion der Kanälchenepithelien erhalten blieb.

Guisy (22) beobachtete bei einer 29jährigen Hysteroepileptischen nach psychischem Schock 17tägige Anurie unter Auftreten starker wässeriger Ausscheidung aus Nase und Konjunktiva und Scheide und profusen Schweissen. Das Nasensekret enthielt 2,5‰ Harnstoff und 0,4‰ ClNa. Nach 17 Tagen Wiederauftreten der Harnsekretion unter Nachlass der übrigen Ausscheidungen.

Cabot (10) tritt bei Anurie stets für operative Behandlung ein, wenn das Nierengewebe zerstört oder wenn der Ureter verlegt ist, sei es von aussen oder im Lumen; bei einseitiger Verlegung und Anurie durch Reflex oder aus anderen Ursachen ist auf der Seite der Obstruktion zu operieren.

Livermore (28) schlägt bei Anurie vor, die Nieren nach Freilegung von der Kapsel zu befreien und dann in der Mitte des konvexen Randes einen etwa 1½ cm langen Einschnitt durch die Rinde bis ins Nierenbecken zu machen und von hier einen Ichthyolglyzeringazetampon ins Nierenbecken einzuführen, der täglich erneuert wird, bis Diurese auftritt.

Spitzer (43) führt die schmerzlosen einseitigen Nierenblutungen auf passive Kongestion zurück, und nicht auf nephritische Vorgänge, jedoch entstehen bei längerer Dauer solcher Blutungen Veränderungen, die der chronischen interstitiellen Nephritis entsprechen. Ursache der passiven Hyperämie kann Drehung der Niere um einen kurzen Stiel werden. Die Operation ist nur indiziert bei starker bedrohlicher Anämie; die Nephrotomie ist zu verwerfen, dagegen werden Nephropexie und Enthülsung empfohlen.

In der Diskussion will Kretschmer den Ausdruck „essentielle Hämaturie" auf die ohne sichtbare Veränderungen auftretenden Blutungen beschränken; bei einseitigen Blutungen muss die Möglichkeit, dass dennoch doppelseitige Veränderungen vorhanden sind, berücksichtigt werden. In manchen Fällen genügt zur Blutstillung der Ureterkatheterismus. Epinephrin ist ein wirksames Mittel, darf aber angesichts der wahrscheinlich vorhandenen organischen Veränderungen nicht zu lange fortgesetzt werden. Braasch und Cabot betonen die Möglichkeit chronisch nephritischer Veränderungen als Blutungsursache, Cabot erwähnt Varikositäten des Nierenbeckens. Squires erwähnt einen Fall, in welchem sich als Blutungsursache, nachdem die Blutung für essentiell gehalten worden war, ein Hypernephrom erwies.

Barling (3) empfiehlt für die Blutstillung bei Nephrotomie wegen einseitiger Nierenblutung die temporäre Abklemmung des Nierenstiels mit mit Kautschuk überzogener

Klemme, dann die Vernähung der Niereninzision mit Matratzennähten, hierauf Abnahme der Klammer, Reposition der Niere und mehrere Minuten lange digitale Kompression der Niere.

v. Cappellen (11) fand unter zwei Fällen von einseitigen Nierenblutungen beginnende chronische interstitielle Nephritis, im zweiten eine in zwei Schwangerschaften ausgebildete Ureterabknickung mit Hydronephrose und sekundärer Infektion.

Datyner (14) glaubt, dass viele Hämaturien wirklich essentielle sind, wenn auch bei vielen Fällen nephritische Veränderungen nachzuweisen sind. Zwei Fälle von hämaturischer Nephritis und einer von Koliknephritis werden mitgeteilt. Die Nephrotomie ist zur Zeit die am meisten empfohlene Behandlung.

Lohnstein (c. 5. 3) empfiehlt bei Nierenblutungen und Hämatombildung als erste Hilfe Horizontallagerung, leichten Kompressionsverband auf die Nierengegend und Eisblase, innerlich ein Styptikum, ausserdem möglichst rasche Verbringung in eine chirurgische Anstalt.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) fand bei Freilegung und Spaltung der Niere wegen einseitiger arteriosklerotischer Nierenblutungen keine abnormen Befunde, jedoch ergab die Sektion (Tod an Herzinsuffizienz nach der Operation) ausgedehnte interstitielle Veränderungen beiderseits.

Allen (1) machte bei doppelseitiger nicht stillbarer Nierenblutung (dabei rechts Hydronephrose) und starker Anämie eine subkutane Injektion von 20 ccm Blut der gesunden Schwester der Kranken und beobachtete innerhalb 20 Stunden dauerndes Aufhören der Blutung.

Burton (8) fand bei Freilegung der Niere wegen heftiger Hämaturien einen grossen Varix des Nierenbeckens nahe dem unteren Pol, der unter Keilresektion aus der Niere exstirpiert wurde.

Burton (9) beschreibt ferner ein Aneurysma der Nierenarterie, das das Nierenbecken stark komprimierte und mit dessen Schleimhaut innig adhärent war. Hämaturien; Nephrektomie.

Treub (48) führt die Schwangerschaftshämaturie teils auf Autointoxikation, teils auf passive oder aktive Hyperämie, aber nur bei kranken oder wenigstens minderwertigen Nieren zurück. 19 Fälle.

Castro (13) beschreibt bei Säuglingen eine oft wochenlang dauernde Ausscheidung spärlicher roter Blutkörperchen im Harn, die er zum Teil auf toxische Schädigung der Nieren zurückführt, manchmal auch vor und nach Pyelitis beobachtet hat.

Nové-Josserand und Fayol (34) beobachteten drei Fälle von Hämaturie bei Appendizitis, und zwar trat sie bei akuten Fällen ganz plötzlich ohne vorhergehende Erscheinungen im unmittelbaren Anschluss an das Nachlassen der allgemeinen Appendixsymptome auf. Die Hämaturie ist intermittierend, von kurzer Dauer und wechselnder Stärke und tritt fast stets mit Nierenkoliken auf. Temperatursteigerung und Verschlechterung des Allgemeinzustandes sind nicht vorhanden und die Hämaturie bleibt nach ihrem Aufhören ohne Folgen von seiten des Harnapparates. Als Ursache wird — abgesehen von gleichzeitiger Lithiasis, Tuberkulose oder Nephritis — eine reflektorische Nierenkongestion angenommen. Der Wurmfortsatz wird dabei häufig nach hinten gelagert gefunden. Nach der Appendektomie verschwindet die Hämaturie.

Carlier und Leroy (12) sehen für die Hämaturie bei Appendizitis die Ursache in einer vorübergehenden Nephritis, die entweder durch die Ausscheidung von Bakterien und Toxinen veranlasst und dann doppelseitig ist, oder die auf Embolien beruht und dann rechtsseitig ist, wo direkte venöse Verbindungen zwischen Appendix und Niere Embolien begünstigen. In Fällen von Hämaturie soll stets an Appendizitis gedacht werden, weil diese Komplikation häufiger ist als im allgemeinen angenommen wird.

Solche direkte venöse Kommunikationen bestehen nach Leroy (27) besonders bei kurzem Mesenteriolum, und zwar kommunizieren die nach hinten und aussen vom Blinddarm gelegenen Venen direkt mit den Venen der rechten Lendengegend und indirekt auf dem Umweg durch die Vena cava mit der rechten Niere, und die rechte Vena spermatica steht in Verbindung mit den retroperitonealen Venengeflechten des Beckens und mit dem Venengeflecht des Nierenbeckens. Bei frei beweglichem Blinddarm besteht eine indirekte Verbindung mit der rechten Niere, und zwar bestehen Verbindungen zwischen den retroperitonealen Venengeflechten des Hypochondrium und des Beckens mit den Venen des Nierenlagers und der Niere selbst. Die beiden Gruppen der direkten und indirekten Verbindungen können untereinander die verschiedensten Kommunikationen besitzen.

Martin (30) beobachtete Hämaturien renalen, vesikalen und urethralen Ursprungs, und zwar sowohl im Verlaufe des Appendizitis-Anfalls oder ausserhalb eines solchen und

am Tage nach der Operation. Die Prognose wird für ernst erklärt, einerseits durch die Anämie, andererseits durch Elimination von Schutzstoffen gegen die Infektion.

Baggerd (2) tritt bei Massenblutungen ins Nierenlager für die operative Behandlung ein, da alle konservativ behandelten Fälle starben. Ein Fall, bei dem früher hydronephrotische Symptome vorhanden waren, wurde wegen bedrohlicher Erscheinungen seitens des perirenalen Hämatoms nephrektomiert.

Thiem (46) führt Blutungen ins Nierenlager auf eine schon vorher bestehende Nierenerkrankung (chronische Nephritis) zurück, ohne welche das vorausgegangene, oft geringfügige Trauma ohne Wirkung geblieben wäre. Die Blutung tritt unter Übelkeit, Erbrechen und heftigen Schmerz ein und führt bald oder in einigen Wochen zu einer geschwulstartigen Anschwellung.

Rössle (38) deutete in einem Falle von Apoplexien im Nierenlager die Blutaustritte als per diapedesin erfolgt.

6. Verlagerung der Niere.

1. *Ach, A., Über die operative Behandlung der Wanderniere. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 2.
2. André, Rein ectopique; néphrectomie. Soc. de Méd. de Nancy. Revue de Chir. Bd. 49. p. 879. (Angeborene Verlagerung der Niere vor dem Promontorium. Exstirpation wegen Pyonephrose.)
3. Anglesio, B., Ematuria da rene mobile. Riforma medica. Bd. 30. Nr. 34.
4. *Bicks, Ph., On the so-called movable kidney disease. Practitioner. Bd. 91. p. 854.
5. *Billington, W., The results of nephropexy. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 856.
6. *Bissell, D., Surgical replacement of the prolapsed kidney. Med. Soc. of the County of New York. Sitzg. vom 28. April. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 1056.
7. *Bolognesi, G., Le syndrome du rein mobile. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 21.
8. *Cathelin, Behandlung der Nephroptose. Paris méd. 1913. 16. August.
9. Dufour und Thiers, Rein ectopique pelvien. Bull. et Mém. d. l. Soc. anat. de Paris. 1913. Juni. (Rechtsseitige Beckenniere mit einziger aus der Bifurkation der Aorta entspringender Arterie; Sektionsbefund bei einer 68jährigen Frau.)
10. *Ferroni, Schwangerschaftstoxämie und Ren pelvicus congenitus mit Stieldrehung. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marken. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 696.
11. *Fourcard, M., Pyelographie et rein mobile. Thèse de Nancy. 1913.
12. Gasbarrini, A., Nuovo contributo allo studio dell' albuminuria ortostatica. Clin. med. Ital. Nr. 3. (Grosser Bauchbruch mit Enteroptose und orthostatische Albuminurie, die durch Bandagenbehandlung beseitigt wurde.)
13. Gayet, G., Nephropexie bei beweglicher Niere. Lyon méd. Bd. 46. Nr. 29.
14. *Golubinin, Enteroptose, deren Pathogenese, Symptomatologie und Therapie. Med. Obosr. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 337.
15. Grinstead, W. F., Splenopexy and right-sided nephropexy simultaneously. Missouri State Med. Assoc. Journ. St. Louis. Bd. 11. Nr. 2.
16. Hicks, P., So-called movable kidney disease. Practitioner. Bd. 91. Nr. 6.

16a. Jackson, E. S., Movable kidney. Australas. Med. Journ. Bd. 34. Nr. 20.

17. Kelly, H. A., und R. M. Lewis, Diagnosis of particular form of hydronephrosis due to movable kidney. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 5.
18. *Kirchberg, F., Mechanotherapie bei Nierenerkrankungen. Therap. Monatsh. 1913. Heft 10.
19. *Korencan, Operative Verlagerung der kongenitalen dystopen Niere. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 978.
20. Labey, G., und J. Paris, Rein ectopique congénital pris pour une tumeur du mésentère. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 769. (21jährige Frau; die Dystopie wurde erst bei der Operation erkannt und die Niere wurde reponiert und in ihrer Nische fixiert.)
21. *Lejars, F., Ectopie rénale et appendicite. Semaine méd. Nr. 18.
22. *Luzoir, J., De la néphropéxie (procédé d'Albarran-Marion). Paris 1913. G. Steinheil.
23. *Mac Laurin, Movable kidney. Australas. Med. Gaz. 1913. 30. August. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 829.
24. *Marion, G., De la néphropexie; technique, résultats et indications. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 729.

25. *Mills, G. P., Nephropexy and its results. R. Soc. of Med. Surg. Sect. Sitzg. vom 13. Jan. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 243.
26. *Morris, R. T., Let us settle the loose kidney question. Med. Record. New York Bd. 85. p. 833.
26a. Necker, F. und Th. Lieben, Zur Klinik der Nephroptose. Deutsche urol. Ges. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urologie Bd. 8. 1. Beiheft p. 353 (s. Jahresber. Bd. 27. p. 483).
27. Nemenow, Angeborene Beckenniere. Jubiläumskongr. d. Deutsch. Röntgenges. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 912. (Röntgennachweis.)
28. *Pardhy, K. M., Nephroptosis movable kidney; floating kidney, dropped kidney. Practitioner. April.
29. *Paterson, P., An operation for the fixation of a movable kidney. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 17.
30. *Poggiolini, A., Le conseguenze della nephroptosi in generali, sugli elementi dell' ilo e parenchima renale. R. Accad. dei Fisiocrit. di Siena. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 678.
30a. Portner, E., Wanderniere. Med. Klinik. Bd. 10. p. 553. (Kurze diagnostische und therapeutische Richtpunkte.)
31. *Scheuermann, H., Die operative Behandlung der Wanderniere. Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. Heft 1.
32. *Schiller, H., Dystopie der linken Niere. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 53 und Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 17. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 946.
33. *Simon, W. V., Beiträge zur Kenntnis und Behandlung der Wanderniere. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 609.
34. Suter, Eiternde, schlecht funktionierende linke Niere. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 28. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1147. (Linksseitige Beckenniere mit aus der A. iliaca communis kommenden Gefässen; durch Pyelographie nachgewiesen.)
35. Taddei, Ileus infolge Jacksonscher Membran und bewegliche Niere. Rif. med. Bd. 33. p. 29.
36. *Ticky, Klinischer und experimenteller Beitrag zur Operation der Wanderniere. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. Heft 1/2.
37. *Vorschütz, Zur Fixation der Wanderniere. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 101.
38. *Wiedhof, O., Die Splanchnoptose und ihre Behandlung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 1.
39. *Zenoni, Distopia renale pelvica congenita. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 20.

Simon (33) fand unter 48 Fällen von Nephroptosen 40 Frauen, meist im Alter von 20—45 Jahren; 22 hatten Geburten durchgemacht, jedoch war nur in fünf Fällen ein ursächlicher Zusammenhang mit den Geburtsvorgängen zu ermitteln. In je sechs Fällen wurden direkte oder indirekte Traumen als Ursache ermittelt, in 13 Fällen Abmagerung oder dünnes Fettpolster. Ptosen anderer Organe waren in 12, Appendizitis in sechs Fällen gleichzeitig vorhanden, 12mal bestanden nervöse oder psychische Komplikationen, 9mal intermittierende Hydronephrose, 16—18mal kolikartige Anfälle. Die Therapie war in 17 Fällen konservativ mit drei Heilungen und zwei Besserungen. 19mal wurde die Nephropexie ausgeführt mit vier Heilungen, fünf Besserungen und zwei Todesfällen (einmal Nachblutung durch Hämophilie nach der Operation und einmal Tod an Urämie nach einem Jahre); eine Operierte wurde wegen schwerer Nachblutung sekundär nephrektomiert. Von 12 Fällen mit neurotischen Komplikationen wurden fünf operiert, aber kein Fall geheilt und nur einer gebessert. Von neun Fällen von intermittierender Hydronephrose wurden sechs operiert, davon drei geheilt, von sechs Fällen mit Appendizitis wurden vier mittelst Nephropexie und Appendektomie und einer mittelst Nephropexie allein behandelt und alle geheilt. Nach der Operation war im allgemeinen die Niere zu einer Häflte bis zwei Drittteilen zu fühlen, meist ziemlich oberflächlich, etwas quer von aussen oben nach innen unten, bis Nabelhöhe oder darunter reichend. In drei nicht geheilten Fällen war sie völlig beweglich; in allen nachuntersuchten Fällen mit einer Ausnahme war geringe Verschieblichkeit nachzuweisen. Die Operationsmethode (Küttner) bestand in Spaltung und teilweiser Ablösung der fibrösen Kapsel, Aufhängen der Niere durch ein oder mehrere Parenchymligaturen an der XII. Rippe, Vernähung der Kapsel an Muskulatur und Faszie, zuweilen Drainage oder Gazeeinlage. Die Nachbehandlung bestand in 18—20 Tagen Bettruhe und 3—4½ Wochen Spitalaufenthalt; alle Operierten erhielten zunächst Bandagen. Die Wiederaufnahme der Arbeit geschah

durchschnittlich nach 2—3 Monaten. Die Indikation zur Operation wird in der Weise aufgestellt, dass sie erst nach erfolgloser Anwendung aller konservativen Massnahmen auszuführen ist, wenn andere Ursachen der Beschwerden (Erkrankung der Beckenorgane oder der Appendix) nicht in Frage kommen. Bei schweren nervösen und hysterischen Beschwerden ist die Operation zu verwerfen. Ausführliche Mitteilung der 48 Fälle.

Mac Laurin (23) hält die Nephroptose in der Regel für kongenital und durch eine angeborene Schwäche der Peritonealtasche, in der die Niere liegt, und durch die lose Verbindung der retro- und der prärenalen Faszie nach unten zu bewirkt. Er entfernt nach Butkewitsch die ganze Fettkapsel, reponiert die Niere unter die Rippen und vernäht nach unten das Peritoneum mit dem Quadratus lumborum und den Psoas. 67 Fälle; in einem Drittel bestand zugleich Appendizitis, in vier Fällen Hydronephrose.

Poggiolini (30) unterscheidet unter den Retentionen bei Nephroptose vier Stadien: 1. intermittierende offene Retention ohne Dilatation der abführenden Wege, 2. intermittierende offene Dilatation mit Retention, 3. permanente Retention mit permanenter offener Dilatation, 4. dieselbe mit bleibend geschlossener Dilatation. Für die erste Form schlägt er die Bezeichnung „Retention in einer beweglichen Niere", für die anderen Formen „Uronephrose bei beweglicher Niere" vor.

Golubinin (14) nennt als Folgen von Enteroptose u. a. Schmerzen in der Nierengegend, reflektorische Anurie und periodische Hydronephrose. Bei der erworbenen Enteroptose wird Bandagenbehandlung als zweckmässig erklärt.

Fourcard (11) empfiehlt unter Mitteilung von fünf Fällen die Pyelographie als sicheres diagnostisches Mittel der Nephroptose und ihrer Komplikationen.

Bolognesi (7) fand unter 28 Fällen von Nephroptose 11 mal ausschliesslich Schmerzsymptome mit oder ohne Krisen, zweimal nervöse Symptome, zweimal gastrointestinale Atonie, einmal beide letzteren Symptome gleichzeitig, dreimal Atonie des Verdauungskanals mit Appendikalgie, zweimal Kompression des Choledochus, einmal Anachlorhydrie. In drei Fällen war Hydronephrose und in drei katarrhalische Pyelitis und Pyelocystitis vorhanden. Die Nephropexie wird nur als berechtigt anerkannt, wenn die Nephroptose nur ein Symptom der allgemeinen Enteroptose ist. Für die Operation wird das Verfahren von Remedi bzw. Guyon-Tuffier empfohlen.

Lejars (21) beschreibt einen Fall von chronischer Appendizitis und in die rechte Darmbeingrube verlagerte, um das Doppelte vergrösserter Niere. Die Niere wurde reponiert und fixiert, die Appendix exzidiert. Durch den Druck der verlagerten Niere auf die Cökalgegend wird die Appendizitis und die Schmerzanfälle erklärt, die aber auch nach der Appendektomie nicht verschwanden, so dass die Nephrektomie in Aussicht genommen wird.

Bicks (4) schlägt auch bei Nephroptose, die Teilerscheinung einer allgemeinen Enteroptose ist, die Nephropexie vor, wenn Bandagenbehandlung nicht ausreicht.

Morris (26) erklärt die Nephropexie für indiziert bei Druck der beweglichen Niere auf das Duodenum und dadurch bewirkten Magendarmstörungen, bei Druck auf den Ductus choledochus, bei Knickung des Ureters mit Harnstauung, bei Torsion oder Knickung des Ureters mit Harnstauung, bei Torsion oder Knickung der Nierengefässe und bei Zerrung der Sympathikusfasern. Dagegen ist sie kontraindiziert, wenn die Beschwerden Teilerscheinung einer Neurasthenie oder die Nephroptose Teilerscheinung einer Enteroptose ist.

Wiedhof (38) erklärt die Lage der Organe in der Bauchhöhle nicht aus der Befestigung durch die Bauchfellduplikaturen, die viel zu dünn sind, sondern auf das Verhältnis des Volums der Bauchhöhle zu ihrem Inhalt und erklärt daraus die unzulänglichen Resultate der operativen Anhaftung verlagerter Organe, z. B. der Nieren.

Kirchberg (18) hält die Mechanotherapie bei Nephroptose nur insofern für nützlich, als sie gegen das Grundleiden, die Asthenie und die allgemeine Enteroptose gerichtet ist.

Billington (5) hatte unter 515 Fällen von Nephropexie bei Nephroptose nur vier Todesfälle (0,8%) und nur einmal war die Niere wieder frei beweglich geworden. Bei genauerer Nachforschung über 100 mindestens seit einem Jahre operierte Fälle fand sich nur ein chirurgischer Misserfolg; die die Ptose begleitenden Beschwerden wurden in 60% vollständig oder fast vollständig beseitigt und in 30 erheblich gebessert.

Mills (25) berichtet über die Resultate der Nephropexie, wobei die tiefe Fixation der Niere an die Lendenmuskulatur weit bessere Resultate liefert, als die einfache Kapselsuspensionsnaht und die Kapselsuspensionsnaht über die XII. Rippe. Im ganzen wurden nur 33% Dauerheilungen, nur bei vorwiegenden Lendenneuralgien 50% Dauerheilungen beobachtet. Im allgemeinen sind demnach die Resultate wenig befriedigend, besonders weil die Operation oft bei Beschwerden ausgeführt wird, die mit der Nephroptose nicht zusammenhängen. Dagegen sind Beschwerden, die sicher auf die Ptose zurückzuführen sind

(z. B. Lendenneuralgien) vollständig zu beseitigen. Wenn der Lendenschmerz mit anderen Symptomen vergesellschaftet ist, bringt die Operation selten Besserung; bei Dyspepsie infolge Verengerung des Duodenum ist sie erfolglos. Ausser den Lendenneuralgien sind intermittierende Hydronephrose und einige wenige Fälle von Enteroptose Indikationen für die Operation.

In der Diskussion gibt J. W. Th. Walker an, nach der Operation eine Besserung oder Beseitigung von Hämaturie, Albuminurie und Zylindrurie beobachtet zu haben. Nervöse Erscheinungen kehren meist nach der Operation wieder, ebenso ist die Operation vergeblich, wenn Verwachsungen der Niere mit Duodenum und Kolon das Primäre, die Ptose das Sekundäre war. Die Operation muss so ausgeführt werden, dass der Nierenstiel oder Nierenbecken und Ureter nicht gezerrt werden können und ausserdem darf die Niere nicht zu tief fixiert werden.

Luzoir (22) beschreibt die Fernresultate der Nephropexie nach Albarran-Marion (möglichst hohe Fixation mittelst vier Kapsellappen). Bei 30 nachuntersuchten Fällen war das Resultat günstig. Der Vorteil der Methode wird in der hohen Fixation, die sogar eine Überkorrektion darstellt, gesucht.

Pardhy (28) berechnet für die Nephropexie mindestens 50% Dauerresultate und empfiehlt sie möglichst frühzeitig wegen der Gefahr von Gefäss- und Ureterkrisen, von Hydronephrose und von Geistesstörungen durch Intoxikation infolge von Harnretention. Er empfiehlt Suspension der Niere an der 12. Rippe mittelst einer um diese geführte, aus der fibrösen Kapsel gebildete Schlinge.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 29) ist wegen ungünstiger Resultate und häufiger Rezidive von der operativen Fixation der Nephroptose zurückgekommen.

Marion (24) erklärt die Indikation für die Nephropexie gegeben bei denjenigen Nephroptosen, die durch Einklemmung, Hämaturie, Hydronephrose und Pyelitis kompliziert sind, ob sie mit Schmerzen verbunden sind oder nicht, ferner wenn die vorhandene Schmerzhaftigkeit der Hauptsache nach auf der Beweglichkeit der Niere beruht. Fälle von nervösen und dyspeptischen Symptomen geben ein zweifelhaftes Resultat. Da häufig chronische Appendizitis besteht, so soll vom Nephropexieschnitt aus die Appendix exstirpiert werden. Als Operationsmethode benützt Marion eine Modifikation der Albarranschen Lappenmethode. Von 53 Fällen konnten 26 nach längerer Zeit nachuntersucht werden, und nur in einem Falle war das Resultat ungünstig.

Bissell (6) führt bei Nephropexie den Schnitt über der 12. Rippe etwas oberhalb des Winkels der letzteren mit dem Erector trunci bis zu 1½ cm vor der Crista ilei 12 cm von der Mittellinie entfernt aus. Die Niere wird mit zwei Haftligaturen durch den oberen und unteren Nierenpol in normaler Lage suspendiert.

In der Diskussion spricht sich Pilcher für die Nephropexie aus, auch wenn die Nephroptose mit Ptose anderer Bauchorgane kompliziert ist. Ebenso verteidigt Sturmdorf die Berechtigung der Nephropexie, ob die Niere allein oder zusammen mit den anderen Bauchorganen verlagert ist, weil bei Knickung des Ureters durch die Ptose das Nierengewebe geschädigt wird. Er erklärt die Befestigung der Niere als Folge der Zentrifugalkraft des intraabdominellen Druckes und sieht die Ursache der Ptose in einer zu flachen Nierennische.

Cathelin (8) verwirft bei der Nephropexie die Anlegung mehrfacher quergreifender Parenchymnähte, die das Nierengewebe in der umfassten Zone strangulieren, sondern benützt nur zwei schief durchgelegte Parenchymligaturen, deren obere um die 12. Rippe, und deren untere um die vorderen und hinteren Faszienlagen der Muskelwand herumgeleitet werden und deren untere den unteren Nierenpol weiter lateral fixieren soll, um für den Ureter Raum zu schaffen.

Ach (1) erklärt die Operation für absolut indiziert bei den höchsten Graden von Wanderniere mit Mesonephronbildung, besonders bei Vorhandensein von Schmerzanfällen, Stauungserscheinungen und Hydronephrose, wenn sich diese Komplikationen durch Rückenlage nicht beseitigen lassen. Bei einfacher Wanderniere ist die Operation angezeigt, wenn konservative Behandlung fehlschlägt. Bei gleichzeitiger allgemeiner Splanchnoptose ist die Operation mit Vorsicht zu stellen. In bezug auf die Operationstechnik wird empfohlen, einen aus der Fascia lata fem. entnommenen 20 cm langen, 6 cm breiten Lappen unter der Capsula fibrosa durchzuführen und die Zipfel der transplantierten Faszie an das tiefe, bzw. oberflächliche Blatt der Fascia lumbodorsalis zu fixieren. 17 mit Erfolg operierte Fälle.

Paterson (29) beschuldigt die gewöhnliche Methode der Nephropexie, dass dabei die Niere zu tief fixiert und zwischen letzter Rippe und Darmbeinkamm dem Druck ausgesetzt wird. Er schlägt deshalb vor, die Niere durch einen der letzten Rippe parallel verlaufenden Schnitt blosszulegen, die fibröse Kapsel längs des ganzen konvexen Randes zu spalten und

auf eine gewisse Entfernung von der Rippe abzulösen, hierauf die oberen drei Vierteile der abgelösten Kapsel umzuklappen und gegen den Hilus zu die Ränder anzunähen. Im unteren Vierteil werden durch die Kapsel drei Haftligaturen gelegt, deren Enden durch die Muskelränder am oberen Wundwinkel geführt werden. Hinter der Niere werden Gazetampons eingelegt, welche in der Folge zu einer festen fibrösen Fixation der Niere führen.

Scheuermann (31) schlägt (nach Rovsing) nach Luxation der Niere einen I-förmigen Schnitt durch die Capsula propria und Bildung zweier flügelförmiger Kapsellappen vor. Ein Seidenfaden wird durch den adhärenten Teil der Kapsel durchgeführt, so dass dieser wie eine Schlinge um den unteren Pol liegt. Nach Reposition der Niere wird das andere Ende dieses Fadens durch den hinteren Rand der Muskelwunde ausserhalb der 12. Rippe herausgeführt. Durch Anziehen des Fadens wird die Niere an die normale Stelle gezogen. 95,4% Erfolge.

Ticky (36) beschreibt die Königsche Operation bei Nephroptose, bei welcher aus dem Periost der 12. Rippe ein längerer Streifen geschnitten wird, der durch die Nierenkapsel geführt und wieder an die Rippe angenäht wird. Das Resultat war gut.

Vorschütz (37) schlägt vor, bei der Nephropexie die Fettkapsel bis zur Grenze des unteren Drittels zu spalten, dann die Capsula propria je 2 cm lang und breit zu tunnelieren und so auf die 12. Rippe aufzuschieben; die zwei Hälften der Kapsel werden zu je einem Strang gedreht und vor und hinter der Niere an die 11. und 12. Rippe fixiert; schliesslich werden nach aussen von der aufgeschobenen Niere die abgeschobenen Weichteile der 12. Rippe durch Nähte über der Rippe vereinigt. Acht erfolgreiche Fälle.

In der Diskussion empfiehlt Riedel nur die Benützung der Capsula fibrosa und die Tamponierung der nach oben geschobenen Niere von unten her, Ruhr empfiehlt Herumschlagen eines frei verpflanzten Faszienlappens. Schloffer hat bei Fasziensuspension, das Ende der letzten Rippe nach oben umgeknickt, um den Faszienlappen daran festzubinden; er fürchtet von dieser Methode eine Störung der Zirkulation und des Harnabflusses.

Siehe ferner Fowler (g. 7. 20 u. 21).

Kongenitale Nierenverlagerung.

Korencan (19) beschreibt zwei Fälle von kongenitaler linksseitiger Verlagerung der Niere bis in den Beckeneingang (einen bei einer Frau). In beiden Fällen war es zu Darmstörungen gekommen durch die Beziehungen des verlagerten Organs zum S Romanum, und zwar in einem Falle zu jahrelang bestehender Obstipation, im zweiten zu akutem Darmverschluss. In beiden Fällen gelang es, nach Laparotomie und Inzision des hinteren Wandperitoneums die Niere so zu mobilisieren, dass sie auf die Darmbeinschaufel nach aufwärts verschoben und dort an die benachbarten Gewebe fixiert werden konnte; die Nische, in der die Niere gelagert war, wurde in einem Falle durch tiefgreifende Nähte zur Verödung gebracht, im zweiten tamponiert. Die Diagnose war in keinem Falle vor der Operation gestellt worden. Korencan tritt in solchen Fällen, wo die dystopische Niere Erscheinungen macht, für die Verlagerung ein, die dadurch ausführbar wird, dass die Fixation der dystopischen Niere fast niemals eine absolute ist, und die der Exstirpation als ein geringerer Eingriff vorzuziehen ist.

Ferroni (11) beschreibt einen Fall von linksseitiger kongenitaler Beckenniere, welche bei einer IXpara in den zwei letzten Schwangerschaften schwere Toxikose mit Albuminurie und unstillbares Erbrechen veranlasste, während die ersten sieben Schwangerschaften normal verliefen. Bei der letzten Schwangerschaft musste der künstliche Abortus im dritten Monat eingeleitet werden und drei Monate später wurde die Niere exstirpiert und zugleich mit Rücksicht auf die andere Niere die doppelseitige Tubensterilisation ausgeführt.

Schiller (32) beschreibt einen Fall von linksseitiger Beckenniere, die neben dem Uterus als Tumor zu tasten war und für einen Ovarialtumor gehalten wurde. Erst bei der Operation wurde der Tumor als Niere erkannt; sie wurde, weil sie unverschieblich war, an Ort und Stelle belassen. Eine spätere Schwangerschaft und Geburt verliefen ungestört.

Zenoni (39) beschreibt einen Fall von angeborener Verlagerung der linken Niere unter das Promontorium vor den Mastdarm mit senkrechtem Verlauf der Nierenarterie von der Aorta zum oberen Pol herab und drei Nierenvenen. In einem zweiten Falle lag die linke Niere oberhalb der Articulatio sacro-iliaca rechts und war an ihrem oberen Pol mit dem unteren Pol der normal gelagerten rechten Niere verbunden. Der linke Harnleiter verlief hinter dem rechten, den er kreuzte, nach der normalen Blasenmündung.

7. Hydronephrose und Zystenbildung.

1. *Albrecht, Grosse traumatische Hydronephrose. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 842.
2. Austoni, A., Intermittierende Hydronephrose durch Ureterknickung bei Solitärniere. Gazz. degli osp. e d. clin. Bd. 35. Nr. 39.
3. Baldwin, K. W., Fall von Hydronephrose im Kindesalter. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. Nr. 12. (Zweijähriges Kind, 2½ Liter enthaltender Hydronephrosensack, Exstirpation, Heilung.)
4. *Benthin, Zystenniere beim Neugeborenen. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 309.
5. *Berner, O., Die Zystenniere. Jena 1913. G. Fischer.
6. Bevacqua, A., Einseitige angeborene Nierenatrophie. Fol. urol. März. (Fehlen des Nierenbeckens und der Kelche, sowie des renalen Teils des Ureters; die Niere bestand aus grösseren und kleineren Zysten, dazwischen atrophische Tubuli und Fehlen sowie stellenweise Atrophie der Glomeruli. Tod an allgemeiner Tuberkulose; Sektion.)
7. *Bevers, E. C., A renal cyst causing chronic intestinal obstruction. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 702.
8. *Boetzel, Experimentelle Untersuchungen über die Hydronephrose. Zieglers Beitr. f. pathol. Anat. u. allg. Pathol. Bd. 57. p. 294.
9. Boit, Hydronephrosen, bei denen ausser blutigem Urin keine Erscheinungen bestanden. Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 18. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1877. (Zwei Fälle, kongenitale Stenose des Ureters; die Blutungen werden auf Dehnungsrupturen der inneren Wandschichten des Nierenbeckens und aus den sich aus diesen entwickelnden Granulationsflächen zurückgeführt.)
10. Bonnaire und Ecalle, Rein polykystique et vessie à colonnes chez un nouveau-né. Bull. et Mém. d. l. Soc. anat. de Paris. 1913. p. 475. (Rechtsseitige polyzystische Niere mit grosser, 230 g Flüssigkeit enthaltender Einzelzyste; Sektionsbefund).
11. *Bratton, Hydronephrosis praecox. Urol. and Cut. Rev. 1913. Okt.
12. *Dyckerhoff, Eigenartige Zystenbildungen der Niere. Virchows Arch. Bd. 216. Heft 1.
13. Edington, G. H., und J. S. Dunn, Partially hydronephrotic kidney. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 1. Mai. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1186. (Verdoppelung des Nierenbeckens und Ureters mit partieller Hydronephrose, Nephrektomie, Heilung.)
14. Enderlen, Hydronephrose. Würzburger Ärzteabend. Sitzg. vom 7. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 964. (Berstung einer kongenitalen Hydronephrose, Exstirpation, Heilung; 11jähriges Kind.)
15. Espersen, G., Remittierende Hydronephrose. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 76. Heft 32. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1737. (Akzessorisches Gefäss aus der Art. spermatica, quer über den Ureter verlaufend. Nephrektomie. Heilung.)
16. Falgowski, Gestielte mannskopfgrosse Zyste einer ins kleine Becken verlagerten Niere bei einer 56jährigen Kranken, entfernt durch Laparotomie bei irrtümlicher Diagnose einer Ovarialzyste. Genesung. Lwowski Tyg. Lek. 1913. Nr. 41/42. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 410.
17. Ferrond, Ureteronefrectomia per uronefrosi in gravidanza. Gaz. degli osp. e d. clin. Nr. 38. (Hydronephrose durch Verschluss des Harnleiters auf angeborener Grundlage, als Ovarialzyste diagnostiziert. Exstirpation, Heilung ohne Schädigung der Schwangerschaft.)
18. *Fertig, A., Über okkulte Hydronephrosen. Inaug.-Diss. Berlin 1913.
19. Fick, Zwei Fälle von kongenitaler Nierendystopie. VII. Ärztetag d. estländ. Ärzteges. Sitzg. vom 24. Nov. 1913. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 98. p. 48.
20. *Fowler, O. S., Experimental kidney surgery. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Sect. on Gen.-ur. dis. New York. Med. Journ. Bd. 38. p. 184.
21. *— Ureteral obstruction causing urinary stasis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 367.
22. Furniss, H. D., A case of hydronephrosis in a girl of fourteen. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 14. Okt. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 141. (Exstirpation, Heilung.)
23. Gangolphi und Cauléjac, Hydronéphrose double. Soc. de chir. de Lyon. Sitzg. vom 26. Juni. Lyon méd. 1913. Nr. 46. (Linksseitiger, mit 5 Liter trüber Flüssigkeit gefüllter Hydronephrosensack mit Abszessbildungen, anfänglich für Milzzyste gehalten.

Exstirpation, Tod an akutem Duodenalverschluss. Rechte Niere um das Doppelte vergrössert, mit zwei Stielen und Arterienanomalien.)
24. *Ghoreyeb, Zirkulationsstörungen in der Niere nach Ureterunterbindung. Journ. of exp. Med. August.
25. *Gussew, Demonstrationen aus dem Gebiete der Nierenchirurgie. Ges. prakt. Ärzte Riga. Sitzg. vom 2. Okt. 1913. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 39. p. 70.
26. Heiman, H., Case of bilateral hydroureter. Arch. of Ped. New York. Bd. 30. Nr. 11.
27. *Hicks, H. T., Hydropyonephrosis complicating pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 6.
28. König, Plastische Operation bei infizierter Hydronephrose. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 24. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1020. (Grosse infizierte Sackniere mit Kompression des Ureters durch akzessorische Gefässe, Exzision eines Längsovals vom Hilus bis zum Ureterabgang, Vernähung der Wundränder, Überdeckung der Naht durch fein übertragenen Faszienlappen, Tampon; Heilung.)
29. *Kroiss, Zur konservativen Operation der intermittierenden Hydronephrose. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 22.
30. *Loumeau, Sur un cas difficile d'uronéphrose infantile. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 17. Juli. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 505.
31. *Lund, F. B., Rovsings operation for congenital cystic kidney. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1083.
32. *Michaïlov, N. A., Neue Tatsachen über die Ätiologie der Hydronephrose. Russ. Journ. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Jan. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 798.
33. *Mikaniewski, M., Des interventions dans la maladie kystique des reins. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 603.
34. Paus, N., Zystenniere mit Symptomen von Ruptura renis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. Heft 5/6. (Schmerzen und schwere Hämaturie nach Fall; die Inzision ergab grosse Zystenniere ohne Ruptur; nach Reposition der Niere verschwand die Hämaturie nach 14 Tagen; sechs Familienmitglieder der Kranken haben nachweisbare Zystennieren.)
35. — Zwei Fälle von Zysten in den Nieren. Norsk Mag. f. Laegevidensk. Bd. 75. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1740. (1. Fall von Zystenniere auf Grund familiärer Disposition; 2. grosse Solitärzyste, durch Operation entfernt.)
36. Perrucci, Un caso di idronefrosi da rene mobile. Gazz. degli osp. e d. clin. Nr. 23. (Linksseitige verlagerte und hydronephritische Niere mit Koliken und Hämaturie ohne Steinschatten; keine kongenitale Ursache. Nephrektomie. Heilung.)
37. Polacco, Fall von echter traumatischer Hydronephrose. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 29. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 867. (Verletzung mit Bajonettstich, Hämaturie, später Tumorbildung; Exstirpation des grossen zystischen Sackes, dessen Wand nur stellenweise Überreste hochgradig degenerierten Nierengewebes zeigt.)
38. Portner, E., Hydronephrose. Med. Klinik. Bd. 10. p. 553. (Kurze Richtpunkte in bezug auf Diagnose und Behandlung.)
39. — Polyzystische Degeneration der Nieren. Med. Klinik. Bd. 10. p. 645. (Spricht sich gegen operative Behandlung aus.)
40. Riebeling, Uterus bicornis, veranlasst durch angeborene rechtsseitige Hydronephrose. Inaug.-Diss. Strassburg 1911. (Hydronephrose durch primären Mangel des rechten Ureters.)
41. *Routier und Picard, Hydronéphrose dans un rein unique; malformation congénitale des annexes de l'utérus. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Nr. 6. p. 209.
42. Russell, C. W., Intermittent Hydronephrosis. Missouri State Med. Assoc. Journ. St. Louis. Bd. 11. Nr. 3.
43. *Sarkissiantz, A., Solitärzyste der Niere. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 2. Nr. 11.
44. Schlitt, K., Ein Beitrag zur konservativen chirurgischen Therapie der Hydronephrose. Inaug.-Diss. Kiel 1912. (Zwei Fälle.)
45. *Simon, W. V., Beiträge zur Kenntnis und Therapie der Hydronephrose. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 739.
46. Simonini, R., Un caso di degenerazione cistica dei reni d'un neonati. Soc. med.-chir. di Modena. Sitzg. vom 11. Juni 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 398. (Vollständige zystische Degeneration ohne den geringsten Rest sezernierenden Gewebes, enorme Entwicklung der Ureteren, Vergrösserung der Hypertrophie der Blase.)

47. Skutsch, Hydronephrose. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 15. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 451. (Transperitoneale Exstirpation; Ureter im oberen Teil vollständig undurchgängig.)
48. *Stokes, A. C., Lesions of the urinary tract by disease of the genital tract in the female. South Dakota State Med. Assoc. 33. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 58.
49. Tixier und Couvert, Rupture d'hydronéphrose. Soc. des Sc. méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 49. p. 379. (Heftige Schmerzen und Schwellung linkerseits nach Fall; die Inzision ergab traumatische Hydronephrose und führte zu Fistelbildung; wegen Undurchgängigkeit des Ureters Exstirpation des grossen Sackes, deren Wand kleine parenchymatöse Abszesse enthielt.)
50. Tögel, O., Doppelseitige Zystenniere. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 14. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 970. (Doppelseitiger Tumor, der rechtsseitige zwei Jahre nach dem linksseitigen tastbar geworden, links Funktion stark herabgesetzt, rechts normal. Polyurie bei niedrigem spezifischen Gewicht; pyelitische Attacken alle 3—4 Wochen auftretend; Herz- und Gefässveränderungen; seit fünf Jahren in Beobachtung.)
51. Tossati, C., Reni mobili in degenerazione policistica. La clin. chir. 1913. Nr. 5. (Dekapsulation und Nephropexie unter Eröffnung vieler Zysten; erhebliche Besserung.)
52. *Veil, Über die Funktion der Zystennieren. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 28. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 569. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 115. Heft 1/2.
53. Vogt, Zwei Fälle von Hydronephrose. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 23. April. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1138. (Laparotomie; in einem Falle Entleerung des Sackes und Unterbindung der Nierengefässe und des Ureters, im zweiten Falle Exstirpation; in beiden Fällen Differentialdiagnose mit Ovarialzyste in Frage kommend und schwierig.)
54. Zarfl, Angeborene Zystenniere. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 22. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 260. (Vergrösserung beider Nieren um das Doppelte, wahrscheinlich durch fötalen entzündlichen Prozess; 6½ monatliches Kind, Tod an Bronchitis. Sektionsbefund.)

Bratton (11) führt die kongenitale Hydronephrose auf Falten- und Klappenbildungen oder Torsionen des Ureters oder auf Kompression durch akzessorische Gefässe zurück. Erworbene frühzeitige Hydronephrosen werden durch Strikturen, Steine, Blasentumoren etc. bewirkt.

Gussew (25) beschreibt einen Fall von intermittierender Hydronephrose durch ein akzessorisches, den Ureter abknickendes Gefäss. Bei Freilegung platzte der Sack, so dass die Nephrektomie vorgenommen wurde.

Hicks (27) beschreibt einen Fall von infizierter rechtsseitiger Hydronephrose bei Gravidität, der unter Annahme eines perinephritischen Abszesses zur Inzision und Drainage Veranlassung gab; die Operation führte nicht zur Besserung, so dass die künstliche Frühgeburt ausgeführt wurde, welche Operation bei zu Pyonephrose führender Pyelitis der Nierenoperation vorgezogen wird. Hicks beobachtete unter 40 Fällen von Pyelitis in der Schwangerschaft das Entstehen einer Pyonephrose. Die Ursache wird auf Kompression des rechten Ureters durch den schwangeren Uterus zurückgeführt.

Loumeau (30) beschreibt einen Fall von Hydronephrose bei einem 12jährigen Kind, welche durch Vorwölbung des Musculus rectus für eine Bauchhernie gehalten, inzidiert und nach Eröffnung in die Bauchwand eingenäht wurde. Erst jetzt wurde an der ausfliessenden Flüssigkeit die Hydronephrose erkannt und nach Befreiung des Sackes von der vorderen Bauchwand auf lumbalem Wege exstirpiert. In der Diskussion werden zwei ähnliche Fälle von Bégouin erwähnt.

Fowler (20, 21) ist geneigt, Harnstauung im Nierenbecken auf die aufrechte Stellung zurückzuführen und empfiehlt zu deren Verhütung nach Steinoperation die Nephropexie in querer Richtung mittelst Einführung von Streifen der Faszie in die Nierenkapsel.

Bondy (g. 5. 6) beschreibt das akute Entstehen einer Hydro- bzw. Pyonephrose auf dem Boden einer linksseitigen Pyelitis; wegen schwerer Allgemeinerscheinungen wurde der Uterus entleert. Heilung.

Seidel (g. 2. 100) führt das Entstehen einer Uronephrose bei komprimierenden, kreuzenden, akzessorischen Gefässen darauf zurück, dass der Ureter unterhalb der Kreuzungs-

stelle kollabiert, oberhalb derselben gedehnt ist. Auch bei grossen Uronephrosen soll konservativ verfahren oder eine Nierenbeckenplastik ausgeführt werden.

Stokes (49) macht auf die Obstruktion des Ureters und Hydronephrosenbildung infolge von Erkrankungen der inneren Genitalorgane bei Frauen aufmerksam.

Michailow (32) beschreibt einen Fall von infizierter Hydronephrose mit Atrophie der Niere infolge von 4 cm langer Einstülpung des Ureters ins Nierenbecken. Abtragung der Einstülpung und später plastische Operation. Heilung.

Bötzel (8) fand bei Kaninchen, dass nach sechstägiger Dauer einer durch Ureterunterbindung herbeigeführter Hydronephrose injiziertes Toluidinblau nicht mehr ins Nierenbecken ausgeschieden wird, auch die Nierenepithelien verlieren nach drei Wochen die Fähigkeit zur Farbstoffaufnahme. Wenn um diese Zeit die Ureterligatur entfernt wird, stellt sich die Fähigkeit der Farbstoffausscheidung wieder her. Bei längerer Dauer der Hydronephrose werden die Zellen für immer funktionsunfähig und nekrotisch.

Ghoreyeb (24) fand, dass nach Ureterunterbindung in der ersten Woche das Zirkulationshindernis bei künstlicher Durchblutung durch Öffnung des erweiterten Nierenbeckens zu beseitigen ist, nach längerer Zeit bleibt die Behinderung wegen narbiger Gewebsveränderungen bestehen.

Simon (45) berichtet über 20 Hydronephrosenfälle, 6 geschlossene, 14 offene; 7 waren sicher, 3 wahrscheinlich intermittierend; 1 Fall war sicher, 5 wahrscheinlich infiziert. Angeboren waren drei Fälle, Nephroptose in drei, Trauma ebenfalls in drei Fällen und Nierensandbildung in einem Falle als Ursache anzunehmen. Von begleitenden Krankheiten werden Arteriosklerose, Peritonitis, interstitielle Nephritis, Pleuritis und Abszess auf dem Musc. iliacus, sowie Pankreatitis erwähnt. In drei Fällen wurde konservativ plastisch operiert (eine Heilung), in neun Fällen der Sack primär exstirpiert (fünf Heilungen) und in fünf Fällen die Exstirpation nach Einnähen des Sackes und Punktion ausgeführt (vier Heilungen). Vier Operierte starben, zwei im Anschluss an die Operation, einer an Nachblutung und Embolie und einer mit infizierter Hydronephrose (Kind). In einem Falle von zweizeitiger Operation kam es zu einer Narbenhernie. Die konservative Behandlung wird bei geringen Beschwerden, nicht besonders beeinträchtigter Arbeitsfähigkeit und negativem oder geringfügigem palpatorischem Befund empfohlen. Die Exstirpation wird nur bei Vorhandensein von keinem oder sehr wenig sezernierendem Parenchym für angezeigt erklärt.

Kroiss (29) pflanzte in einem Falle von kongenitaler Hydronephrose den durch Nierengefässe von vorne her komprimierten Ureter so in das Nierenbecken ein, dass der Ureter vor die Gefässe zu liegen kam. Er verlangt, dass das neue Orifizium genügend weit und am tiefsten Punkte des Nierenbeckens zu liegen kommt, endlich dass die Niere in geeigneter Weise verlässlich fixiert wird. In aseptischen Fällen kann auf Drainage des Nierenbeckens verzichtet werden.

Fertig (19) hebt hervor, dass Hydronephrosen vollkommen symptomlos verlaufen können, nicht nur kleine unfühlbare, sondern auch enorme Säcke. Bei plötzlichem vollständigem Ureterverschluss kommt es zuweilen überhaupt nicht zur Bildung eines fühlbaren Tumors. In anderen Fällen kommt es nur zu Symptomen von seiten des Magendarmkanals und zu Schmerzen, die nicht den Typus von Nierenkoliken haben; solche Fälle werden als okkulte Hydronephrosen bezeichnet. Ein solcher Fall wird mitgeteilt.

Routier und Picard (41) teilen einen Fall von Nephrektomie wegen Hydronephrose mit, die sich trotz vorausgegangener Nephropexie (wegen Nephroptose) entwickelt hatte. Es erfolgte Exitus wegen Fehlens der linken Niere; der Uterus erwies sich nach rechts laterovertiert und die rechte Tube inserierte am linken Seitenrand des Uterus in die Höhe des Isthmus.

Albrecht (1) beobachtete grosse traumatische Hydronephrose, die unter den Erscheinungen akuter Einklemmung einer Wanderniere auftrat. Der Ureter war 3 cm unterhalb seines Ursprungs obliteriert. Exstirpation, Heilung.)

Zystennieren.

Berner (5) schildert in einer eingehenden Monographie die pathologische Anatomie der Zystenniere, sowie die solitären Nierenzysten. Er fasst die Zystenniere als Folge einer Entwicklungsanomalie auf und vergleicht sie mit den Adenosarkomen, welche ebenfalls aus der neogenen Zone der embryonalen Niere abgeleitet werden. Die angeborenen und erworbenen Zystennieren werden auf denselben Ursprung zurückgeführt. Besonders wird das Vorhandensein nephrogenen Gewebes in fast allen Zystennieren hervorgehoben.

Benthin (4) folgert aus einem Falle von doppelseitiger Zystenniere bei einem Neugeborenen mit nur einseitiger Ureterobliteration, dass die Zysten nicht Retentionszysten sind, sondern dass die Zystenniere als Hemmungsbildung aufzufassen ist.

Mikaniewski (33) stellt 194 Operationen bei Zystenniere zusammen und fand bei 127 Nephrektomien eine Sterblichkeit von 30, bei 27 Nephrotomien eine solche von 45%. Die operative Behandlung der doppelseitigen Zystenniere kann nur eine palliative sein. Die Nephrektomie kommt in Frage bei Vereiterung der Zysten und anhaltender Hämaturie, wenn die andere Niere normal funktioniert und ein anderer Eingriff kontraindiziert ist. Bei nicht genügender Funktion der andern Niere ist bei Eiterung die Nephrotomie, bei dislozierter schmerzhafter Zystenniere die Nephropexie eventuell mit Enthülsung und Exzision der Zysten angezeigt, in allen andern Fällen ist die partielle Nephrektomie oder besser die Enthülsung und Zystenexzision vorzuziehen.

Veil (52) führt als differentialdiagnostische Momente für Zystennieren an: Hypertonie mittleren Grades, keine Herzhypertrophie, Konzentrationsschwäche der Nieren (Polyurie), Harn von niedrigem spezifischen Gewicht, Eiweiss in Spuren.

Dyckerhoff (12) fand bei einer 33jährigen Gravida teils im Nierenbeckenzellgewebe, teils in den Nieren selbst an der Grenze von Rinde und Mark Zysten und zystenähnliche Spalträume, die mikroskopisch als Lymphangiektasien gedeutet und auf kongenitale Entwicklungsstörung zurückgeführt werden.

Lund (31) tritt unter Mitteilung von vier Fällen für die Rovsingsche Operation der kongenitalen Zystenniere — systematische Punktion aller Zysten bis zur Reduktion der Niere auf die normale Grösse — ein und empfiehlt sie für alle Fälle, wo die Funktion der Nieren noch nicht zu sehr erlahmt ist. Bei doppelseitiger Erkrankung ist in einer Sitzung nur eine Niere zu behandeln. Alle vier operierten Fälle erfuhren wesentliche Besserung. In der Diskussion bezeichnen Eisendrath und Bean die Rovsingsche Operation für einen Fortschritt in der Behandlung der Zystenniere; Ochsner, Chute und McRae führen Kasuistik an.

Bevers (7) beschreibt einen Fall von Solitärzyste der Niere, die gestielt vom unteren Pol der linken Niere ausging und freibeweglich in der Bauchhöhle lag. Von seiten der Harnorgane waren keine Erscheinungen vorhanden, dagegen bestand seit drei Jahren Obstipation und zeitweiliges Erbrechen infolge von Abschnürung der Flexura coli sinistra durch den Stiel und Kompression des Colon descendens durch die Zyste.

Sarkissiantz (43) beschreibt einen Fall von kindskopfgrosser Solitärzyste der Niere, die bis ins Becken herabreichte und für eine Ovarialzyste gehalten wurde. Die Niere wurde, da sie ausserdem tuberkulös erkrankt war, exstirpiert. Heilung.

8. Eiterinfektionen der Niere.

1. *Albert, H., Pathology of surgical conditions of kidney. Chicago Med. Soc. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 156.
2. *Albrecht, H., Zur Therapie der Schwangerschaftspyelitis. Zeitschr. f. gyn. Urologie. Bd. 4. p. 234 und Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 841.
3. *— Zwei Pyonephrosen mit Steinbildung. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 842.
4. *— Die einseitige akute infektiöse Nephritis und Perinephritis. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 221.
5. *Austin, F. D., The dose of hexamethylenamine. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 663.
6. Azara, P., Totale Gangrän der Niere durch phlegmonöse Perinephritis. Gazz. degli osped. e d. clin. Bd. 35. Nr. 56.
7. Bauer, R., und R. Latzel, Arteriosklerotische Erkrankung der Niere. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 14. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 960. (Ausserdem im Ureterharn ein kleiner, von Streptococcus pyog. und viridans abweichender Diplococcus, der bei Kaninchen Albuminurie hervorrief.)
8. *Beer, E., Leukoplakia of the pelvis of the kidney and its diagnosis. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 147. p. 244.
9. *Biedl, A., Über Bakteriurie. Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 575.
10. *Bijnen, A., Nierenbeckenkatarrh. Tijdschr. v. Geneesk. 17. Jan.

11. *Birk, Die Pyelitis bei Kindern. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 45.
12. Blanc-Perducet, Infarctus subtotal du rein gauche par thrombose de l'artère renale. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 3. März. 1913. Lyon méd. 1913. Nr. 24. (Linke Nierenarterie im ganzen Verlauf durch ein lang verzweigtes Gerinnsel verstopft, Niere in der adhärenten, rotblauen und echymosierten Kapsel eingeschnürt, dicke gelbe Substanz mit unregelmässigen tiefroten Inseln zwischen Kortikalis und Medullaris. zwei grüngefärbte Stellen am oberen Pol.)
13. *Bloch, A., Zur sekundären Koliinfektion des Nierenbeckens. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 40. p. 276 und Deutsche Ges. f. Urol. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 398.
14. *Bornemann, W., Die sogenannten „Bakteriensteine" im Nierenbecken. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 14. p. 458.
15. *Boruttau, H., Über Vergleichung der Wirksamkeit von Verbindungen des Hexamethylentetramins. Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. Bd. 16. Heft 3.
16. Braasch, W. T., Infections of renal pelvis and ureter. Texas State Journ. of Med. Fort Worth. Bd. 9. Nr. 10.
17. *v. Breunig, W., Über die Burnamsche und andere Formaldehydproben im Urin und über die Abspaltung von Formaldehyd im Urin nach interner Urotropindarreichung. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 1.
18. Cannata, S., und G. Caronia, Sulle affezioni purulente delle vie urinarie nell' infanzia. Pediatria. Neapel. Bd. 22. Nr. 9.
19. Cheinisse, L., Pyelitis der Kinder. Sem. méd. 1913. Nr. 49. (Empfiehlt Trinkdiurese und Salol oder Urotropin.)
20. Chetwood, C. H., Pyonephrosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 1.
21. *Chevassu, La pyélonéphrite gravidique. Encyclop. franç. d'Urol. Paris.
22. Cohn, P., Zur Behandlung der Pyelonephritis. Dermat. Zentralbl. 1913. Okt. (Rasches Verschwinden einer Pyelonephritis bei Tabes durch Einreibung von Unguentum Credé.)
22a. *Cohn, Th., Zur Diagnose und Therapie der Niereneiterungen. Deutsche Ges. f. Urol. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 372.
23. Copeland, G. G., Administration of urotropin in carbonic acid water. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1158. (Empfiehlt Darreichung von Urotropin in natürlichem Kohlensäurewasser in Anbetracht der besseren Löslichkeit und auch der besseren Wirksamkeit.)
24.* David, V. C., Bacteriologic study of fifty cases of non-tuberculous diseases of bladder and kidney. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 4.
25. Day, H. B., und W. H. Wilson, Fall von Urämie mit ungewöhnlich starker Harnstoffretention. Brit. Med. Journ. Bd. 2. 18. Juli. (Pyonephrose mit akuter Entzündung des noch vorhandenen Nierenparenchyms; hoher Harnstoffgehalt des Blutes und der Zerebrospinalflüssigkeit. Tod an Urämie; Sektionsbefund.)
26. *Dorman, F. A., The bacillus coli infections during pregnancy and the puerperium. Med. Soc. of the County of New York. Sitzg. vom 25. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 487.
27. *Drucker, V., Hetralin bei Infektionen des Urogenitalapparates. Zentralbl. f. d. ges. Therapie. 1913. Nr. 8.
28. *Eisendrath, D. N., Das klinische Bild der renalen Infektion. Interstate Med. Journ. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1492.
29. Eliot, Abscess of the kidney. New York. Surg. Soc. Sitzg. vom 22. Okt. 1913. Annals of Surg. Bd. 59. p. 779. (Streptokokkenabszess der linken Niere, wahrscheinlich durch aszendierende Pyelitis; Eröffnung, Heilung.)
30. *Engelhorn, Zur Ätiologie der Pyelitis gravidarum. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 25. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1077.
31. *Engelmann, Ein Fall von gonorrhoischer Pyelitis. Klinische Demonstrationsabende, Dortmund. März. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1206.
32. *Etterich, Th. J., Pyuria in infancy. Pediatrics. Bd. 25. p. 702.
33. *Fleischmann, Künstlicher Abortus bei schwerer Pyelitis. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 11. Nov. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 407.
34. Folsom, A. I., Non-tuberculous infection of kidney. Texas State Journ. of Med. Fort Worth. Bd. 9. Nr. 10.
35. *Franke, C., Die Koliinfektion des Harnapparates und deren Therapie. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 7.

36. *Franz, K., Über Pyelitis gravidarum. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 30. Juni. Zeitschrift f. Urol. Bd. 8. p. 691 u. 699.
37. *Freeman, R. G., Urinary analysis in the diagnosis and treatment of diseases of infancy and childhood. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1802.
38. *Fritz, M., Pyelitis chronica und ihre Behandlung. Ther. d. Gegenw. August.
39. *Furniss, H. D., The colon bacillus infections of the urinary tract in women. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 448 u. 494 und Med. Soc. of the County of New York. Sitzg. vom 25. Mai. Ebenda Bd. 70. p. 484.
40. *Gaifami, Die Pyelonephritis in der Schwangerschaft. Riv. ospedal. 1912. Nr. 12.
41. Gautier, Le phlegmon périnéphritique comme complication des suites des couches. Thèse de Bordeaux. 1913.
42. *Gayet, Pyélonéphrite d'origine gonococcique. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 29. Jan. Revue de Chir. Bd. 49. p. 696.
43. Gelpke, L., Entfernung der rechten Niere wegen Pyelitis infolge Striktur des rechten Ureters. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 208. (Die Striktur war wahrscheinlich durch frühere Uterusexstirpation bewirkt.)
44. *Ger, R., Ein Beitrag zur Pyelonephritis gravidarum. Inaug.-Diss. Bern 1912.
45. Gordon, D. G., Acute bacillus coli infection of urinary tract in children. Brit. Journ. of Children disease. London. Bd. 11. Nr. 126.
46. *De Gottal, Aktive Therapie der Pyelitis. Journ. de Bruxelles. Nr. 17. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1391.
47. Gottfried, S., Ein Fall von Nierenbeckensyphilis. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 600. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 493.)
48. Grosz, S., Eine Reaktion auf Hexamethylentetramin. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 755. (Entstehung eines weissen pulverigen Niederschlags bei Zusatz von gesättigter wässeriger Sublimatlösung zu dem mit 10%iger Essigsäure angesäuertem Harn.)
49. *Guzzoni degli Ancarani, Un caso di pielonefrite in gravidanza. Rendiconti di Soc. tosc. dell' ostetr. e digin. Bd. 5. p. 67. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 99.
50. *v. Haberer, H., Über einen Fall schwer zu deutender Niereneiterung. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 460.
51. Haecker, Schwere Gonokokkenpyelitis. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 24. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1139. (Heilung durch Nierenbeckenspülungen und zweitägiges Liegenlassen des Katheters.)
52. *Hanzlik, P. J., The liberation of formaldehyd from hexamethylenamin in pathologic fluids. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 295 und Cleveland Med. Journ. Bd. 12. Nr. 12.
53. Hart, O. A., Genito-urinary infections, more especially those originating in the kidneys. Michigan State Med. Soc. Journ. Grand Rapids. Bd. 13. Nr. 8.
54. *Hartshorn, M. W., Bacillus coli infections in infancy and early life. Med. Soc. of the County of New York. Sitzg. vom 25. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 483.
55. *Harttung, H., Über Harnstauung und Niereninfektion. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 730.
56. *Hausmann, Th., Die latenten und maskierten Nierenbeckenerkrankungen. Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 79. Heft 3/4.
57. *Hengeveld, F. M. C., Vakzinetherapie bei Kolipyelocystitis. der Kinder Inaug.-Diss. Leiden 1913.
58. Hessmann, Pyonephrose. Hufelandsche Ges. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1477. (Röntgendemonstration.)
59. Hicks, Suppurating Hydronephrosis complicating pregnancy. Midland Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 2. Dez. 1913. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 31. (Ein Fall kurz mitgeteilt; in der Diskussion bezweifelt Whitehouse den Wert der Vakzinebehandlung bei Pyelitis, Martin spricht sich bei Schwangeren für Entleerung des Uterus aus, Whitehouse bezweifelt den Druck des schwangeren Uterus als Ursache, Swayne zieht in gewissen Fällen die Nephrotomie vor und Purslow nimmt in einer Reihe von Fällen aufsteigende Infektion von der Vulva aus an.)
60. *Holzbach, E., Die Dauerirrigation der Blase und des Nierenbeckens. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1621.

61. *Hourtoule, V., Une observation de pyélonéphrite de la grossesse traitée par le cathétérisme urétéral; néphrectomie consécutive. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 55.
62. *Johansson, Sind bei der Pyelitis während der Schwangerschaft chirurgische oder obstetrische Eingriffe vorzuziehen? Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 232. (Ref.)
63. *Katz, Hexal. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1618.
64. Kaufmann, G. L., A simple method of testing for formalin after the administration of urotropin. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 833. (Empfehlung der Burnamschen Probe mit Phenylhydrazin und Nitroprussidnatrium.)
65. Kirk, T. S., Bacteriological examination of urine. Ulster Med. Soc. Sitzg. vom 19. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 970. (Empfehlung der Autovakzinebehandlung.)
66. *Kistler, K., Über Pyelonephritis in graviditate et in puerperio. Inaug.-Diss. Basel 1913.
67. *Koll, I. S., Renal infections from bacteriologic point of view. Mississippi Valley Med. Assoc. 40. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1786.
68. *Kowitz, H. L., Infektiöse Erkrankungen der Harnorgane im Säuglingsalter. (sog. Pyelocystitis). Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1341 u. 1370.
69. *Krausmann, J. W., Sur la pathologie et la thérapeutique des pyélites. Revue clin. d'Urol. 1913. p. 616.
70. *Krayer, F., Über die eitrigen Erkrankungen der Harnwege im Säuglings- und Kindesalter. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 31. März. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 61. p. 1651.
71. Kremer, H., Cystitis und Pyelitis während der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. München. (27 Fälle aus der Münchener Klinik.)
72. *Kretschmer, H. L., Follikuläre Pyelitis. Amer. Journ. of Urol. Bd. 10. Nr. 3.
73. Laewen, Doppelseitige Pyonephrose. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 3. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 929. (Die eine Niere von zahlreichen Abszessen durchsetzt, die einzeln gespalten und drainiert wurden. Besserung.)
74. *Langstein, L., Erfolgreiche Vakzinationsbehandlung eines schweren Falles durch Bacterium lactis aërogenes bedingter Pyelitis. Therap. Monatsh. Nr. 1.
75. *Levings, A. H., Einseitige hämatogene Infektion der Niere. Urol. and Cut. Review. März.
76. *Lichtenstern, R., Geschlossene Pyonephrosen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 241.
77. Mc Guigan und C. L. v. Hess, Hexamethylenamin. Arch. of Int. Med. Chicago. Bd. 13. Nr. 6. (Die Abspaltung von Formaldehyd geht nur bei saurer Reaktion vor sich.)
78. *Manfred, F., Pyelitis chronica und ihre Behandlung. Therap. d. Gegenw. Nr. 8.
79. *Marcozzi, Sul valore dell' albumosuria in rapporto alle infezioni chirurgiche suppurative. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 7.
80. Martin, E. H., und E. A. Purdum, Syphilis of kidneys, report of cases. Arkansas State Med. Soc. Journ. Little Rock. Bd. 11. Nr. 2.
81. *Menge, Bemerkungen zum Infektionsmodus bei der Pyelitis des Weibes. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 26. Okt. 1913. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. p. 307.
82. *Meyr, A., Beitrag zur Symptomatologie der Ureteropyelitis. Wiener klin. Rundschau. Bd. 28. p. 271.
82a. Michaelis, G., Serologie und Vakzinetherapie in der Urologie. Deutsche Ges. f. Urol. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 41. (Siehe Jahresbericht Bd. 27. p. 504.)
83. Moes, M. J., Pyelocystitis in childhood. Jowa State Med. Soc. Journ. Washington. Bd. 3. Nr. 9.
84. Munro, D., Renal case and relief of renal pain by washing ont pelvis of kidney through ureteral catheter Indian Med. Gaz. Calcutta. Bd. 48. Nr. 12. (Inzision des Nierenbeckens wegen Steinverdacht, ohne Bestätigung; Verschluss der Wunde. Wiederkehr der Koliken; bei Injektionen ins Nierenbecken entleerten sich wurmförmige käsige Massen, deren Herkunft unerklärt blieb. Tuberkel- und Kolibazillen wurden nicht gefunden. Nach drei Spülungen Verschwinden der Koliken und Genesung.)
85. *Murray, H. L., Pyelitis developing after delivery. North of England Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 16. Jan. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 319.
86. *— Three atypical cases of post partum pyelitis. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 2.

87. *Neu, Kystoskopische Demonstration eines nach der Blase durchgebrochenen paranephritischen Abszesses. Naturhist.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 23. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1854.
88. Nitch, C. A. R., Symptoms, diagnosis and treatment of hemic infections of kidney. Practitioner. Bd. 92. Nr. 2. (Besprechung der hämatogenen Niereninfektionen mit Koli- und Typhusbazillen, Strepto- und Staphylokokken und Tuberkulose.)
89. *Patrick, A., Atypical coli-typhoid bacilli in typhoid urines. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 30. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 430.
90. *Pawlow, A. N., Pyelitis gravidarum. Shurn. akusch. i shensk. bolezn. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 301.
91. *Pedersen, J., Der Kolibazillus bei den Affektionen der Harn- und Genitalorgane. Amer. Assoc. of gen.-ur. Surg. 27. Jahresvers. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 117.
92. Pedersen, V. C., Pus in the urine. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 1141. (Kasuistik mit diagnostischen Bemerkungen über die Quellen des Eiters im Harn.)
93. Pennock, W. J., Chronic Pyelitis. Northwest Med. Seattle. Bd. 6. Nr. 7.
94. *Pereira, A., Klinische Studien über Pyelonephritis. Brazil Med. Rio de Janeiro. Bd. 28. Nr. 23.
95. Portner, E., Akute Pyelitis. Med. Klinik. Bd. 10. p. 70. (Allgemeine Richtpunkte.)
96. — Pyonephrose. Med. Klinik. Bd. 10. p. 164. (Allgemeine Richtpunkte.)
97. — Epinephritis, Para- und Perinephritis. Ebenda.
98. — Chronische Pyelitis und Pyelonephritis. Ebenda p. 113. (Allgemeine Richtpunkte über Symptome, Diagnose und Therapie.)
99. Reiter, H., Vakzinetherapie und Vakzinediagnostik. Stuttgart 1913. F. Enke. (Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Frage.)
100. *Rovsing, Th., Behandlung der hämatogenen Infektionen des Harntraktus. Internat. Med. Kongr. Revue clin. d'Urol. 1913. Nov.
101. Rumpel, O., Pyonephrotischer Tumor mit vollständiger fettiger Entartung. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1136.
102. Sachs, O., Über qualitative Unterschiede des Formaldehydgehaltes im Urotropin und Hexamethylentetramin. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 652. (Weist nach, dass das käufliche Hexamethylentetramin ungleich weniger abspaltbares Formaldehyd besitzt als das Originalpräparat Urotropin und die Kombinationspräparate Rhodaform, Hexal, Neohexal, Helmitol, Amphotropin, Vesicurin, Cystosan und Cystopurin.)
103. Schallehn, Grosse Pyonephrose mit sehr grossem Korallensteine. Wissensch. Ärzteverein Stettin. Sitzg. vom 14. Nov. 1913. Med. Klinik. Bd. 10. p. 177. (Erfolgreiche Nephrektomie trotz ganz geringer molekularer Konzentration des Harns, die auf die hochgradige Anämie bezogen wurde.)
104. *Schmitz, K., Vergleichende bakteriologische Untersuchungen zwischen Hexamethylentetramin und Rhodaform. Med. Klinik. Bd. 10. Nr. 31.
105. Schmiz, E., Vortäuschung von Eiweiss nach Hexamethylentetramin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 128. (Hexamethylentetramin kann bei der Esbachschen Probe eine ähnliche Fällung wie Eiweiss geben.)
106. Schneider, W., Der Nachweis von Typhusbazillen im Urin mit Hilfe des Berkefeldfilters. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 172. (Gestattet einen früheren Nachweis als andere Methoden.)
107. *Schottmüller, Zur Frage der Nieren- und Nierenbeckeninfektion. Hamburgisch. med. Überseehefte. Bd. 1. Nr. 2 u. 3.
108. Schröder, H., Über die geschichtliche Entwicklung und den heutigen Stand der Vakzinebehandlung. Therap. Monatsh. Nr. 2. (Übersichtsartikel.)
109. Schumacher, J., Vortäuschung von Eiweiss nach Hexamethylentetramin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1523. (Die von Schmiz angegebene Reaktion, die Hexamethylentetraminharne beim Erwärmen mit Kaliumpikrat geben, wird als nicht spezifisch erklärt.)
110. *Simon, L., Hämaturien nach grossen Urotropingaben. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 253.
111. *— W. V., Paranephritischer Abszess. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. Heft 5/6.
112. *Simson, H. J. F., und J. M. Bernstein, Puerperale Koliinfektion und Infektionsmöglichkeit in der Schwangerschaft. Brit. Med. Journ. Bd. 1. 4. April.
113. Smith, F. H., Pyelitis in children, cause of obscure fever. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. Richmond. Bd. 19. Nr. 3.

114. *Stiner, Pyelocystitis im Kindesalter. Korresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte. Bd. 44. Nr. 23.
115. *Stone, W. B., Autogenous vaccines in colon bacillus infections. Albany Med. Annals. Bd. 35. Nr. 3.
116. *Strauss, A., und L. H. Levy, Clinical and bacteriologic study of Hexamethylenamin as urinary antiseptic. Arch. of internal Med. Chicago. Bd. 14. Nr. 5.
117. *Suter, Über Bakteriurie. Internat. Ges. f. Urol. III. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 590.
118. *Sweet und Stewart, The ascending infection of the kidney. Surg., Gyn. and Obst. April.
119. *Thomson, J., Infektion der Harnwege durch Kolibazillen bei Kindern. Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 12. p. 564.
120. *Uhlirz, R., Über das Anwendungsgebiet des Hexals. Österr. Ärztezeitg. p. 142.
121. Voron, Un cas de pyélonéphrite colibacillaire à gauche dans les suites de couches. Réunion obst. et gyn. de Lyon. Sitzg. vom 1. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 323.
122. *Walker, J. W. Th., Urinary antiseptics. Edinburgh Med. Journ. N. F. Bd. 12. p. 503.
123. Walther, H. W. E., Hexamethylenamin in urologic therapy. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 67. Nr. 2.
124. Weisswange, Hydronephrose und Pyonephrose. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 29. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 89. (3 Liter enthaltende Hydronephrose, für Ovarialkystom gehalten; Exstirpation, Heilung; ferner Fall von Pyonephrose durch Streptokokken, mittelst Ureterkatheterismus nachgewiesen. Exstirpation. Heilung.)
125. *Weymeersch, A., Schwangerschaftspyelonephritis durch Autovakzine geheilt. Journ. Belge de Gyn. et d'Obst. Nr. 6. p. 461. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1152.
126. Wobus, R. E., Pyelitis complicating pregnancy. Missouri State Med. Assoc. Journ. St. Louis. Bd. 10. Nr. 11.
127. *Wodrig, H., Beitrag zur eitrigen Infektion der Harnwege im Kindesalter. Inaug.-Diss. 1913. Freiburg.
128. *Wolfsohn, G., Grundlagen und Wert der Vakzinetherapie. Mitt. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 1.
129. *Wood, D. A., Verhältnismässig erhöhte Temperatur des Harns bei entzündlichen Erkrankungen des Harntraktus. Brit. Med. Journ. Bd. 1. 30. Mai.
130. *Wyman, E. T., Pyelitis in infancy and childhood. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 170. p. 540.
131. *Zimmermann, R., Beitrag zur Ätiologie der Pyelitis gravidarum an der Hand von bakteriologischen Harnuntersuchungen. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 56.
132. *Zinner, A., Vakzinetherapie in Fällen chronischer, nichtgonorrhoischer Infektion der Harnwege. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 577. Deutsche Ges. f. Urol. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 107.

Symptome und Pathogenese.

Hausmann (56) macht auf die unter vollständig atypsichen Symptomen verlaufenden Nierenbeckenerkrankungen, die Appendizitis, Ischias, Rheumatismus, Bauchdeckenneuralgie, Ulcus, Darmkatarrh, Hysterie, Neurasthenie, Blasenkatarrh vortäuschen können, aufmerksam und rechnet hierzu vor allem die von Nephroptoe oder von Genitalerkrankungen bewirkte Harnstauung mit Dilatation des Nierenbeckens und Pyelitis. Hierbei kann der Harn klar sein oder unbedeutende Mengen von Leuko- und Erythrozyten oder veränderten Epithelien enthalten. Zur Erkennung ist die grundsätzliche Untersuchung des Sedimentes notwendig, auch bei klarem Harn und fehlendem Eiweiss. Ein gallertiges Sediment beweist eine Nierenbeckeninfektion, ebenso eine Bakteriurie, die aber latent sein kann, so dass zum Nachweis das Kulturverfahren notwendig ist. Die Dilatation des Nierenbeckens ist durch Ureterkatheterismus und Pyelographie nachweisbar. Von klinischen Symptomen weisen der lumbale Sukkusionsschmerz und der Psoasschmerz, besonders wenn sie einseitig sind, auf Nierenbeckenerkrankungen hin. Der Psoasschmerz ist bei Nieren- und Uretersteinen, Pyelitis, Nephroptose und Nierenbeckenstauung fast regelmässig zu konstatieren, selbst der Sukkussionsschmerz fehlt. Er ist — ausgenommen bei Uretersteinen auf die obere Partie

des Psoas beschränkt — im Gegensatz zu Appendizitis und gynäkologischen Affektionen. Er erklärt sich durch erhöhten Reizzustand des den Psoas bedeckenden Nervengeflechtes. Der Sukkussionsschmerz wird dadurch geprüft, dass man mit dem Kleinfingerballen der quer zur Lendengegend gerichteten Hand leichte, aber doch genügend kräftige Stösse in der Richtung von hinten aussen nach vorne innen ausführt. Einseitiger lumbaler Sukkussionsschmerz, einseitiger Psoasschmerz und irgendwelche pathologische Elemente im Harn lassen eine Affektion der oberen Harnwege mit Sicherheit annehmen.

Meyr (82) bespricht an der Hand eines Falles von tödlicher Ureteropyelitis, in dem die bei der Sektion gefundenen Veränderungen verhältnismässig gering gegen die ausserordentlich grosse Schmerzhaftigkeit (Koliken, kontinuierliche Schmerzen und hochgradige Druckschmerzhaftigkeit der Bauchhaut) waren. Die Kolikschmerzen werden auf krampfhafte Kontraktionen des Ureters, die kontinuierliche Schmerzhaftigkeit auf Spannung des Nierenbeckens durch Harnstauung und Erlahmung des Ureters, endlich die Druckschmerzhaftigkeit der Haut auf Irradiation nach den entsprechenden Hautnervengebieten zurückgeführt. Ein sicheres Unterscheidungsmittel von Steinkoliken liess sich im vorliegenden Falle nicht gewinnen, jedoch lässt sich die Ausbreitung der Druckschmerzhaftigkeit, wenn diese nicht wie in dem beschriebenen Falle zu hochgradig ist, nach dem Befallensein der Nervengebiete (Headsche Zonen) dazu benützen, um Nierenbecken und Ureter als Sitz der Erkrankung zu erkennen.

Wood (129) fand bei entzündlichen Erkrankungen des Harntraktus eine Erhöhung der Temperatur des ausfliessenden Harns (normal beträgt diese 0,4° unter der rektalen und 0,4° über der oralen Temperatur) und empfiehlt diese Bestimmung zum Nachweis solcher Erkrankungen; das Thermometer muss dicht an die Urethralöffnung gehalten werden. Möglicherweise ist diese Methode auch für die aus den Ureteren ausfliessenden Harne zur Bestimmung der erkrankten Seite zu verwenden.

David (24) fand bei nichttuberkulösen Infektionen der Niere in 20% der Fälle, wo Keime gezüchtet wurden, anaërobe Mikroorganismen und davon in vier Fällen (8%) in Reinkultur; als solche fanden sich ein sehr kleiner, nur auf Blutnährböden wachsender, gramnegativer Bazillus, ein gramnegativer pigmentproduzierender Bazillus und gleichzeitig ein bisher nicht bekannter gramnegativer Coccus, ferner Staphylococcus parvulus und grampositive Staphylokokken.

Eisendrath (28) nimmt für die Infektion den hämatogenen und den aszendierenden (urogenen und lymphatischen Weg), bei Kindern den lymphatischen Weg durch Lymphgefässverbindung zwischen Kolon und Niere an. Als häufige Komplikation wird sekundäre Steinbildung, besonders bei Harnretention im Nierenbecken genannt. Als Mischinfektion kommt Tuberkulose vor, deren Erkennung schwierig sein kann, weil in solchen Fällen Blasensymptome fehlen. Für die Diagnose ist Kystoskopie und Ureterkatheterismus besonders wichtig. Durch Nierenbeckenspülungen können hartnäckige akute und subakute Fälle rasch zur Heilung kommen. In schweren Fällen kann bei gesunder anderer Niere die Nephrektomie in Frage kommen.

Furniss (39) erklärt als Prädisposition zur Koliinfektion der Harnwege Stauungen in denselben, Herabsetzung der Vitalität der Gewebe durch Kongestion etc.; die häufigere Erkrankung der rechten Niere wird auf deren grössere Beweglichkeit zurückgeführt. Quellen der Infektion sind periphere Eiterungen, besonders aber Darmaffektionen. Der Infektionsweg ist überwiegend häufig der hämatogene, und zwar werden infizierte Thromben in den Nierengefässen als Ausgangspunkte angenommen. Staphylo- und Streptokokken bewirken viel schwerere Infektionen als Kolibazillen und verlangen häufig frühzeitige Nephrektomie. Für Pyelitis sind gewöhnliche diätetische Behandlung und Harnantiseptika genügend, eventuell sind Nierenbeckenspülungen angezeigt. Die Vakzinebehandlung eignet sich am besten bei Infektion des Nierengewebes, und zwar ist Autovakzine anzuwenden. Bei ulzerativen und Eiterungsprozessen der Nieren ist die Nephrektomie indiziert.

Cohn (22a) fand unter 109 Fällen von Harneiterungen, dass in 99 Fällen der Sitz der Eiterung in die Niere zu verlegen war, während in 58 Fällen über Blasenbeschwerden geklagt wurde und nur in 16 Fällen entzündliche Veränderungen in der Blase nachzuweisen waren. Es wird daher auf die überwiegend häufige primäre Erkrankung der Niere geschlossen und die Blasenerkrankung für sekundär erklärt. In 88 Fällen waren Kolibazillen, davon 56 mal schon im Ureterharn nachzuweisen, 6 mal Staphylococcus albus, 3 mal Staphylococcus aureus, 3 mal Streptokokken, 2 mal Bact. lactis aërogenes und in den übrigen Fällen je einmal Pseudodiphtheriebazillen, Gonokokken u. a. Alle Fälle von Blasenreizung, bei denen die Spontanentleerung der Blase eine vollständige war, heilten ohne Spülung, jedoch soll die Blase vor Eintritt des Harndranges entleert werden. Die Nierenbeckenspülungen hatten

unter 8 Fällen 7mal dauernden Erfolg; 2mal wurde die Nephrektomie, 11mal die Nephrotomie mit Enthülsung ausgeführt. Cohn zieht hieraus den Schluss, dass der Nachweis eines primären idiopathischen Blasenkatarrhs nichttuberkulösen Charakters schwer zu erbringen ist und dass die Behandlung bei negativem, kystoskopischem Befund sich auf die Nieren, und zwar am besten auf internem Wege, zu richten hat.

Levings (75) unterscheidet klinisch drei Formen von einseitiger hämatogener Infektion der Niere, als deren Ausgangspunkt er die Thrombosierung irgend einer kleinen Vene annimmt. Die erste Form tritt akut unter stürmischen toxämischen Erscheinungen auf und führt meist in wenigen Tagen, wenn nicht operiert wird, zum Tode. Bei der zweiten Form ist der Eintritt ebenso akut, aber die Erscheinungen weniger schwer, es kommt, wenn nicht operiert wird, zur Abszess- oder Pyonephrosenbildung. Die dritte Form ist gutartig und hat Ähnlichkeit mit einer subakuten Appendizitis oder Cholecystitis; sie kann mit medikamentösen Mitteln behandelt werden. Die häufigsten Infektionsträger sind Kolibazillen und Staphylokokken.

Albert (1) nimmt bei Infektionen der Niere einschliesslich Tuberkulose den Blutweg als den häufigeren an, lässt aber auch die Möglichkeit einer aszendierenden Infektion besonders auf dem Wege durch die Lymphgefässe zu.

Bijnen (11) erklärt bei Pyelitis die absteigende Infektion für die Regel. Die Behandlung besteht in Kollargolspülungen des Nierenbeckens.

Franke (35) erklärt ein Aufsteigen der Keime aus der normalen Harnröhre in die Blase nicht ohne weiteres für möglich; bei schon vorhandener Infektion der Blase ist allerdings ein Aufsteigen in Nierenbecken und Niere möglich, und zwar geschieht dies seltener auf dem Wege des Harns und der Schleimhaut als durch die Lymph- und Blutgefässe der Ureterwand. Auf dem hämatogenen und lymphogenen Weg vom Darm aus können schon bei leichten Darmstörungen, z. B. Obstipation von einigen Tagen Dauer, Bakterien aus dem Darm in die Lymph-, wahrscheinlich auch in die Blutgefässe übertreten und von da aus in die Niere ausgeschieden werden. Der direkte Weg vom Rektum in die Blase kommt nur bei Operationen in dem umgebenden Gewebe in Betracht. Als Prädisposition für die Koliinfektion werden Darmstörungen, Allgemeinerkrankungen, Harnstauungen z. B. in der Gravidität angenommen. Zur Behandlung werden Harnantiseptika, Ureterdauerkatheter und Nierenbeckenspülungen empfohlen, bei weitgehenden Veränderungen kommen Nephrotomie, Drainage des Nierenbeckens, schliesslich Nephrektomie in Frage — Operationen, die in der Gravidität der künstlichen Entleerung des Uterus vorgezogen werden. Die Prognose wird quoad vitam als günstig, dagegen in bezug auf dauerndes Verschwinden der Bakterien und Rezidive als ungünstig bezeichnet. In chronischen Fällen kann das Nierenparenchym miterkranken.

Harttung (55) führt als hauptsächlichste Ursachen der Harnstauung im Nierenbecken ausser den kongenitalen Ursachen entzündliche Prozesse in den Schleimhäuten und besonders in der Umgebung des Ureters, Abflusshindernisse in den unteren Harnwegen, Steine, Tumoren und Drüsenmetastasen in der Umgebung des Ureters, besonders Schwangerschaft an. Tierversuche mit Unterbindung des einen Ureters und nachfolgender intravenöser Injektion mit Bakterien (Kolibazillen, Staphylokokken, Pyocyaneus) ergeben, dass dabei die gestaute Niere schwere Veränderungen erzeugte, während die andere von Veränderungen frei oder fast frei blieb, so dass der Schluss gezogen wird, dass die Infektion primär aseptischer Hydronephrosen nicht auf aszendierendem, sondern auf deszendierendem (Blut- oder Lymph-) Wege erfolgt.

Koll (67) erklärt die Infektion der Nieren aus dem Darm durch die Verbindung der Lymphgefässe des Darms mit denen der Niere, aber auch auf dem Blutwege können ebenso Keime nach der Niere gebracht werden. Die Infektion auf dem Wege längs des Ureters kann extra- und intraureteral erfolgen.

In der Diskussion schreibt Rosenow die akute Pyelitis oder Pyelonephritis einer hämatogenen Infektion zu, Ries empfiehlt konservative Behandlung der Pyelitis in graviditate und B. Lewis empfiehlt Nierenbeckenspülungen. Cabot weist auf die noch nicht genügend erklärte Häufigkeit der Niereninfektionen bei Frauen hin.

Krausmann (69) erklärt die Infektion des Nierenbeckens nicht für genügend für die Entstehung einer Pyelitis und sieht die wichtigste Grundlage in dem Bestehen einer Harnretention, z. B. durch Steine, Ureterstrikturen, Tumoren, Schwangerschaft (wobei er sowohl Kompression des Ureters durch den Uterus als Schleimhautschwellung als Ursache anerkennt) etc. Von den Infektionswegen wird sowohl der auf- als der absteigende Weg als möglich anerkannt. Bezüglich der Therapie wird besonders die gute Wirkung des therapeutischen Ureterenkatheterismus bei Gono- und Kolipyelitis hervorgehoben.

Pedersen (91) erklärt die aszendierende Koliinfektion für möglich, dagegen die Infektion auf hämatogenem und lymphatischem Wege für sicher erwiesen. Die Vakzinotherapie wird für wenig erfolgreich gehalten.

Schottmüller (107) fand, dass bei Bakteriämie die Staphylokokken fast regelmässig und in grosser Zahl in den Harn übertreten (dabei kleinere und grössere Nierenabszesse und Komplikation mit paranephritischem Abszessen). Streptokokken gingen nicht so häufig über, Gasbazillen in einem Fall nach Abortausräumung. Es wird ein Übertreten in den Harn nur bei Schädigung der Nieren angenommen. Der häufigste Erreger bei Nieren-, namentlich bei Nierenbeckeninfektion, ist der Kolibazillus, jedoch wird die hämatogene Infektion bestritten und der aufsteigende und lymphogene Weg als viel wahrscheinlicher erklärt. Die Behandlung bei Kolipyelitis soll eine absolut konservative sein (Trinkdiurese), der Wert der Nierenbeckenspülungen ist fraglich.

Sweet und Stewart (118) nehmen eine aufsteigende Infektion der Niere nicht auf dem Wege durch das Ureterlumen, sondern auf dem Wege durch die netzförmig ausgebreiteten Lymphgefässe an, welche von der Blase aus längs und innerhalb der Ureterwandungen mit denen des Nierenbeckens durch Anastomosen in Verbindung stehen. Auf dem lymphatischen Wege werden auch die Infektionen der Niere nach Einpflanzung des Ureters in den Darm erklärt. Für die Fähigkeit der Lymphgefässe zur Fortleitung der Infektion nach aufwärts werden Tierversuche als beweisend mitgeteilt.

Biedl (9) führt die Bakteriurie in der Mehrzahl der Fälle auf aszendierende Infektion per urethram zurück, woraus das viel häufigere Vorkommen bei Frauen als bei Männern sich erklärt. Viel seltener ist hämatogene Infektion vom Darm aus und am seltensten aus zirkumskripten peripheren Bakterienherden.

Suter (117) unterscheidet autochthone und Ausscheidungsbakteriurien; die ersteren sind primär oder sekundär im Anschluss an einen entzündlichen Prozess der Harnwege. Aus der Bakteriurie kann sich ein entzündlicher Prozess entwickeln und zwar können dieselben Bakterien in einem Teile der Harnwege Bakteriurie, in einem anderen Entzündung bewirken. Die Infektion ist entweder eine exogene (z. B. durch Instrumente), oder eine endogene auf dem Blut- und Lymphwege. Die Bakteriurie ist entweder eine vesikale oder eine vesikale und renale. Die häufigsten Erreger sind Kolibazillen, andere Stabbakterien und Staphylokokken. Die Prognose ist quoad vitam gut, quoad sanationem dubia. Die Tuberkelbazillurie bedeutet noch nicht eine Nierentuberkulose, braucht auch nicht zu dieser zu führen.

In der Diskussion bezeichnet Biedl die aszendierende Bakteriurie als die häufigste Form, die intestinale als viel seltener, als am seltensten die hämatogene Infektion aus peripheren, zirkumskripten Bakterienherden. Freudenberg tritt für schärfere Trennung der einzelnen Arten der Bakteriurie ein. Bezüglich der Vakzinebehandlung bekennt sich Tuffier als Anhänger, besonders bei hämatogenen Formen, Cohn als Gegner.

Pyelitis im Kindesalter.

Hierüber handeln die Arbeiten von Birk (11), Hartshorn (54), Etterich (32), Freeman (37), Kowitz (68), Krayer (70), Stiner (114), Thomson (119), Wodrig (127), Wyman (130).

Pyelitis in graviditate.

Hierüber handeln Chevassu (21), Dorman (26), Kistler (66), Menge (81), Engelhorn (30), Franz (36), Pawlow (90), Simson und Bernstein (112), Weymeersch (125), Zimmermann (131), Murray (85, 86), Albrecht (2), Ger (44) Gaifami (40), Hourtoule (61), Fleischmann (33), Guzzoni degli Ancarani (49), Johansson (62), Austin (5).

Siehe Erkrankungen während der Schwangerschaft.

Harnantiseptika.

Boruttau (15) fand, dass die Verbindungen des Hexamethylentetramins mit Salizylsäure, Phthal- und Kampfersäure erhöhte Wirksamkeit als Harnantiseptika haben, die Verbindung mit Borsäure dagegen übertrifft die freie Base nicht. Die Verbindung mit Anhydromethylenzitronensäure und mit Zitronensäure ist ebenfalls von erhöhter harnantiseptischer Wirkung. Die Verbindung mit den genannten Säuren erhöht ferner die Lösungs-

fähigkeit des Harns für Harnsäure und das phenylcinchoninsaure Salz bewirkt Steigerung der Harnsäureausscheidung. Diuretisch wirken am meisten die Verbindungen mit Zitronensäure, Anhydromethylenzitronensäure, Borzitronensäure und Phthalzitronensäure.

Nach v. Breuning (17) entsteht die Formaldehydabspaltung im Harn als rein chemischer Prozess nur bei saurer Reaktion und wenn der Harn eine Zeitlang in der Blase retiniert wird.

Hanzlik (52) erklärt die Notwendigkeit der Ansäuerung des Harns mit saurem Natriumphosphat für notwendig, wenn bei vorher neutralem oder alkalischem Harn Urotropin gegeben werden soll. Mittelst der Phlorogluzinprobe ist die Formaldehydabspaltung zu kontrollieren.

Schmitz (104) fand als Vorzüge des Rhodaforms (Verbindung des Methylesters der Rhodanwasserstoffsäure mit Hexamethylentetramin) vor dem Hexamethylentetramin eine wesentlich höhere Dseinfektionswirkung, die Abspaltung von Formaldehyd nicht nur in saurem, sondern auch in alkalischem Harn, endlich die Möglichkeit einer lokalen und intravenösen Anwendung wegen der neutralen Reaktion des Mittels.

Strauss und Levy (116) fanden, dass das Hexamethylentetramin, wenn es genügend Formaldehyd im Harn abspalten soll, um bakterizid zu wirken, in so grosser Dosis gegeben werden muss, dass es zusammen mit der stark sauren Harnreaktion, bei der es nur abspaltend wirken kann, schädigend auf die Niere einwirkt. Es ist am meisten während des Typhus wirksam, um Cystitis und Pyelitis zu verhindern.

Walker (122) schreibt vor, dass man Urotropin in steigenden Dosen anwenden solle, bis eine antiseptische Wirkung erzielt oder die Grenze der Toleranz für das Mittel erreicht ist. Stets ist die Harnreaktion zu beobachten und die Azidität durch Medikamente zu steigern, bis der Punkt der Formaldehydabspaltung erreicht ist. Diuretika und diuretische Wässer sind zu vermeiden, weil sie die Abspaltung beeinträchtigen können. Während der Darreichungszeit ist mittelst der Rimini-Burnamschen Probe die Formaldehydabspaltung zu kontrollieren. Bei akuter Entzündung der Harnorgane, bei Tuberkulose und bei alkalischer Harnreaktion ist die Anwendung von Urotropin schädlich oder nutzlos.

Uhlirz (120) empfiehlt das Hexal bei harnsaurer Diathese, weil das Hexamethylentetramin mit Harnsäure ein leichter lösliches Salz bildet, ferner bei Cystitis und Harnverhaltung. Kokken und Bazillen, die vorher im Harn reichlich vorhanden waren, verschwanden nach Hexal oder wurden erheblich vermindert.

Drucker (27) rühmt bei bakteriellen Erkrankungen der Harnwege und bei Cystitis jeden Ursprungs den Gebrauch des Hetralins, dessen Wirkung auf die sehr rasch eintretende Abspaltung des Formaldehyds und auf die azidifizierende Wirkung des Resorzins zurückgeführt wird.

Katz (63) rühmt die prompte und zuverlässige Wirkung des Hexals bei Infektion des weiblichen Urogenitalapparates.

Simon (110) beobachtete nach grossen Urotropindosen (6 g pro die mehrere Tage lang) Hämaturie infolge hämorrhagischer Cystitis bei starkem Formalingeruch des Harns; es wird demnach eine Formalinschädigung als Ursache angenommen.

Lokalbehandlung.

Wossidlo (b. 105) erzielte bei Pyelitis und Pyelonephritis mit Diathermiebehandlung eine schmerzstillende Wirkung. Schädigungen wurden nicht beobachtet.

De Gottal (46) tritt für die aktive Behandlung der Pyelitis dann ein, wenn die inneren Mittel erfolglos geblieben sind. Kontraindiziert ist sie bei akuten, mit Fieber und Schmerzen verlaufenden Fällen, bei Steinen, Tuberkulose und Beteiligung des Nierenparenchyms. Wenn nicht nach einigen Sitzungen Erfolg eintritt, soll sie nicht fortgesetzt werden.

Fritz (38) empfiehlt bei akuter Pyelitis Regelung der Darmtätigkeit und Bekämpfung der Infektionsquelle, sowie Trinkdiurese und Antiseptika, bei chronischen Fällen Nierenbeckenspülungen mit Quecksilberoxyzyanat (1 : 2000.)

Holzbach (60) gibt einen Apparat zur Dauerirrigation der Blase mit Hilfe eines doppelläufigen Dauerkatheters an, bei dem eine Abkühlung der Spülflüssigkeit durch Isolierung der Spülkanne gegen Wärmeabgabe und zu rascher Abfluss der Spülflüssigkeit vermieden wird. In einer Stunde können 2—2½ Liter durch die Blase unter Dehnung ihrer Wände und Vermeidung einer Überdehnung durchfliessen. Der Katheter kann bis 14 Tage liegen bleiben und es wird zwischen Dauerirrigation und Ruhigstellung gewechselt.

Holzbach wendet die Dauerirrigation wie bei der Blase auch bei Pyelitis an, indem er einen doppelläufigen Ureterkatheter in das Nierenbecken vorschiebt und 36 Stunden liegen lässt, so dass die Spülung zweimal je 12 Stunden lang stattfindet. Er empfiehlt das Verfahren bei zögernd reagierenden Fällen von Schwangerschaftspyelitis.

Manfred (78) empfiehlt zur Nierenbeckenspülung Hg-Oxyzyanat 1 : 2000 und nach Reinspülung Kollargollösung 1 : 200, welch letztere im Nierenbecken zurückgelassen wird.

Rovsing (100) verwirft die Nephrektomie bei Koliinfektion der Niere, ausser wenn sie mit Steinbildung und Pyelonephritis oder mit Hydronephrose und Pyelonephritis kompliziert ist. Er empfiehlt bei Pyelitis täglich 1 g Phenylsalizylat und Zufuhr von 3—4 Liter Wasser und legt gleichzeitig, um zu grosse Ansammlung von Harn in der Blase zu verhindern, einen Dauerkatheter ein, der, sobald die Bazillen aus dem Harn verschwunden sind, entfernt wird, worauf er 50 g einer 1%igen Silbernitratlösung in die Blase injiziert und dort belässt, um die etwa noch vorhandenen Bazillen zu töten. In 50% der Fälle wurden auf diese Weise die Bazillen zum Verschwinden gebracht. Wenn diese Behandlung nicht zum Ziele führt, wird die Anwendung von Autovakzine empfohlen.

Vakzinebehandlung.

Hengeveld (57) beobachtete bei Autovakzinebehandlung der Kolipyelocystitis im Kindesalter in den meisten Fällen Heilung oder wenigstens Besserung. Geringe Erfolge wurden bei chronischer, fieberhafter Pyurie erzielt.

In einem von Langstein (74) beschriebenen Falle von Pyelitis durch Bacterium lactis aërogenes führten nach vorheriger längerer erfolgloser Behandlung schliesslich drei Injektionen von Autovakzine zur dauernden Heilung.

Stone (115) erzielte bei chronischen, jeder anderen Behandlung trotzenden Koliinfektionen der Harnwege durch Injektionen mit aus dem aseptisch aufgesammelten Harn hergestellter Vakzine rasche Heilung. Neun Fälle.

Wolfsohn (128) verlangt zur Vakzinebehandlung einer Koliinfektion die Verwendung einer Autovakzine.

Volk (b. 99) erklärt die Vakzinebehandlung besonders bei Staphylokokken und Koliinfektionen der Harnwege für erfolgreich, jedoch verlangt er die Anwendung einer autogenen Vakzine. Üble Nebenwirkungen sind bei vorsichtigem Vorgehen nicht zu befürchten.

Zinner (132) schreibt bei chronischer Pyelitis, Bakteriurie etc. der Vakzinetherapie allein keine klinische und bakteriologische Heilwirkung zu. Bei veralteten Fällen, bei denen jede andere Behandlung erfolglos geblieben ist, wurde durch Vakzination allein erhebliche Besserung erzielt. Die Behandlung wird durch lokale und medikamentöse Behandlung kräftig unterstützt. Von der Staphylokokkenvakzine kann man im allgemeinen grössere Dosen anwenden als bei Kolistämmen. Sehr hohe Temperatursteigerung nach der Einverleibung ist auf Überdosierung zurückzuführen und hat Verschlimmerung zur Folge. Eine Temperatursteigerung ist zur Erzielung einer Wirkung nicht notwendig. Durch Ureterkatheterismus ist stets festzustellen, ob eine renale Infektion vorliegt und in diesem Falle dürfen nur die aus dem Ureterharn gezüchteten Bakterien zur Herstellung der Vakzine verwendet werden. Vorsichtige intravenöse Injektion bringt in dringenden Fällen rascher eine Wendung im Krankheitsbild hervor und wird anstandslos ertragen. Die vorsichtige Durchführung der Vakzinebehandlung ist ungefährlich und soll bei subakuten und chronischen Infektionen der Harnwege nach sorgfältiger Lokalisation des Prozesses in Verbindung mit anderen klinischen Methoden, wenn diese allein nicht zum Erfolg führen, angewendet werden.

Andere Formen von Infektion und Entzündung des Nierenbeckens.

Bloch (13) berichtet über 63 Fälle von Pyelitis nach Gonorrhoe, darunter 44 bei Frauen. Er unterscheidet dabei eine rein pyelitische Form mit isolierter Infektion des Nierenbeckens ohne Erweiterung, eine nephrotische mit mehr oder minder starker Erweiterung des Nierenbeckens, und eine pyelonephritische mit Erkrankung des Parenchyms. Die ersten zwei Formen treten ohne besondere Beschwerden und Fieber auf und werden daher meist erst im subakuten und chronischen Stadium nachgewiesen, die letzte Form dagegen geht im akuten Stadium immer mit schweren Symptomen einher. Während für die primäre Kolipyelitis der hämatogene urogene und lymphogene Weg der Infektion möglich ist, kommt bei der sekundären fast ausschliesslich der aszendierende Weg (lymphogen oder urogen) in Betracht. Begünstigend für das Aszendieren der Kolibazillen wirken temporärer Überdruck in die Blase (häufig durch stark reizende Blasenspülungen), zeitweilige Verlangsamung des

Harnstroms durch geringgradige Abflusshindernisse im Ureter und mechanische Reizungen bei starker Hyperämie des Urogenitalsystems. Die pyelonephritische Form verlangt im akuten Stadium eine interne Behandlung (Salol, Kamphosan, Hexal, Borovertin), die beiden anderen Formen können auch im akuten Stadium lokal mittelst Ureterdauerkatheter und Spülungen mit physiologischer Kochsalzlösung, Borsäure- (3%) oder Oxyzyanatlösung (0,2‰) behandelt werden. Von der Vakzinebehandlung konnte bei chronischen Fällen kein hinfälliger Einfluss beobachtet werden. Bei rechtzeitiger Erkennung der sekundären Kolipyelitis erfolgt meistens völlige Ausheilung, die pyelonephritische Form kann in echte chronische, parenchymatöse Nephritis übergehen. In allen Fällen von gonorrhoischer Cystitis, wenn ohne subjektive Nierensymptome der Harn sich trotz geeigneter Blasenbehandlung lange Zeit nicht klären will, muss an eine Pyelitis gedacht werden.

Engelmann (31) beobachtete bei hartnäckiger gonorrhoischer Pyelitis nach Ureterkatheterismus und Höllensteinspülung des Nierenbeckens und mehreren Arthigoninjektionen auch vollständiges Verschwinden der Gonokokken aus Harn, Urethra und Cervix.

Gayet (42) beseitigte eine Gonokokkenpyelitis mit heftigen Nierenschmerzen, Hämaturie und Pyurie durch Ureterkatheterismus, Protargol- und Kollargolspülungen.

Pereira (94) fand in 50% seiner Fälle von akuter Gonorrhoe Infektion des Nierenbeckens, als deren Symptom er den paraumbilikalen Druckschmerz gegen die Spina a. s. zu, dem Musculus rectus entsprechend, angibt. Lokalbehandlung der akuten Gonorrhoe ist in solchen Fällen zu unterlassen, weil sie die Kongestion zur Niere erhöht und die Entzündung steigert. Pyelonephritis in graviditate ist wahrscheinlich häufig als Rückfall einer alten, latent gewordenen chronischen Pyelitis anzusehen. Lokalbehandlung der Pyelitis ist in akuten Fällen, Harnantiseptika in den chronischen Fällen indiziert.

Patrick (89) fand unter 17 Fällen von Typhus bei Männern sechsmal Bazillen der Kolityphoidgruppe; Kolibazillen, die bei Männern in keinem Falle gefunden wurden, waren unter typhuskranken sieben Frauen sechsmal nachzuweisen.

Kretschmer (72) fand bei einer rechtsseitigen vereiterten und exstirpierten Niere die Schleimhaut des Nierenbeckens und des Ureters mit Knötchen besetzt, die nicht exulzeriert waren.

Abszessbildung, Pyonephrose und Paranephritis.

v. Haberer (50) beobachtete einen Fall von schwerer Erkrankung der einen Niere durch in dem ganzen Organ verbreitete Abszesse. Nach der Nephrektomie traten weitere Fieberstösse ein, die auf eine eitrige Infektion auch der anderen Niere deuteten. Erst durch Autovakzinebehandlung wurden die Erscheinungen beseitigt. Die Infektion wird als eine hämatogene Infektion, und zwar von der Blase aus, aufgefasst.

Marcozzi (79) stellt fest, dass bei akuten Eiteransammlungen oder ausgedehnter eitriger Infiltration, die unter einem beträchtlichen Druck steht, die Untersuchung auf Albumosurie positiv ist, so dass hierin ein neues diagnostisches Mittel zur Beurteilung einer akuten, eitrigen, geschlossenen Infektion gegeben ist.

Albrecht (3) beobachtete zwei Fälle von Pyonephrose mit Steinbildung als Spätfolge einer vernachlässigten Schwangerschaftspyelitis.

Lichtenstern (76) beschreibt drei Fälle von nicht tuberkulösen geschlossenen Pyonephrosen und hebt die Seltenheit dieser Affektion und die Schwierigkeit der Diagnose hervor, weil Symptome von seiten des Harnapparates ganz fehlen können und vielleicht nur Fieber durch die Eiterretention vorhanden ist. Das wichtigste Symptom ist die Undurchgängigkeit des Ureters. In einem Falle war der Anfangsteil durch Narbengewebe (wahrscheinlich nach Ulzeration infolge eines Konkrementes) verschlossen, im zweiten bestand Knickung des Ureters bei Nephroptose und narbige Obliteration seiner Anfangsstelle, im dritten blieb die Ursache des Verschlusses unaufgeklärt. Die Entfernung solcher Nieren ist schwierig wegen der Verwachsungen und der Schrumpfung des Nierenstiels; sie wird am besten intrakapsulär ausgeführt. Ausserdem werden zwei Fälle von geschlossener tuberkulöser Pyonephrose mitgeteilt.

Bornemann (14) fand bei der Sektion eines siebenjährigen Mädchens, das an doppelseitiger Pyonephrose (Kolibazillen) gestorben war und Steinsymptome gezeigt hatte, in jedem der Nierenbecken einen den Ausgang verlegenden Harnstein und ausserdem zahlreiche bis walnussgrosse weiche, konzentrisch grösstenteils aus Bakterien bestehende Gebilde — Bakteriensteine. Es handelt sich wahrscheinlich primär um Fibrinsteine, die durch Vermehrung oder Einwanderung von Bakterien umgewandelt worden sind.

Albrecht (4) beobachtete fünf Fälle von einseitiger schwerer akuter, infektiöser Nephritis und Perinephritis und konnte in drei Fällen Kolibazillen und je einmal Streptokokken und Diplokokken nachweisen. Der häufige Befund von Kolibazillen berechtigt zu dem Schlusse, dass von einer bestehenden Koliinfektion des Harntraktus aus eine schwere akute Niereninfektion mit stürmischen Erscheinungen plötzlich auftreten kann. Die Symptome sind denen der schweren akuten Pyelitis ähnlich: hohes Fieber mit Frösten, Schmerzen in der kranken Seite und dysurische Beschwerden, nur sind die Erscheinungen viel stürmischer, andauernder und schwerer. Dazu kommt als charakteristisches Symptom eine intensive, reflektorische Muskelspannung von der vorderen Axillarlinie an bis in den kostovertebralen Winkel reichend und nach unten abnehmend, mit Druckempfindlichkeit gegen Berührung und Betastung, ferner im Harn die Zeichen der akuten Entzündung und Infektion, Eiweiss, Zylinder, Eiter, Bakterien und auch Blut. Die akute einseitige septische Nephritis ist eine schwere Gefahr für die andere Niere durch den Einfluss freiwerdender, toxisch wirkender Nephrolysine. Die akute infektiöse Nephritis und Perinephritis kann auch bei nicht hämatogener Koliinfektion auftreten und die nicht hämatogene, akut infektiöse Nephritis kann trotz schwerster klinischer Erscheinungen spontan ausheilen; da, wo sie nicht auf dem Boden einer Pyelocystitis entstanden ist, muss, wenn die schweren Erscheinungen nach Ureterenkatheterismus und Spülbehandlung nicht alsbald zurückgehen, die erkrankte Niere freigelegt, die Infarkte und Abszesse eröffnet und die Nephrotomie, bei schwerer Vereiterung die Nephrektomie ausgeführt werden.

Neu (87) beschreibt einen Fall von Durchbruch eines paranephritischen Abszesses längs des Harnleiters in die Blase, in die er sich lateral von der rechtsseitigen Uretermündung in Form einer im Kystoskop sichtbaren kraterartigen Einziehung durchgebohrt hatte. Der paranephritische Abszess hatte sich im Anschluss an eine Pyelitis in graviditate gebildet, die bei einer 21 jährigen Person im zweiten Schwangerschaftsmonate unter heftigen Schmerzanfällen und Schüttelfrösten eingetreten war.

Simon (111) veröffentlicht 35 Fälle von paranephritischen Abszessen, davon 14 bei Frauen. In acht Fällen waren periphere Abszesse und Panaritien, 6—7 mal direkte und indirekte Traumen als Ursachen anzusprechen. In 14 Fällen fanden sich Staphylokokken. Als Komplikationen werden Hüftkontrakturen (12 mal), Lungen- und Pleuraaffektionen (11 mal) und Nierenschädigungen (7 mal) erwähnt. Von einer Probepunktion wurde niemals ein Nachteil beobachtet. Von 30 Operierten genasen 19, 4 starben, 4 blieben ungeheilt. Von 5 tuberkuloseverdächtigen Fällen starb 1, 4 blieben ungeheilt. In einem Falle erfolgte Spontandurchbruch ins Nierenbecken und Genesung.

Beer (8) beschreibt einen Fall von Leukoplakie des Nierenbeckens, in dem weisse, paraffinähnliche, aufgerollte Membranen, die mit Kristallen (Silikaten) besetzt waren, unter Koliken ausgestossen wurden. Durch Nierenbeckenspülung wurden besonders grosse derartige Lamellen zutage gefördert. Der Harn erwies sich als frei von Tuberkelbazillen. In einem zweiten Falle fand sich in einem tuberkulösen Nierenbecken ein silberdollargrosser Fleck von Leukoplakie.

9. Nierentuberkulose.

1. Abadie, T., Nierentuberkulose. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195. (Heilung durch Nephrektomie trotz starker Lungenspitzeninfiltration.)
2. Albrecht, H., Fall von geschlossener tuberkulöser Pyonephrose. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 627. (Tuberkulöse Schrumpfblase mit Geschwüren an der rechten Harnleitermündung und aufgehobener Sekretion rechterseits. Anfangs Besserung der Blasenerscheinungen, später Nephrektomie. Niere vollkommen käsig zerfallen mit Obliteration des Nierenbeckens und Ureterabgangs.)
3. *Alessandri, R., Può aversi la guarigione della tubercolosi renale con mantienimento della funzione? Fol. urol. Bd. 8. Nr. 5.
4. *Amento, A., Contributo sperimentale allo studio della tubercolosi renale. Giorn. d. med. milit. 31. Jan. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 832.
5. *Bachrach, R., Nephrektomie bei bilateraler Tuberkulose. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 98.

6. Barney, J. D., Fall von geschlossener Nierentuberkulose. Vereinig. amer. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 265. (Niere und Ureter zeigten im Röntgenbild ein solides Gebilde.)
7. *Beer, E., Nephroureterektomie. New York Ac. of Med., gen.-ur. Sect. Sitzg. vom 18. März. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1056.
8. Beuttner, Über die Diagnose der Nierentuberkulose. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe. (Referat.)
9. *Blum, V., Tuberkulose der Niere. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 29. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 869.
10. Brandweiner, A., Lupus und Nierentuberkulose. XI. Kongr. d. Deutsch. Derm. Ges. Wien 1913. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 86. (Spontanheilung eines Lupus an der Glans penis nach Exstirpation der tuberkulösen Niere.)
11. Breitung, Rechtsseitige Nierentuberkulose. Vogtl. med. Ges. Plauen. Sitzg. vom 18. Sept. 1913. Med. Klinik. Bd. 10. p. 997. (Nephrektomie.)
12. *Carlier, Diagnose der Nierentuberkulose. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 194.
13. Castaigne, J., Spontanheilung doppelseitiger Nierenprozesse. Bull. de l'Ac. de Méd. Paris. Bd. 78. Nr. 26.
14. *Ceelen, Über tuberkulöse Schrumpfnieren. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. Nr. 9 und Ges. d. Charité-Ärzte. Sitzg. v. 15. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 418.
15. *Churchman, J. W., Notes on the examination of urine for tubercle bacilli. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 148. p. 722.
16. Dobson, J. F., Nephrectomy. Leeds and West Riding Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 13. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 898. (Geschlossene Nierentuberkulose.)
17. Ehrenpreis, Tuberculose rénale fermée. Presse méd. Nr. 7. (Auch bei abgeschlossenen Nierentuberkulosen wird die Exstirpation dringend empfohlen.)
18. *Escat, Tuberculose rénale; cavernes à évacuation intermittente. Arch. prov. de chir. Nr. 1.
19. *— und Dor, Tuberculose rénale à forme papillaire. Soc. de Chir. de Marseille. Rev. de Chir. Bd. 49. p. 874.
20. Fáykiss, F., Durch Resektion geheilte tuberkulöse Hufeisenniere. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 24. Jan. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 151. (Resektion der linken, tuberkulös erkrankten Hälfte einer Hufeisenniere, deren Bestehen erst bei der Operation erkannt wurde. Heilung.)
21. Ferron, J., und Darget, Tuberculose rénale; exclusion totale d'un rein, néphrectomie; suture latérale de la veine cave; guérison. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 10. Nov. 1913. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 100. (Inhalt aus Titel ersichtlich; an Stelle der Mündung des Ureters der erkrankten Seite ein walnussgrosses Blasendivertikel.)
22. *Fowler, Closed tuberculous pyonephrosis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 12.
23. Franke, F., Nierentuberkulose. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. Sitzg. vom 14. März. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1037. (Drei käsige Abszesse und zwei frische Tuberkel; klinisch nur zeitweilig auftretende Schmerzen. Franke ist Gegner der Tuberkulinbehandlung und der partiellen Nierenresektion und empfiehlt die Exstirpation.)
24. Furniss, H. D., Early tuberculosis of the kidney. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 13. Jan. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 669. (Vier tuberkulöse Herde in der Niere, Ulzeration an der Spitze der oberen Papille. Nephrektomie, Heilung.)
25. *Gautier, E., De la recherche des bacilles de Koch dans les urines. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 161.
26. *Gayet, M., Action de la néphrotomie dans la tuberculose rénale. Soc. nat. de méd. de Lyon. Sitzg. vom 5. Jan. Lyon méd. Nr. 4 und Revue prat. des org. gén.-ur. Nr. 63. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1244.
27. — Pyonéphrose tuberculeuse; néphrectomie. Soc. des Sc. méd. de Lyon. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Revue de Chir. Bd. 49. p. 210. (Totale Degeneration der Niere.)
28. *Gutzeit, R., Zur Heilung vorgeschrittener Urogenitaltuberkulose auf chirurgischem Wege. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. Nr. 20.
29. *Hammesfahr, Bipolare Sonde zur Zerstörung des tuberkulösen Ureters. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 341.

30. *Heitz-Boyer, M., Exclusion partielle dans un rein tuberculeux avec urines claires. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 297.
31. *Hetzer, M., Sind im Urin bei Nierentuberkulose tuberkulöse Gifte vorhanden und kann der Nachweis derselben durch Komplementbindung für die Diagnose verwendet werden? Med. Klinik. Bd. 10. p. 1147.
32. Hogge, Wert der Radiographie für die Diagnose der Nierentuberkulose. Annales d. l. Soc. méd.-chir. de Liège. Bd. 53. Nr. 3.
33. *Howell, J., Die Tuberkulose des Urogenitaltraktes. Lancet. 1913. August.
34. *v. Jagic, N., Orthostatisch-lordotische Albuminurie und Tuberkulose. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. Nr. 39.
35. *Jaschke, R. Th., Zur Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose bei Frauen. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 30 und Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 3. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 149.
36. Jenkinson, E. A., Unilateral tuberculosis of kidney. Jowa State Med. Soc. Journ. Washington. Bd. 3. Nr. 12.
37. *Karewski, Erfahrungen über die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose mit F. F. Friedmanns Heil- und Schutzmittel. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1034 u. 1055.
38. Karo, W., Nierenkrankheiten und Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 551. (Bespricht den Zusammenhang von Nierentuberkulose, Amyloidniere, chronischer Nephritis und miliarer Nierentuberkulose mit der Tuberkuloseinfektion.)
39. *Keyes, E. L., Apparent cures of renal tuberculosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 2.
40. *Kidd, F., Zwei neue Gesichtspunkte in der Frage der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 446.
41. *Kreisel, F., Renal tuberculosis, its diagnostic difficulties and surgical problems. Kentucky State Med. Assoc. 64. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1416.
42. *Krotoszyner, M., Differential diagnosis of nephrolithiasis and renal tuberculosis by Roentgenography. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 2006.
43. — Early diagnosis of renal tuberculosis by general practitioner. California State Journ. of Med. San Francisco. Bd. 12. Nr. 5.
44. *Ledergerber, J., und J. Baur, Beitrag zur Untersuchung von tuberkulösem Urin. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 5.
45. *Legueu, F., Diagnose der Nierentuberkulose. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195.
46. *Lévy-Weissmann, M., Sur le reflux des urines par l'uretère après la néphrectomie à propos d'un cas nouveau. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 453.
47. Lucksch, F., Chronische Tuberkulose der Nieren und der Harnblase. Verein deutscher Ärzte Prag. Sitzg. vom 27. März. Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 400. (Fehlen der linken Niere und des Ureters bei Uterus unicornis dexter und rudimentäre Bildung der linksseitigen Adnexe; vorgeschrittene Tuberkulose der rechten Niere, des Ureters und der Harnblase; Sektionsbefund.)
48. Mac Klem, G. E., Tuberculosis of kidney, with special reference to its diagnosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 2.
49. *Majeran, M., Über die Verbreitung der Tuberkulose im uropoetischen System. Wiener klin. Rundschau. Bd. 28. p. 39.
50. *Marogna, P., La tubercolosi renale. Siena, S. Bernardino.
51. *Mevissen, W., Über Nierentuberkulose. Inaug.-Diss. Kiel 1913.
51a. Meyer, N., Über die Anwendung biologischer Prüfungen zum frühzeitigen Tuberkelbazillennachweis im Tierversuch. Deutsche Ges. f. Urologie. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beih. p. 378. (s. Jahresber. Bd. 27. p. 516).
52. *Morris, R. T., Wie oft heilt die Nierentuberkulose spontan? Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. p. 467.
53. *Necker, Fall von Nierentuberkulose. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 161.
54. Oraison, Tuberculose rénale. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 22. Mai. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 578. (Fast völlig zerstörte Niere mit Kavernen, dennoch negativer Tierversuch; Diagnose auf Grund von Pyurie, Pollakiurie, Erkrankung des Ureters; Nephrektomie.)

55. *Pasteau, O., Le reflux urétéral acquis. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 17.
56. *Peacock, A. H., Twenty cases of renal tuberculosis. Northwest Med. Seattle. Bd. 6. Nr. 7.
57. Perrier, C., Nierentuberkulose unter der Form von Nierensteinen verlaufend. Rev. méd. d. l. Suisse Rom. Bd. 33. Nr. 11.
58. *Pillet, M., Tuberculose rénale à forme anormale. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 595.
59. Polland, Fall von Ulcus rodens in einem alten Lupusherd an der Niere. Ärzteverein Steiermark. Sitzg. vom 5. Dez. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1131. (Demonstration.)
60. Portner, E., Tuberkulose der Niere. Med. Klinik. Bd. 10. p. 553. (Kurze diagnostische und therapeutische Richtpunkte.)
61. Prigl, H., und van Bisdom, Anuria post nephrectomiam. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 602. (Fall von Anurie, die fünf Tage nach Exstirpation der tuberkulösen linken Niere durch einen den Ureter der ebenfalls erkrankten rechten Niere verschliessenden Fibrinpfropf eintrat, ferner Fall von Anurie durch Steinverschluss des Ureters vier Wochen nach Exstirpation der anderen vereiterten Steinniere.)
62. De Quervain, F., Du traitement actuel de la tuberculose génito-urinaire. Sem. méd. Nr. 4. (Kurze Übersicht; bei einseitiger Nierentuberkulose stets Exstirpation, bei doppelseitiger konservative Behandlung ausser in Ausnahmefällen.)
63. *Rafin, Tuberculose du rein droit, mauvaise constante, néphrectomie, guérison. Journ. d'Urol. Bd. 6. p. 51.
64. *Renton, J. M., Some observations on tuberculosis of the kidney. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 811.
65. *Renton, M., Tuberculosis of the kidney. Glasgow. Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 654.
66. Robinson, J. E., Significance of acid-fast bacilli in urine. Texas State Journ. of Med. Fort Worth. Bd. 10. Nr. 6.
67. Schönberg, S., Über tuberkulöse Schrumpfnieren. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 78. Heft 5/6. (Drei Fälle von Schrumpfniere mit tuberkulösen Infarkten, die als Ursache der Nierenschrumpfung aufgefasst werden.)
68. *Schwarzwald, R. Th., Nephrektomie bei Nierentuberkulose. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 8. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 684.
69. Simpson, J. K., Renal tuberculosis. Florida Med. Assoc. Journ. Jacksonville. Bd. 1. Nr. 5.
70. Tabakian, Valeur actuelle de la thérapie specifique dans la tuberculose rénale. Ref. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 147 u. 319. (Angebliche Heilungen nach Injektion von Spengelschem Serum.)
71. *Taddei, D., Contributo allo studio delle nefriti croniche dolorose unilaterali. Fol. urol. Bd. 8. Heft 1 und Soc. d. Sc. med. e nat. di Cagliari. Sitzg. vom 30 April. 1913, Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 197.
72. *Thelen, Nierentuberkulose. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 9. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 564.
73. Thévenot, Un cas de rein en fer à cheval tuberculeux. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 8. Jan. Revue de Chir. Bd. 49. p. 526. (Beiderseitige Tuberkulose. Sektionsbefund.)
74. *Uchimura, M., Tuberkulöse Erkrankung der Harn- und Genitalorgane am Sektionstisch. Sei-I-Kwai Med. Journ. Tokyo. Bd. 33. Nr. 5. Ref. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 2051.
75. *Vandeputte, Zum Studium der medizinischen Behandlung der Tuberkulose der Harnwege. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Bd. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 830.
76. *Viannay, Ch., Un cas de néphrectomie pour tuberculose rénale après cathétérisme des uretères à vessie ouverte. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. 1913. Nov.
77. *Walsh, F. C., Renal tuberculosis. Texas State Journ. of Med. Fort Worth. Bd. 9. Nr. 10.
78. *Wegelin und Wildbolz, Anatomische Untersuchungen von Frühstadien der chronischen Nierentuberkulose. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. p. 201.
79. Whiteside, G. S., Diagnosis in early stages of urinary tuberculosis. Northwest. Med. Seattle. Bd. 6. Nr. 10.
80. Young, H. H., Nierentuberkulose mit Uretererweiterung. Vereinig. amer. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 265.

Amento (4) vermochte durch Injektion von Tuberkelbazillen in den Ureter, wenn vorher durch Achsendrehung des Harnleiters eine Harnstauung bewirkt worden war, eine aszendierende Nierentuberkulose zu bewirken und schliesst daher auf die Möglichkeit einer aszendierenden Infektion.

Wegelin und Wildbolz (78) fanden, dass die primäre Lokalisation der chronischen Nierentuberkulose immer in den Markpyramiden gelegen ist, und zwar werden zuerst die Papillen, aber nicht an ihren Spitzen, sondern an ihren seitlichen Flächen betroffen. Die Weiterverbreitung erfolgt von hier aus hauptsächlich auf die Lymphwege tiefer in die Niere gegen die Rinde zu. Die primäre Infektion der Niere erfolgt durch auf dem Blutwege in die Niere gelangte Tuberkelbazillen, die durch die Harnkanälchen ausgeschieden werden, in die Kelche gelangen und hier in den Seitentaschen abgelagert werden, wo sie die seitlichen Papillenoberflächen und die Calixwände infizieren.

Uchimura (74) fand unter 1820 Sektionen 629 Fälle von Tuberkulose, und zwar 210 an den Harn- und Genitalorganen. Von den Harnorganen sind der Reihe nach am häufigsten befallen: Nieren (181 Fälle), Blase, Ureter, Nierenbecken, Urethra. Unter 43 Fällen von Blasentuberkulose war nur viermal, bei Uretertuberkulose unter 35 Fällen nur einmal die Niere nicht erkrankt. Der Nachweis der Ureterverdickung wird als wertvolles Symptom der Nierentuberkulose erklärt.

Majeran (49) zieht aus vier pathologisch-anatomisch genau untersuchten Fällen den Schluss, dass die Tuberkelinfektion der Niere auf dem Blutwege erfolgt und dass die Infektion der Harnwege eine deszendierende ist. Es wird aber auch der aszendierende Infektionsweg für möglich gehalten.

Howell (33) erklärt die Tuberkulose des Urogenitaltraktus in den allermeisten Fällen als sekundäre, indem die primäre Infektion der Lungen oder anderer innerer Organe durch die Symptome der Harntuberkulose verdeckt wird. Sehr häufig ist die Tuberkulose des Harntraktes mit der Invasion anderer pyogener Keime vergesellschaftet.

Marogna (50) erklärt für die Nierentuberkulose den hämatogenen Infektionsweg für den häufigsten, dagegen den aszendierenden für möglich, wenn auch für sehr selten, ebenso die Infektion per contiguitatem. Der lymphogene Infektionsweg wird nicht anerkannt. Eine tuberkulöse Bazillurie kann bei Lungentuberkulose vorhanden sein, ohne dass die Harnwege erkrankt sind. Die Nierentuberkulose erfordert unbedingt die Exstirpation der Niere.

Ceelen (14) unterscheidet zwei Formen der Nierentuberkulose, eine deszendierende (bei akuter miliarer und in 50% bei chronischer Lungentuberkulose sich findend) mit Tuberkelbildung in den feineren Ästen der Vasa interlobularia oder in der Wand der grösseren Gefässe, die zu Peri- oder Endarteriotuberkulose und zu lokalisierter miliarer Tuberkulose oder zur Bildung keilförmiger Schrumpfherde oder anämisch-nekrotischer Infarkte führen — und eine aszendierende, die an den Nierenkelchen beginnt und mit Neigung zu Verkäsung zu Schrumpfung und oft hochgradiger Verkleinerung der Niere oder zu Obliteration des Ureters und Nierenbeckens führt.

Escat und Dor (19) deuten die Tuberkulose der Ureterpapillen an der Hand eines Falles als Folgen der Ansiedelung der durch die Niere ausgeschiedenen Papillen im unteren Abschnitt des Ureters, wo sie eine stenosierende Ureteritis und von hier aus Stauung des Harns und auf aszendierendem Wege die Erkrankung des Nierenbeckens bewirken.

Peacock (56) fand, dass in 60% der Fälle bei Nierentuberkulose Tuberkelbazillen im beiderseitigen Harn zu finden waren. In 65% konnten andere tuberkulöse Herde im Körper nachgewiesen werden.

Hetzer (31) fand, dass die Angabe von Heitz-Boyer, im Harn bei Nierentuberkulose fänden sich tuberkulöse Gifte, die durch Komplementbindung nachgewiesen und zur Diagnose der Nierentuberkulose, besonders in zweifelhaften Fällen verwendet werden könnten, nicht zutreffe, und dass auch bei anderen Erkrankungen (Nephritis, Lues, Diabetes) die Reaktion positiv ausfallen könne, während andererseits bei sicher vorhandener Nierentuberkulose die Reaktion häufig negativ bleibt.

Renton (64, 65) bezeichnet als häufigstes Frühsymptom der Nierentuberkulose die Pollakiurie mit Pyurie und Schmerzen bei, vor und nach der Miktion, endlich Hämaturie-Symptome, welche lang bestehen bleiben können ohne Empfindlichkeit oder Schmerzen in der Nierengegend und trotz weitgehender Zerstörung der Niere. Tuberkulöse Veränderungen an der Uretermündung beweisen nicht notwendig die Erkrankung der zugehörigen Niere, wie zwei mitgeteilte Fälle beweisen. Die Nierentuberkulose kann durch gleichzeitige Koliinfektion verdeckt sein. In einem Falle erwies sich die Tuberkulinbehandlung als erfolgreich.

Necker (53) beschreibt einen Frühfall von Nierentuberkulose, in welchem trotz positiven Tierversuchs sieben Jahre lang der Harn ohne Eiter und Eiweiss blieb bei un-

gestörter Funktion beider Nieren. Erst nach sieben Jahren traten im rechtsseitigen Ureterharn Bazillen und Leukozyten auf. Vier Jahre lang wurde mit Tuberkulin behandelt, dem aber eine Wirkung nicht zugeschrieben wird. Die Nephrektomie ist bei Abwesenheit von Blut, Eiter, Leukozyten und Eiweiss und bei guter Nierenfunktion kontraindiziert.

Newman (c. 7. 6) führt als Frühsymptome der Nierentuberkulose auf: Polyurie und Pollakiurie, andauernde leichte Pyurie und Albuminurie bei saurem Harn und ohne Zylinder, gelegentliche Hämaturie mit kommaförmigen Blutfasern im Harn, endlich ganz besonders Remission dieser Symptome in längeren oder kürzeren Zwischenräumen. Die Veränderungen am Ureterostium können im Anfangsstadium sehr geringfügig sein und es ist daher auf Verziehungen, Verdickungen und Verkürzungen einer oder beider Lippen und andere Deformitäten zu achten.

Jaschke (35) erwähnt als eines der frühesten Symptome der Nierentuberkulose eine Irritabilität der Blase und betont überhaupt im Laufe der Erkrankung das Überwiegen der Blasenerscheinungen. Die Therapie kann nur eine radikale sein und besteht in der extraperitonealen lumbalen Nephrektomie, wobei der Ureter soweit mit zu entfernen ist, als es ohne zu weite Ausdehnung der Wunde und ohne zu grosse Gefahr gelingt. Kontraindikationen sind Doppelseitigkeit der Erkrankung, ausgedehnte Lungen- und multiple Knochen- und Gelenkprozesse, Peritonitis und Niereninsuffizienz. Tuberkulin- und hygienisch-diätetische Kuren kommen nur für die Nachbehandlung oder, wenn die Operation kontraindiziert ist, in Betracht.

In der Diskussion beschuldigt Krönig die sekundäre hartnäckige Blasentuberkulose als Ursache der Verschlechterung des Operationserfolgs (20% Mortalität). Oppenheimer empfiehlt zur Diagnose den Tierimpfversuch, ebenso Esch, der bei Schwangeren bei Verschlimmerung des Zustandes zur Unterbrechung der Schwangerschaft rät. Oppenheimer rät in der Frage der Verehelichung nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose zur Zurückhaltung. Esch betont die Möglichkeit des hartnäckigen Fortbestehens der Blasentuberkulose auch nach der Nephrektomie und rät bei Schwangerschaft, diese zu unterbrechen, sobald sich erhebliche Störungen im Allgemeinbefinden, z. B. Gewichtsverlust, einstellen.

Taddei (71) ist geneigt, die einseitige chronische schmerzhafte Nephritis auf Tuberkulose zurückzuführen, was er durch Vererbung, positive Kutisreaktion, Nachweis von säurefesten Bazillen im Harn und Fieber stützt, wenn er auch zugibt, dass es Fälle ohne Bazillen und ohne Riesenzellen gibt. Als Behandlung der sicher einseitigen Formen wird demgemäss die Nephrektomie in erster Linie empfohlen, Nephrotomie und Dekapsulation bleiben gewöhnlich erfolglos.

Walsh (77) erklärt alle Fälle von Cystitis aus unaufgeklärter Ursache für verdächtig auf Nierentuberkulose und tritt für möglichst frühzeitige Operation ein.

Viannay (76) tritt bei Unmöglichkeit des Harnleiterkatheterismus mittelst Kystoskops unter Verwerfung der zu unsicheren und gefährlichen lumbalen Freilegung beider Nieren und der ebenfalls nicht unbedenklichen Ureterostomie für den Ureterkatheterismus nach Eröffnung der Blase ein.

Carlier (12) empfiehlt dagegen bei Unmöglichkeit des Ureterkatheterismus bei Nierentuberkulose die beiderseitige lumbale Freilegung der Nieren.

Kidd (40) tritt bei Unmöglichkeit der Kystoskopie und des Ureterenkatheterismus für die operative Freilegung eines oder beider Ureteren im Beckenabschnitt und deren direkte Untersuchung ein, welche den Zustand des Ureters und der zugehörigen Niere erkennen lässt. Um eine Heilung per primam nach Exstirpation einer tuberkulösen Niere zu erreichen, ist die Entfernung der vollständigen Niere mit dem perirenalen Fettgewebe und der Faszie notwendig.

Legueu (45) spricht sich gegen den Ureterenkatheterismus nach Eröffnung der Blase aus, weil durch die Anaesthetica die Konzentration des Harns beeinflusst wird. Zur Indikationsstellung wird die Ambardsche Konstante, eventuell zusammen mit der lumbalen Freilegung empfohlen.

v. Jagic (34) wirft nach Mitteilung eines Falles von orthostatisch-lordotischer Albuminurie mit Miliartuberkeln in der Niere die Frage auf, ob nicht unter Kombination der künstlichen Lordose mit dem Ureterkatheterismus nachgewiesene einseitige Albuminurie für die Diagnose der einseitigen Nierentuberkulose verwertet werden könnte.

Keyes (39) führt die Beschwerden bei Nierentuberkulose zum Teil auf perinephritische Prozesse, zum grösseren Teil aber auf die Veränderungen an Nierenbecken, Ureter und Blase zurück; durch Erlöschen der Nierenfunktion können diese Beschwerden plötzlich verschwinden, so dass scheinbar eine Heilung eintritt. Die Gefahr der Rezidiven erfordert jedoch stets die Exstirpation.

Krotoszyner (42) betont die Schwierigkeit der Unterscheidung von Nierentuberkulose und Nierensteinen, besonders deren Unmöglichkeit bei Kalkablagerungen in tuberkulösen Herden. Jedenfalls muss bei ein oder mehreren Schatten in der Niere die Möglichkeit einer Nierentuberkulose berücksichtigt worden. In der Diagnose spricht sich Spitzer für die von Krotoszyner bei Tuberkulose für gefährlich erklärte Pyelographie aus.

Pillet (58) beschreibt einen Fall von Nierentuberkulose, in welchem die Pyurie und die Verkalkung mehrerer Tuberkelknoten Pyelitis und Steinbildung annehmen liess. Die Diagnose wurde schliesslich durch Tierimpfung gestellt. Nephrektomie, Heilung.

Ledergerber und Baur (44) schlagen zur Untersuchung tuberkulösen Harns vor, den Harn nach Versetzung mit Ammoniak absitzen zu lassen und den Bodensatz nach einer Stunde zu zentrifugieren, das Sediment mit Essigsäure zu versetzen und mit Chloroform auszuschütteln, dann Ausstreichen und Färben des neuen Sediments.

Gautier (25) gelang es, nach genügend langer Zentrifugierung des Harns mittelst nach Ziehl-Nielsen in 80% aller Fälle von Nierentuberkulose die Tuberkelbazillen im Harn nachzuweisen.

Churchman (15) macht darauf aufmerksam, dass bei einem im Blasenscheitel sitzenden tuberkulösen Geschwür der Harn keine oder nur sehr wenig Bazillen enthält, weil er mit dem Geschwür nicht in Berührung kommt; in solchen Fällen sollen die Bazillen in der Spülflüssigkeit gesucht werden.

Thelen (72) betont, dass die geschlossene tuberkulöse Pyonephrose nur durch Uretersondierung und Chromokystoskopie festzustellen ist. Er spricht sich für möglichst frühzeitige Operation aus.

Escat (18) beschreibt zwei Fälle von intermittierender Ausscheidung aus tuberkulösen Kavernen der Niere, in einem Falle mit 10tägigen Pausen, in denen der Harn keinen Eiter enthielt.

Heitz-Boyer (30) beschreibt einen Fall von partieller Exklusion einer Nierentuberkulose, d. h. Abschluss eines tuberkulösen Nierensegmentes ohne vorläufige Erkrankung der übrigen Nierenteile. Durch Harnleiterkatheterismus, funktionelle Untersuchung, Tierimpfung und Radiographie konnte die Diagnose gestellt werden.

Fowler (22) beschreibt einen Fall von Spontanokklusion einer tuberkulösen Niere, so dass 12 Jahre lang der Harn klar blieb. Schliesslich kam es zur Perforation des Abszesses durch das Zwerchfell in die Pleura, Entstehung einer Darmfistel und Kotdurchbruch in die Wundhöhle, ohne dass eine Verletzung von Peritoneum oder Darm erfolgt war. Exitus.

Blum (9) beschreibt drei Fälle von geschlossener tuberkulöser Pyonephrose der einen Seite und Blasentuberkulose und aufsteigender sekundärer Ureteritis und Pyelitis durch Eitererreger auf der anderen Seite. Die Kollargolfüllung der einer Kystoskopie unzugänglichen Blase ergibt als neues Symptom, dass die mit Kollargol sich füllende Niere der nicht tuberkulösen Seite entspricht und eine aszendierende sekundäre Ureteropyelitis dieser Seite beweist.

Kreissl (41) beobachtete in einzelnen Fällen nach der Nephrektomie das vollständige Verschwinden von Tuberkelbazillen aus dem Harn; ausgedehnte Veränderungen der Blase heilten häufig spontan nach der Operation. Sehr ausgedehnte Tuberkulose der Blase spricht für doppelseitige Erkrankung, kontraindiziert aber die Operation nicht; bei konservativer Behandlung (Nephrotomie, Ureterostomie) kann eine schwere Cystitis palliativ beeinflusst werden. In der Diskussion spricht sich Abell für die Belassung des Ureters bei der Nephrektomie aus.

Schwarzwald (68) sieht bei Nephrektomie wegen Nierentuberkulose in dem kompletten Wundverschluss ohne jegliche Drainage eine wesentliche Abkürzung der Heilungsdauer. Die Methode eignet sich nur für Fälle mit gar nicht oder nur wenig verändertem Ureter.

Mevissen (51) teilt die Spätresultate nach Nephrektomie bei Nierentuberkulose mit. Von 11 Operierten, die kontrolliert werden konnten, waren neun gesund geblieben (vier seit drei und fünf seit 6—9 Jahren), einer erkrankte an Nieren- und Lungentuberkulose und einer war am vierten Tage nach der Operation an paralytischem Ileus gestorben. Zwei an Frühtuberkulose Operierte waren seit fünf bzw. neun Jahren gesund geblieben. Von sechs Fällen von kombinierter Nierentuberkulose waren fünf nephrektomiert, einer inzidiert (Tod an Lungenödem und Herzschwäche) worden. Von ersteren blieb einer geheilt (die begleitende Lungentuberkulose war nach zwei Jahren nicht mehr nachweisbar), die übrigen erkrankten an Nieren- oder Lungen- oder Darmtuberkulose.

Bachrach (5) empfiehlt bei Verdacht auf beiderseitige Nierentuberkulose und Unmöglichkeit der Kystoskopie die operative Freilegung beider Nieren und ausserdem zur

Feststellung der Funktion die Kryoskopie des Blutes. Er erklärt bei doppelseitiger Erkrankung die Nephrektomie für angezeigt, wenn durch Mischinfektion in der schwerer erkrankten Niere Fieber hervorgerufen wird, wenn Abgang grosser Eitermengen die Blase in hohem Grade reizt, endlich wenn die primär erkrankte Niere hochgradig zerstört und funktionsunfähig ist. Fünf erfolgreich operierte Fälle werden mitgeteilt.

Rafin (63) führte in einem Falle von Nierentuberkulose trotz sehr ungünstiger Ambardscher Konstante die Nephrektomie mit glücklichem Ausgang aus.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) empfiehlt bei der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose die Versorgung des Ureterstumpfes mit konzentrierter Karbolsäure, welches Verfahren die Heilungsdauer um 10—14 Tage abkürzt.

Hammesfahr (29) empfiehlt die Behandlung des tuberkulösen Ureters nach der Nephrektomie mit Hochfrequenzströmen und gibt hierzu eine bipolare Elektrode an.

Lévy-Weissmann (46) beschreibt einen Fall, in welchem sich nach Exstirpation einer tuberkulösen Pyonephrose der gesamte Harn infolge von Reflux durch den nicht obliterierten Harnleiter aus der Operationswunde entleerte. Dieser Rückfluss wird auf Erweiterung des Harnleiters und heftige Kontraktionen der tuberkulösen Blase zurückgeführt. Bei subkapsulärer Nephrektomie ohne getrennte Harnleiterunterbindung tritt ein solcher Rückfluss sofort nach der Operation auf, bei Nephrektomie mit Ureterunterbindung erst später nach Abfall der Ureterligatur. Die Heilung tritt meist spontan ein.

Pasteau (55) konnte in einem Falle von rechtsseitiger Nierentuberkulose mit weit geöffneter nicht ödematöser linksseitiger Uretermündung vor der Operation auf kystoskopischem Wege deutlich einen Rückfluss des Blaseninhalts in den Ureter beobachten, und zwar im Intervall der ureteralen Ejakulationen. Nach Kollargolfüllung konnte der Rückfluss auch röntgenographisch nachgewiesen werden. Drei Wochen nach der Operation war die Uretermündung geschlossen und ein Rückfluss fand nicht mehr statt. Der Rückfluss kann entweder durch Ureteritis mit Sklerose und ulzerativer Zerstörung der Wand oder bei Cystitis mit sehr intensiven Blasenkontraktionen bewirkt sein.

Vandeputte (75) empfiehlt als wertvolles Unterstützungsmittel der chirurgischen Behandlung der Nierentuberkulose besonders da, wo die Nephrektomie nicht möglich ist, (doppelseitige Erkrankung, Rezidive nach Nephrektomie etc.) die innere und lokale Behandlung mit Paratoxin (Petroleumextrakt der Lipoide der Galle), das auf den Organismus viel weniger eingreifend einwirkt als Tuberkulin. Das Mittel wird intramuskulär (2 ccm) oder in die Blase (10 ccm) injiziert.

Morris (52) will aus Experimenten an Kaninchen, denen er durch Tuberkelbazilleninjektion künstliche Nierentuberkulose erzeugt hatte und die nach einiger Zeit Ausheilung zeigten, den Schluss ziehen, dass die Nierentuberkulose spontan ausheilen könne.

Gutzeit (28) erklärt eine Ausheilung der Nierentuberkulose durch rein konservative Behandlung für ebenso selten wie eine Spontanheilung im anatomischen Sinne. Ein Fall von Nephrektomie bei Nierentuberkulose wird mitgeteilt, in dem nach der Operation die gleichzeitig bestehende Lungentuberkulose ausheilte.

Gayet (26) beschreibt einen Fall von vollständiger Heilung einer Nierentuberkulose mittelst Nephrotomie; die Nephrektomie wurde unterlassen, weil an der gespaltenen und enthülsten Niere und am Ureter keine Veränderungen nachzuweisen waren.

Alessandri (3) weist die Möglichkeit einer partiellen Ausschliessung eines tuberkulösen Herdes nach, wofür er zwei Fälle anführt, und glaubt, dass manchmal vielleicht auch eine wahre Heilung mit teilweiser Erhaltung des Organs und seiner Funktion eintreten könnte.

Beer (7) teilt zwei Fälle von Nierentuberkulose mit, von denen der eine vergeblich mit Friedmannschem Serum behandelt worden war. In beiden Fällen wurde die Niere lumbal exstirpiert und der Ureter so weit als möglich befreit, dann nach Pararektalschnitt unmittelbar an der Einmündung in die Blase abgetragen. Im zweiten Falle war die Diagnose mittelst Impfversuch gestellt worden; der Nachweis von Tuberkelbazillen gelang erst nach provokativer Tuberkulininjektion.

Karewski (37) bestreitet eine örtliche Heilung chirurgischer Tuberkulose durch das Friedmannsche Heilmittel. Bei der Tuberkulose der Harnwege konnte nur hin und wieder ein Geringerwerden des Blasentenesmus beobachtet werden.

10. Nierenverletzungen.

1. *Ach, A., Über subkutane Nierenrupturen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 2.
2. Depous, Etude sur la contusion rénale, ses suites et leurs rapports avec la loi sur les accidents du travail. Thèse de Bordeaux. 1913/14. (Befürwortet der Revision

unterliegende Jahresrenten, da die Folgen von Nierenverletzungen sich erst in der Folge zeigen können.)
3. Edington, G. H., Laceration of the right kidney. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 1. Mai. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1186. (Vollständige Durchreissung, Laparotomie, Heilung.)
4. *Ehrenpreis, Rupture complète du rein. Bull. et Mém. d. l. Soc. anat. de Paris. 1913. Nr. 5.
5. *Eliot, E., A consideration of certain coexisting lesions of the gall-bladder and kidney. Annals of Surg. Bd. 59. p. 679 u. 783.
6. Frangenheim, Traumatische Nierenruptur. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 27. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1477. (Operation 14 Tage nach dem Trauma wegen Fiebers und Albuminurie, Öffnung und Drainage eines apfelgrossen urinhaltigen Abszesses am unteren Nierenpol; wegen Harnfistel und andauernder Albuminurie nach sechs Wochen Nephrektomie, bei der sich ein vom Ureterende bis weit ins Nierenbecken und Nierensubstanz reichender Riss fand. Heilung.)
7. Giuliani, Kyste hématique du rein. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 2. April 1913. Lyon méd. 1913. Nr. 29. (Zitronengrosser Tumor im unteren Pol ohne Verbindung mit dem Nierenbecken. Exstirpation. Periodische Hämaturien waren vorausgegangen; Ursprung, wie es scheint, traumatisch.)
8. *Goldscheider, Unfälle und Nierenkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1.
9. Lataste, Déchirure traumatique du rein et de la rate. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 3. April. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 252. u 389. (Sternruptur der Niere, Abreissung der Milz von ihrem Stiel nach drei Meter hohem Sturz; siebenjähriges Kind. Exitus.)
10. Leriche, Arrachement traumatique avec torsion du pédicule rénal, volvulus du rein. Soc. des sc. méd. de Lyon. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Lyon méd. Nr. 2. p. 75. (Völliges Freiliegen der Niere im rechten Hypochondrium durch Torsion und Abreissen der Gefässe und des Ureters nach lumbalem schweren Trauma; Hämaturie und schwerer Schock; beinahe blutlose Exstirpation mit Abklemmung der Gefässe und des Ureters.)
11. Lexer, K., Pfählungsverletzungen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 654. (Fall auf spitzen Zaunpfahl gegen die Nierengegend, starke Blutung nach aussen; die Niere erwies sich nach Freilegung im Querdurchmesser vollkommen gequetscht und zerfetzt, die Nierenvene zerrissen. Nephrektomie, Heilung.)
12. *Lüken, E. A., Über 47 an der Leipziger Klinik von 1895—1911 beobachtete und behandelte Fälle von subkutaner Nierenruptur. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. Nr. 4.
13. Pearson, J. M., Subparietal rupture of kidney. Arizona Med. Journ. Phoenix. Bd. 2.
14. *Ponomareff, S., Über die Behandlung der subkutanen Nierenrupturen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. p. 682.
15. *Pousson, A., Néphrites traumatiques. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 691.
16. *Waljaschko und Lebedew, Zur Frage der Heilung der Leber-, Milz- und Nierenwunden. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 2.

Goldscheider (8) beantwortet die Frage, ob durch Trauma eine akute oder eine chronische Nephritis hervorgerufen werden könne, im bejahenden Sinne; ebenso kann eine schon bestehende Nephritis durch Trauma verschlimmert werden. Ein sicherer Fall von durch Trauma hervorgerufener Nierentuberkulose ist nicht bekannt. Sicher feststehend ist die Möglichkeit der Entstehung einer Nephroptose durch Trauma, entweder durch ein einziges heftiges, oder durch wiederholt einwirkende, geringfügigere traumatische Schädigungen (schweres Heben etc.). Ein ursächlicher Zusammenhang kann nur angenommen werden, wenn unmittelbar nach dem Unfall die Beschwerden (Schmerzen, Erscheinungen von Nierenquetschung, z. B. Bluthamen) sich einstellten. Ebenso sicher können Nierensteine durch Trauma entstehen, wenn abgestossene zellige Elemente oder Blutergüsse zur Steinbildung Veranlassung geben. Die Steinbildung erfolgt aber erst allmählich, so dass ein ursächlicher Zusammenhang schwer nachzuweisen sein wird. Ebenso kann Pseudohydronephrose (traumatische Hydronephrose) und echte Hydronephrose, letztere durch narbige Stenose der Harnleiter, Abknickung des Harnleiters oder Harnleiterverschluss durch einen Stein durch Trauma entstehen, oder es kann eine vorher bestehende Hydronephrose zum Platzen gebracht werden. Auch die Entstehung bösartiger Neubildungen der Niere durch Trauma ist möglich; ein sehr kurzer und ein sehr langer Zeitaufwand zwischen Trauma und Auftreten von Neubildungserscheinungen spricht gegen ursächlichen Zusammenhang.

Pousson (15) verteidigt die Möglichkeit der Entstehung einer parenchymatösen Nephritis durch Trauma und belegt seine Anschauung mit 12 aus der Literatur gesammelten Fällen von traumatischer Nephritis und einem selbstbeobachteten Fall. Das Trauma kann zunächst eine Nierendislokation mit Schädigung der Fettkapsel und der Nierennische bewirken und die in die Umgebung eines Nierenrisses entstandenen sklerotischen Zonen können sich allmählich auf die ganze Niere ausbreiten. Durch renorenalen Reflex oder durch anatomische Veränderungen des Plexus renalis kann auch die andere Niere erkranken. Als klinische Symptome werden Hämaturie, Fieber, Allgemeinerscheinungen und Harnveränderungen wie bei subakuter und chronischer Nephritis beschrieben, besonders werden frühzeitig auftretende Ödeme, besonders Gesichtsödem, hervorgehoben; die Ödeme treten meist einseitig auf der Seite der verletzten Niere auf.

Waljáschko und Lebedew (16) weisen durch Tierversuche nach, dass multiple Nierenwunden durch Faszieneinhüllung mit befriedigender Funktion geheilt werden können.

Ach (1) hebt hervor, dass bei subkutanen Nierenverletzungen teils auf Grund des Allgemeinzustandes und der objektiven Erhebungen, teils auf Grund der klinischen Untersuchungsmethoden, besonders der Kystoskopie und des Ureterenkatheterismus zur Operation geschritten werden muss. Operatives Vorgehen mit möglichst konservativer Tendenz ist der sicherste therapeutische Weg, jedenfalls soll man lieber operieren als warten, bis Harninfiltration und Infektion aufgetreten sind. In zwei Fällen wurden totale Querrisse mit breiter Eröffnung des Nierenbeckens konservativ mittelst Naht zur Heilung gebracht.

Ponomareff (14) hält in der Mehrzahl der Fälle von Nierenverletzungen eine Operation für nicht nötig (unter 57 Fällen wurde nur achtmal operiert). Indikationen zur Operation sind ernstere Blutungen, Infektion und Blut- und Harnansammlung in der Nierenregion. Durch Kystoskopie muss der Zustand der anderen Niere festgestellt sein. Bei Verdacht auf intraperitoneale Ruptur oder Mitverletzung anderer Bauchorgane muss sofort operiert werden. Im übrigen ist möglichst konservativ zu verfahren.

In einem Falle von Ehrenpreis (4) traten erst 10 Tage nach dem stumpfen Trauma Hämaturie und nach 16 Tagen Symptome von Vereiterung ein. Die lumbale Inzision ergab Zerreissung der Niere, die exstirpiert wurde.

Lüken (12) tritt bei Nierenrupturen ohne Verletzung anderer Bauchorgane für möglichst konservative Behandlung ein und erklärt die Operation nur bei schwersten Blutungen mit stärkerer und bedrohlich werdender Anämie indiziert. 35 Fälle wurden konservativ behandelt, ohne Exitus.

Eliot (5) beschreibt einen Fall von Bauchschuss mit gleichzeitiger Durchbohrung der Niere und der Gallenblase, die beide exstirpiert wurden. Die Heilung war durch perinephrale Eiterung gestört.

11. Nierensteine.

1. *Adrian, C., Hyperalgetische Zonen und Herpes zoster bei Nierenerkrankungen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 477.
2. Arcelin, Die Röntgenphotographie in der Urologie. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Nr. 62. (Betont die Wichtigkeit des Verfahrens bei Nieren- und Uretersteinen und bei Nierentuberkulose, wenn die Nieren stark vergrössert sind oder Kalkbildungen enthalten, dagegen viel weniger bei Blasensteinen.)
3. Beck, E. C., Stereoskop-Radiographie in der Diagnostik von Blasen- und Nierensteinen. Urol. and Cutan. Review. Bd. 17. Nr. 10. (Stereoskopaufnahme schützt vor diagnostischen Irrtümern besonders bei akzidentellen Schatten, sie gibt ein gutes Bild der wahren Grösse und der räumlichen Lagerung von Steinen.)
4. *Bécus, G., Nierensteinkolik bei Frauen. Journ. de Bruxelles. Nr. 19.
5. Beer, E., Nephrolithiasis. New York. Ac. of Med. Gen.-ur. Sect. Sitzg. vom 18. März. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1055. (Zwei Fälle von Nierensteinen, einer einseitig, für Duodenalulcus gehalten, mittels Pyelotomie und Pyeloplastik operiert, und einer doppelseitig mit Steinrezidiven rechterseits; linksseitige Nephrotomie.)
6. *Binaghi, R., Pielotomia totale per calcolo del bacinetto. Gazz. degli osp. e d. clin. Nr. 47.
7. Black, W. T., Treatment of renal, ureteral and vesical calculi. Tenessee State Med. Assoc. Journ. Nashville. Bd. 6. Nr. 2.

8. Bloom, J. D., Nieren- und Blasensteine von besonderer Form und Zusammensetzung. Urol. and Cut. Rev. März. (Bespricht die chemischen Vorgänge der Konkrementbildung, ohne neue Gesichtspunkte vorzubringen.)
9. *Blum, V., Über den therapeutischen Harnleiterkatheterismus. Wiener klin. Wochenschrift. Bd. 63. Nr. 27.
10. *Bously, A., Abdominalschmerz und seine diagnostische Bedeutung. Brighton and Sussex Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. Nov. 1913. Lancet. 1913. Bd. 2. p. 1548.
11. Brown, O. H., und E. A. Babler, Bilateral renal calculi. Missouri State Med. Assoc. Journ. Bd. 10. Nr. 8. (Betont Dringlichkeit der Röntgenaufnahme und des Ureterkatheterismus, sowie der operativen Entfernung von Nierensteinen.)
12. *Caulk, J., Incrustation of the renal pelvis and ureter. Surg., Gyn. and Obst. April.
13. *Davis, L., Calculous anuria, with report of two cases. Surg., Gyn. and Obst. Juni.
14. Debout d'Estrée, Oxalurie. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 194. (Hebt die Hyperazidität des Harns und sein hohes spezifisches Gewicht bei Oxalurie hervor.)
15. Desnos, Radiographie bei Nierensteinen. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschrift f. Urol. Bd. 8. p. 195. (Ein Fall von grossem Korallenstein und ein Fall von wenigen Steinen mit harnsaurem Sand.)
16. Feldner, J., Zur Symptomatologie der Urämie bei Nierenkrankheiten. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 240. (Urämie bei Nierenbeckenstein, chronischer Pyelitis und Nierenzysten trotz Harnausscheidung von 940 ccm pro die ohne Eiweiss.)
17. *Fowler, O. S., Experiments on animals to determine influence of ureteral obstruction on kidney infection; description of authors nephropexy. Colorado Med. Denver. Bd. 11. Nr. 7.
18. Frank, L., Ein Fall von kalkulöser Anurie. Urol. and Cut. Rev. März. (3—4 Steine im linken Ureter bei vollständiger Anurie.)
19. Frankenthal, L., Zystinurie und Zystinsteine. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. Heft 5/6. (Zwei von Neumann mittelst Nephro- bzw. Kystotomie erfolgreich operierte Zystinsteine.)
20. *Gayet, Deux cas de lithiase rénale. Soc. nat. de méd. de Lyon. Sitzg. vom 7. April 1913. Lyon méd. 1913. Nr. 24.
21. — Pyonéphrose calculeuse. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Lyon méd. Nr. 5. p. 243. (Lange Zeit geschlossene Tuberkulose, dann plötzliche Öffnung des Ureters und Blasensymptome, Nephrektomie.)
22. Giuliani und Arcelin, Lithiase urinaire. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 18. Juni 1913. Lyon méd. 1913. p. 671. (Komplette Anurie 29 Tage nach Exstirpation einer enormen Pyonephrose; Ureterkatheterismus unmöglich, zweifelhafter Schatten im unteren Pol der zurückgebliebenen Niere. Nephrostomie und Entleerung von Steinkrümeln, nach fünf Tagen Abgang eines erbsengrossen Steins aus der Blase mit Massenentleerung von Harn.)
23. Gorasch, W., Nierenstein. Russ. Urol. Ges. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 277. (Stein in einem fast durchgebrochenen Nierenabszess, der von der Fettkapsel austamponiert war.)
24. — Nierensteine. Russ. urol. Ges. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 274. (Ein grosser Nierenbeckenstein und ein Fall von zwei Steinen im Nierenbecken und einem in der Niere.)
25. Grant, H. H., Management of nephrolithiasis. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 14.
26. *Grave, A., Riesennierenstein. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. Heft 2.
27. Hagner, F. R., Palliativoperation bei Steinniere. Vereinig. amer. Urologen. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 265. (Nephrolithotomie und Drainage mit Herabsetzung der Funktion auf der anderen Seite bis auf 9%; nach Entfernung der Steine Besserung der Funktion der anderen Niere bis auf 26%.)
28. *Hahn, A., Paranephritis durch Nierensteinperforation. Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. Heft 3, Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 23. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1242 und Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Febr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 350.
29. *Hall-Edwards, J., The significance of phleboliths. Brit. Med. Journ. 1913. Bd. 2. 13. Dez.
30. Hughes, B., Appendizitis und Nierenkolik. Brit. Med. Journ. 31. Jan. (Im Harn Kolibazillen, zwei Schmerzanfälle, nach dem zweiten Exstirpation des ulzerierten Wurmfortsatzes.)

31. *Janssen, P., Therapeutische Indikationen bei Steinerkrankungen der oberen Harnwege. Med. Klinik. Bd. 10. p. 967.
32. Imbert, L., Wanderung von Nierensteinen durch die Wand des Nierenbeckens. XVII. franz. Kongr. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 195. (Zwei Fälle.)
33. *Ingianni, G., I calcoli del rene e il loro trattamento chirurgico. R. Acc. med. di Genova. Sitzg. vom 30. Juni 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 398.
34. *Kielleuthner, L., Operative Therapie der Nierensteine. Beitr. f. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3.
35. Klemperer, G., Zur Behandlung der Zystinurie. Therapie d. Gegenw. Nr. 3.
36. — und M. Jacoby, Zur Behandlung der Zystinurie. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 16. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 825. (Empfehlung der Alkalitherapie, die den intermediären Stoffwechsel befördert und die vollkommene Zersetzung des Zystins bewirkt.)
37. *Koch, W., Wesen und Behandlung der Nierensteine, namentlich vom chirurgischen Standpunkte aus. Inaug.-Diss. Berlin 1912.
38. *Kümmell, Nachweis von Nieren- und Uretersteinen, welche auf der Röntgenplatte sonst nicht sichtbar werden. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 25. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 468.
39. Lehnerdt, Fall von Lithiasis im Säuglingsalter. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 24. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1946. (Ein Fall bei einem 19 Monate alten Knaben; in der Diskussion betonen David und Beneke das nicht so sehr seltene Vorkommen von Steinen im frühen Kindesalter, letzterer besonders das Vorkommen von Uretersteinen. Die von J. Veit vermutete Annahme einer Koliinfektion als Ursache der Steinbildung wird von Beneke und Lehnerdt abgelehnt.)
40. Lett, H., A case of calculous anuria. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 532. (Verlegung beider Ureteren durch Steine; 33stündige Anurie; links Ureterotomie, rechts Spontanabgang der Steine.)
41. Lukins, J. B., Nierenstein. Urol. and Cut. Rev. März. (Übersicht der Symptome und der Diagnostik der Komplikationen.)
42. Mc Call, G. D., Case of renal calculus. Missouri State Med. Assoc. Journ. St. Louis. Bd. 11. Nr. 2.
43. *Mac Donald, A. L., Bedeutung der Nieren- und Ureterkoliken von mittlerer Intensität. Urol. and Cutan. Rev. 1913. Okt.
44. *Milkó, W., und V. Révész, Zur Röntgendiagnose der Nierensteine. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. p. 271.
45. *Mosenthal, Röntgenbilder von Nieren- und Uretersteinen. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 28. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 361.
46. Müller, J., Fall von Nierensteinen. Nürnb. med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1393. (Drei Oxalatsteine im linken Nierenbecken, während die Schmerzen stets rechts sassen; Spontanabgang der Steine.)
47. Mursell, H. T., Removal of a second stone from an only kidney. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 532. (Doppelseitige Steine, Exstirpation der linken vollständig pyonephrotischen Niere, nach 3/4 Jahren Entfernung eines mandelgrossen Steines aus der rechten Niere.)
48. *Neumann, A., Zystinsteine und Zystinurie. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 2065 u. 1998. (Diskussion.)
49. Paleani, O., Il metodo Bacelli del salasso alla pedidia applicato in un caso di anuria calcolosa in soggetto già nefrectomizzato. Policlinico. Sez. prat. Bd. 45. (Aderlass an der Vena dorsalis pedis und dadurch Beeinflussung der Vena cava und Nierenvene, so dass die Niere wieder funktionierte.)
50. *Patel, Calcul du bassinet, pyelotomie. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Lyon méd. Nr. 6. p. 293.
51. *Peña, Operationsanzeigen bei kalkulöser Pyonephrose. Span. chir. Ges. Arch. gén. de Chir. 1913. p. 1334.
52. *Pincussohn, Über Oxalurie. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 15. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1243.
53. Pollitzer, H., Nephrolithiasis, kombiniert mit chronischer Kolitis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 29. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 286. (Zwei Fälle; die Kolonaffektion wird für primär, die Nierenerkrankung für sekundär gehalten.)

54. Portner, E., Nierensteine. Med. Klin. Bd. 10. p. 422. (Diagnostische und therapeutische Richtpunkte.)
55. *Rafin und Arcelin, La mobilité rénale et ses conséquences pour le diagnsotic radiographique des calculs du rein. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 723.
56. Reichel, Zur Diagnose der Nierensteine. Med. Ges. Chemnitz. Sitzg. vom 10. Dez. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 442. (Hervorhebung der Wichtigkeit der Röntgenaufnahmen von Nieren und Ureteren, der Kystoskopie und des Ureterkatheterismus; in der Diskussion erwähnt Nauwerck einen Fall von umschriebener Nierenzirrhose durch Steinbildung in den betreffenden Abschnitt des Nierenbeckens.)
57. Reynard, M., Pyonéphrose calculeuse chez une fillette de 14 ans. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 5. März 1913. Lyon méd. 1913. Nr. 24. (Mandelgrosser Oxalatstein mit Verwandlung der Niere in eine Reihe tuberkulös aussehender Kavernen, die aber nicht tuberkulös waren. Nephrektomie wegen starker Sklerose der Niere, die von sklerosiertem Gewebe umgeben war; Heilung.)
58. Rumpel, Vollkommen fettige Degeneration der Niere bei Steinbildung. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. Mai. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 525. (Ein Fall; Exstirpation.)
59. *De Sandro, D., Oxalurie bakteriellen Ursprungs. Il Morgagni. Bd. 1. Heft 8.
60. Thelen, Doppelseitige Nephrolithiasis. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 9. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 565. (Links 82 g schwerer, das ganze Nierenbecken ausfüllender Korallenstein, durch Pyelotomie entfernt, rechts zwei kastaniengrosse Steine, der grössere im Parenchym sitzend, durch Nephrotomie entfernt; Heilung ohne Fistelbildung. In der Diskussion spricht sich Hess für Röntgenaufnahme bei schattengebendem Katheter, besonders bei Nephroptose und Steinen, und für Funktionsprüfung mittels der Phenolsulphonphthaleinprobe aus.)
61. Tixier, L., Gastro-intestinale Störungen durch Nierensteine. Lyon méd. Bd. 46. Nr. 31.
62. Vander Veer, J. N., und W. D. Aldrich, Fall von doppelseitiger Lithiasis mit einseitiger Rezidive. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. Nr. 11. (Aus Titel ersichtlich.)
63. Wallace, D., Case of reno-pelvic calculus. Edinburgh Med. Chir. Soc. Sitzg. vom 20. Mai. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1539. (Ein Fall von Nierenbeckenstein, durch Pyelotomie entfernt; ein Fall von Stein in der Nierensubstanz mit atypischen Symptomen, durch Röntgenaufnahme nachgewiesen.)
64. Wanach, Die Steinkrankheit der Nieren. Deutscher ärztl. Verein St. Petersburg. Sitzg. vom 10. Febr. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 154. (Demonstration. In der Diskussion spricht sich Pflücker bei grösseren Steinen für die Operation aus, ebenso Kernig, der prophylaktisch das Lithion empfiehlt. P. Mayer erörtert die diätetische Behandlung. Born ist auch bei grossen Steinen, wenn sie aseptisch sind, selten Koliken und keine starken Blutungen bewirken, für abwartende Behandlung. Schiele sieht die Hauptwirkung der Trinkkuren in der Verminderung der Entzündung der Harnwege und in der Abschwellung der Schleimhaut. Wladimiroff verlangt Beseitigung des Abschlusshindernisses. Wanach spricht sich bei komplizierender Pyo- und Hydronephrose für Nephrektomie aus. P. Mayer misst den Harnanalysen nur Wert bei, wenn mehrere Tage nacheinander die Harnsäure bestimmt wird.)
65. *Zondek, Zur Indikationsstellung bei Nierenkalkulose. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 102.

Fowler (17) sucht die Ursache der Steinbildung darin, dass der untere Calix tiefer liegt als die Harnleiteröffnung, so dass hier Neigung zu Stase, Infektion und Konkrementbildung entsteht. Um der Steinbildung vorzubeugen, schlägt er daher vorher nach Entfernung von Nierensteinen die Niere so zu fixieren, dass sie statt vertikal horizontal liegt und beide Calices gleich hoch stehen; der obere Pol wird nach innen und unten gedreht und hier mittelst eines aus der Fascia lata entnommenen Streifens, der durch die Kapsel geführt wird, an einem Wirbelquerfortsatz fixiert wird, während der untere Pol von unten nach oben ebenfalls mit einem Faszienstreifen an eine Rippe befestigt wird. Die Methode wird für jede Nephropexie, besonders aber bei Lithiasis, Pyelitis und Pyonephrose empfohlen. Die Operation wurde an 11 Kranken mit Erfolg ausgeführt.

Caulk (12) beschreibt vier Fälle von Inkrustierung der Nierenbecken- und Ureterschleimhaut mit aus dem Harn niedergeschlagenen Kalksalzen als Folge einer pathologischen Veränderung des Gewebes (Papillitis, Pyelitis etc.). Es kann dadurch eine Retentionszyste der Niere bewirkt werden. Die Endwirkung ist die Nekrose. Therapeutisch wird die Nephrotomie, beim Ureter der Ureterkatheterismus oder die Aufschlitzung und Auskratzung des Ureters empfohlen.

Symptome und Diagnose.

Adrian (1) hebt die Hyperalgesie und Hyperthermie der Haut im Bezirke des X., in geringerer Ausdehnung im Bezirke des XI. und XII. und des I. Lumbalsegments hervor und teilt einen weiteren Fall von Herpes zoster im X.—XII. Dorsalsegment bei Nierensteinkrankheit mit.

Bously (10) hebt hervor, dass Nierenkolik nur in 20% aller Fälle durch Steine hervorgerufen wird und dass andererseits bei vielen Steinfällen Koliken fehlen. Koliken werden erst ausgelöst, wenn eine Masse von Kristallen plötzlich durch den Ureter hinabgedrängt wird. Ein Fall, in welchem der Durchtritt eines Steines durch den Ureter drei Jahre gedauert hat, ohne jemals Koliken zu bewirken, wird mitgeteilt.

Mac Donald (43) führt Nieren- und Ureterkoliken von mässiger Intensität auf die Ausscheidung von Oxalatkristallen zurück.

Bécus (4) macht auf die Schwierigkeiten der Steindiagnose aufmerksam, weil häufig Schmerzen das einzige Symptom sind und Verwechslungen mit Genitalaffektionen möglich sind.

Kümmell (38) hält die Schätzung vieler Autoren, dass 2% der Nieren- und 5% der Uretersteine sich dem Röntgennachweis entziehen, für zu niedrig. Es gibt immer noch eine Anzahl dunkler Fälle, bei welchen die Nichtnachweisbarkeit eines vorhandenen Steines zu diagnostischen Irrtümern (z. B. Annahme einer Appendizitis) führte. Um solche Konkremente sichtbar zu machen, erwies sich als bestes Mittel die Kollargolinjektion, welche alle Erweiterungen der Harnwege und durch Imprägnation der Steine mit Metall auch die Steine selbst erkennen lässt. Drei Fälle von Verschlusssteinen des Nierenbeckens werden angeführt, welche die Möglichkeit der verschiedensten Fehldiagnosen erweisen. Als besondere Symptome solcher Verschlusssteine werden spontane und durch Fingerdruck gesteigerte Schmerzen auf einer Bauchseite, etwa 2 cm über und noch mehr innen vom Mc Burneyschen Punkt und zuweilen Blutungen oder wenigstens Blutschatten angeführt.

Milkó und Révész (44) berichten über einen Fall, in welchem ein Gallenstein bei der Röntgenaufnahme für einen Nierenstein gehalten wurde. Der Irrtum wurde erkannt, als sich bei Kontrollaufnahme der Nierenschatten verschoben fand, der Steinschatten aber nicht.

Mosenthal (45) verlangt vor jeder Nierensteinoperation die Aufnahme nicht nur der Niere, sondern auch des gesamten Ureters beiderseits. Aus dem Steinschatten lässt sich auf die chemische Beschaffenheit des Steines schliessen.

Rafin und Arcelin (55) prüften die Beweglichkeit der Niere bei der Atmung an Steinnieren durch Beobachtung der Dislokation der Steinschatten und stellten eine Abwärtsbewegung von 5 cm bei tiefster Inspiration fest.

Seidel (g. 2. 100) erwähnt Fälle von diagnostischer Täuschung bei Röntgenaufnahme von Nierensteinen und erwähnt ausser Phlebolithen und Plattenfehlern die Möglichkeit, dass ein Nierenstein durch Ablagerung bröckeliger, von Blutung herrührender Massen viel grösser erscheinen kann, als er wirklich ist. Ferner wird an der Hand von zwei Fällen hervorgehoben, dass bei Steineinklemmung und Anurie eine reflektorische Anurie nicht voreilig angenommen werden kann, bevor nicht Steinverschluss auf der anderen Seite mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Hall-Edwards (29) bezeichnet Phlebolithen in den Beckenvenen als häufig und ihre Beschwerden oft als ähnlich den Nierenkoliken, so dass Venensteinschatten für die Diagnose der Nephrolithiasis sehr hindernd sein können.

Komplikationen der Steinniere.

Davis (13) ist geneigt, die sogenannte Reflexanurie bei nicht verschlossener, aber erkrankter Niere besser durch funktionelles Versagen eines erkrankten, überladenen Organs zu erklären. In 90% der Fälle von Anuria calculosa ist nur eine richtig funktionierende Niere vorhanden, die verschlossen ist, oder beide Nieren sind verschlossen; der Zustand ist also ein mechanisch bewirkter. Wenn der Ureterkatheterismus erfolglos ist, so muss die Nephrotomie oder Pyelotomie gemacht werden. Nach der Operation lässt infolge der Drainage des Nierenbeckens der intrarenale Druck und der Krampf des Harnleiters nach und der Stein wird spontan entleert oder kann später operativ entfernt werden. Die beiderseitige Operation ist angezeigt.

Gayet (20) weist an zwei Fällen nach, dass auch kleinere Steine die Funktion der Niere beeinträchtigen können (besonders die Chlorausscheidung in einem Falle auch

die Harnstoffausscheidung und die Phloridzinzuckerbildung). Beide Fälle wurden nephrektomiert.

Blake (g. 12. 3) hebt hervor, dass Hämaturie bei Steinkrankheit fehlen kann und hält sie für ein häufigeres Symptom bei Tuberkulose, als bei Lithiasis. Die Inzision bei Nephrolithotomie muss am hinteren Rande gemacht werden, wo die Blutung am geringsten ist.

Hahn (28) berichtet über drei Fälle von Perforation eines Steines aus dem Nierenbecken, die alle unter dem Bilde einer Paranephritis verliefen. In einem Falle war es zur Bildung einer mächtigen, bis tief ins Becken herabreichenden, fibrös-sklerosierenden Schwarte gekommen, die von aus dem Nierenbecken kommenden Eiterfistelgängen durchsetzt war. In den beiden anderen Fällen war eine phlegmonöse Paranephritis entstanden. Heilung durch Nephrektomie.

Therapie.

Janssen (31) hebt die Wichtigkeit der Röntgenaufnahme für die Indikationsstellung bei Steinen in den oberen Harnwegen hervor, wobei nicht nur die Anwesenheit eines Steines, sondern häufig auch gewisse Komplikationen (Perinephritis etc.) nachgewiesen werden können. Es muss daher bei allen Fällen von Nierenschmerzen und Nierenblutungen eine Aufnahme, und zwar eine doppelseitige, der Nieren und Ureteren ausgeführt werden. Für den Nachweis der Lage des Steines ist besonders die Form des Steinschattens von Wichtigkeit. Doppelseitige Steine, auch bei Funktionstüchtigkeit beider Nieren, erfordern stets die operative Entfernung, und zwar zweizeitig, wobei der grössere Stein zuerst zu entfernen ist. Ist eine Niere nicht funktionstüchtig, so soll auf dieser Seite zuerst operiert werden, bei doppelseitiger Alteration der Niere ist auf der schwerer erkrankten zuerst zu operieren. Bei einseitigem Steine und funktionstüchtiger Niere kann man, besonders bei älteren Kranken, die Operation unterlassen. Bestehen bei einseitigem Steine leichte Albuminurie oder Nierenreizung, erheblichere Schmerzhaftigkeit, stärkere Blutungen oder Infektion oder Harnretention, so ist die Operation dringend anzuraten. Absolute dringende Indikation besteht bei akuter Vereiterung des Nierenbeckens, Pyonephrose mit Gefahr der Urosepsis und Anurie. Bei nicht oder nur leicht infiziertem Nierenbecken und durchgängigem Ureter eignet sich in erster Linie die Pyelotomie mit darauffolgender Nierenbeckennaht. Bei fixierter Niere (Perinephritis), abnorm kleinem Nierenbecken und wenn dieses von der Niere selbst verdeckt wird, endlich bei Parenchymsteinen, ist die Nephrolithotomie auszuführen. Bei schwerer Infektion mit Abszessbildung bietet die Nephrektomie — bei gesunder anderer Niere — die besten Heilungsaussichten; sie ist womöglich zur Zeit einer Remission auszuführen. Die Nephrostomie findet ihre Indikation nur, wenn das Allgemeinbefinden eine Lithotomie oder Nephrektomie ausschliesst, wenn die Erkrankung doppelseitig und mit erheblicher Infektion kompliziert ist und wenn beide Nieren funktionell minderwertig sind.

Uretersteine, die auch nur teilweise obturieren, müssen entfernt werden, weil sie durch Stauung und durch reflektorische Anurie im Falle der Einkeilung Gefahr bringen. Die Entfernung geschieht am besten auf extraperitonealem Wege.

Zondek (65) macht in der Frage, ob Pyelotomie oder Nephrotomie ausgeführt werden soll, auf die Lage des Steinschattens zum Nierenschatten — ob ausserhalb oder innerhalb des letzteren — aufmerksam; wenn ausserdem der Stein den eigentümlichen Fortsatz zeigt, der auf ein Hereinragen in den Ureter hinweist, so ist ein Nierenbeckenstein anzunehmen. Ausserdem lässt sich durch O-Füllung und Pyelographie der Sitz des Steines im Nierenbecken bestimmen. Wenn bei der Operation die Pyelotomie sich als nicht hinreichend erweist, so darf der Beckenschnitt nicht direkt ins Parenchym fortgesetzt, sondern es muss ein Radiärschnitt hinzugefügt werden, der vom Hilus eine Strecke weit entfernt bleiben muss, oder es muss ein Längs- oder Querschnitt oder eine Inzision an einer anderen Stelle zugefügt werden, so wie die Anordnung der Gefässe es erfordert.

Binaghi (6) entfernte durch Pyelotomie einen 232 g schweren Stein (Durchmesser 22 × 19 cm) aus der linken Niere. Zwei Nierenbeckenplastikversuche scheiterten, schliesslich schloss sich nach retrogradem Katheterismus des Harnleiters die Nierenbeckenfistel.

Hochenegg (siehe Pleschner c. 4. 20) fand unter 13 Nierensteinfällen nur dreimal die Pyelotomie anwendbar. Nephro- und Nephrektomie wurden je fünfmal ausgeführt. Ein Fall von Nephrotomie ging urämisch zugrunde, weil die operierte Niere fast funktionslos und der Ureter der anderen Niere durch Knickung verlegt war.

Peña (51) empfiehlt bei aseptischer Steinniere Nephro- oder Pyelotomie, bei infizierter Niere, schlechtem Allgemeinzustand, Unmöglichkeit der Funktionsprüfung und durchgängigem Ureter die Nephrotomie, im gegenteiligen Falle die Nephrektomie. In der Dis-

kussion bezeichnet Cifuentes die Nephrektomie wegen ihrer hohen Mortalität (25%) nur für eine Ausnahmeoperation und spricht sich für die Nephrotomie aus.

Patel (50) befürwortet neuerdings bei Nierenbeckensteinen die Pyelotomie auf paraperitonealem Wege vom vorderen äusseren Schnitt aus und hebt die bessere Übersichtlichkeit des Nierenstiels und des Inneren des Nierenbeckens, sowie die Möglichkeit, die Niere mehr in ihrer Lage zu belassen, hervor.

Koch (37) beschreibt die verschiedenen Operations- und Schnittmethoden für die Entfernung von Nierensteinen und stellt 60 Fälle aus der Berliner Charité-Klinik zusammen, darunter 18 aseptische Fälle mit 94% und 42 infizierte mit 79% Heilungen. Für die Nephrektomie (20 Fälle) ergaben sich 34% Todesfälle, für die Nephrolithotomie (26 Fälle) 5% und für die Pyelolithotomie (14 Fälle) 61% Todesfälle.

Kielleuthner (34) empfiehlt für nicht zu grosse und nicht zu stark infizierte Nierenbeckensteine die Pyelotomie, bei stark infizierten Fällen ist die Nephrektomie der Nephrotomie vorzuziehen.

Ingianni (33) nimmt in einem Falle von Nierenstein eine primäre Abszessbildung durch akute Infektion und sekundäre Bildung eines grossen verästelten Steines und in einem zweiten Falle luetische Organveränderungen als Ursache der Steinbildung an. Im ganzen fünf Fälle, vier durch Nephrolithotomie, einer durch Nephrektomie behandelt. Die Pyelotomie wird der Nephrotomie vorgezogen.

Kirchberg (g. 6. 18) hält die Mechanotherapie bei Steinerkrankung einerseits deshalb für von Nutzen, weil sie die der Steinbildung zugrunde liegende Stoffwechselveränderung, besonders prophylaktisch, beeinflusst, andererseits weil die Uretermassage bei Uretersteinen von günstiger Wirkung sein kann.

Blum (9) erklärt den therapeutischen Ureterkatheterismus für indiziert bei Anurie infolge Steineinklemmung im Ureter, bei kongenitaler und erworbener Hydronephrose und Hydroureter, bei Pyelitis (besonders in der Schwangerschaft) und Pyelonephritis, endlich als Vorbereitung der chirurgischen Eingriffe bei Pyelitis calculosa und bei gynäkologischen Operationen.

Grave (26) beschreibt einen Nierenstein von 340 g Gewicht, 12,5 cm Länge und 8,5 cm Breite. Die Niere wurde exstirpiert. Trotz der Grösse des Steines waren die Symptome gering.

Eliot (g. 10. 5) beschreibt einen Fall von vereiterter Steinniere, bei deren Exstirpation eine Cholecystitis mit starker Füllung der Gallenblase gefunden wurde. In der Diskussion erwähnt Erdmann einen Fall von Cholecystitis nach vorausgegangener rechtsseitiger Nierensteinoperation.

Oxalurie und Cystinurie.

Pincussohn (52) unterscheidet eine exogene und eine endogene Oxalurie, je nachdem die Vermehrung der Oxalsäureausscheidung aus Nahrungsstoffen oder aus Produkten des Stoffwechsels (Purinen) entstanden ist. Therapeutisch wird Vermeidung oxalsäurehaltiger Nahrungsmittel und Abstumpfen der Magensäure, sowie Zufuhr von sauren Phosphaten und Verminderung des Kalzium zugunsten des Magnesium empfohlen.

De Sandro (59) isolierte aus menschlichen Fäzes einen Bacillus oxalatigenes, der auf geeigneten Nährböden das Ausfallen von Kalkoxalatktrisallen bewirkt, vermutlich infolge von Oxydation von Stärke; es soll demnach bei Oxalurie keine mehlreiche Nahrung gegeben werden.

Neumann (48) beschreibt zwei Fälle von Zystinsteinen, einen im Nierenbecken bei einem 24 jährigen Mädchen, der durch Röntgenaufnahme nachgewiesen und durch Pyelotomie entfernt wurde (bei multiplen Nierenabszessen) und einen in der Blase eines dreijährigen Knaben. Die Zystinausscheidung (nach der Operation) wurde durch Bettruhe nicht vermindert, bei reiner Milchdiät nahm sie, aber ohne dass die subjektiven Beschwerden verschwanden, ab, bei gemischter Kost nahm die Ausscheidung zu und das Allgemeinbefinden hob sich, ohne dass die Beschwerden zunahmen; Natron bicarbonicum hatte geringen Einfluss. Endlich wird ein Fall von reinem Bakterienstein im Nierenbecken mit Vereiterung der Niere mitgeteilt, der aus Kolibazillen mit beigemischtem Kalk bestand. In der Diskussion erwähnt Rosenstein einen Fall von 45 Zystinsteinen mit Erhaltung der in einen schlaffen Sack verwandelten Niere, obwohl die andere Niere schon exstirpiert war. Körte beschreibt einen förmlichen Zystinausguss des Nierenbeckens.

12. Nierengeschwülste.

1. Ahreiner, Demonstration seltener Nierenpräparate. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 27. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1392. (1. Niere mit grossem Stein und hühnereigrossem Hypernephrom, exstirpiert; 2. Niere mit grösseren, bis ans Nierenbecken reichendem Tumor und mandelkerngrossem Konkrement im Nierenbecken; 3. kleines Konkrement in einem Kelch und Nierentuberkulose.)
2. Ball, Stone and tumor in the same kidney. R. Ac. of Med. in Ireland. Sect. of Surg. Sitzg. vom 9. Jan. Lancet. 92. Jahrg. Bd. 1. p. 318. (Kleiner Nierenbeckenstein, bei dessen Entfernung am konvexen Steinrande ein Zystadenom gefunden wurde. Nephrektomie.)
3. *Blake, A., Cases of renal surgery. Assoc. of reg. med. Women. Sitzg. vom 8. Jan. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 199. (Statistische Übersicht über 14 Fälle von Nephrolithiasis, 4 von Nephroptose, 7 von Hydronephrose, 4 von renaler Hämaturie und 1 von kleinzystischer Degeneration.)
4. Borchard, Zwei Grawitzsche Nierentumoren. Verein Posener Ärzte. Sitzg. vom 21. Jan. Med. Klinik. Bd. 10. p. 393. (Durch Operation geheilt.)
5. Byloff, N. V., Metastasen als erste Symptome eines malignen Hypernephroms. Chir. (russ.) Bd. 34. p. 419. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 81. (Hirntumor als erstes Symptom. Sektionsbefund.)
6. Chevassu, M., Syphilome du rein gauche. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. p. 717. (Der als maligne Geschwulst angesprochene Nierentumor erwies sich nach der Exstirpation als Gumma mit ausgedehnten sklerotischen Veränderungen der Umgebung und Arteriitis luetica, schwielige Perinephritis; keine Pyurie, keine Blasensymptome, fast vollständige Anurie.)
7. Coenen, H., Hypernephrom des Zungengrundes. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. Nr. 37. (Typischer Bau der Geschwulst; keine Krankheitserscheinungen im Gebiete der Nieren und Nebennieren.)
8. Fischer, Hypernephrome. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 15. Dez. 1913. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 185. (Demonstration.)
9. *Fraser, A., Nierentumor mit ungewöhnlichem mikroskopischem Befund. Proceed. of the New York Path. Soc. Bd. 14. Nr. 1.
10. Gaisböck, Hypernephrom der linken Niere. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 23. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 778. (Der Tumor hatte die Nierenkapsel durchbrochen und die Nebenniere umwachsen bzw. teilweise durchsetzt; Metastase in Lymphdrüsen und Lungen und eine haselnussgrosse Metastase unter der Haut des rechten Vorderarms.)
11. Gamgee, L., Hypernephroma of kidney. Brit. Med. Assoc. Birmingham Branch. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 709. (Zwei Fälle; Demonstration.)
12. Gayet, Cancer du rein; néphrectomie. Soc. de Méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 49. p. 706. (Karzinom am oberen Nierenpol, Hämaturien; Exstirpation nach explorativer lumbaler Freilegung der Niere.)
13. Gorasch, W., Hypernephrom und Hydronephrose. Russ. urol. Ges. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 274.
14. — Nierentumor. Russ. urol. Ges. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 277. (Mit unklaren Symptomen.)
15. Grandjean, A., Epithélioma du rein gauche; néphrectomie, récidive dans la cicatrice, extirpation; métastase vaginale, extirpation; conservation d'un excellent état général. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 303. (28jährige Frau; Inhalt aus Titel ersichtlich.)
16. Harting, Hypernephroider Tumor der Nebenniere. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 516. (Mit Übergreifen auf die Niere.)
17. Harttung, H., Wirbelmetastase nach Hypernephrom. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1269. (Osteoklastische Form von Wirbelmetastase bei Hypernephrom, im Harn rote Blutkörperchen. Laminektomie. Sektionsbefund.)
18. Hawkes, F., Karzinoma of the kidney associated with calculi. New York. Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 24. März. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 1049. (29jährige Frau ohne Symptome von seiten der Harnorgane mit Ausnahme des nachweisbaren Tumors. Inzision auf den Tumor, Exitus nach 12 Tagen an Erschöpfung.)

19. Hessmann, Metastatischer Lungentumor bei Hypernephrom. Hufelandsche Ges. Berlin. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1477. (Röntgendemonstration.)
20. *Hoffmann, E., Zur Kasuistik der Nierentumoren. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 1.
20a. Josephson, C. D., Malignes Hypernephrom der rechten Niere mit Metastasen in der Scheide. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiae. (Silas Lindqvist.)
21. *Israel, W., Pneumaturie bei Nierentumor, zugleich ein Beitrag zur Pyurie bei bösartigen Geschwülsten der Niere. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 5. Mai. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 527.
22. *Junkel, Beiträge zur Kenntnis der embryonalen Nierengeschwülste. Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 4.
23. Kader, Nephrektomie bei Adenosarcoma embryonale der rechten Niere. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 309. (5 kg schwerer Nierentumor mit zwei Ureteren bei einem 14 jährigen Mädchen, durch Nephrektomie exstirpiert; embryonale Mischgeschwulst.)
24. Kerr, M., Renal hypernephroma. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 654. (32 jährige Frau; Differentialdiagnose von Ovarialtumor. Nephrektomie, Heilung.)
25. Kraus, E. J., Fall von Grawitz-Tumor. Wissensch. Ges. Deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 22. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1086. 3. Teil. (Verkalktes Hypernephrom der rechten Niere mit ausgedehnten Metastasen an Schädel, Wirbelsäule, Becken, Rippen, Leber, Lungen, Scheide, unter polyneuritischen Erscheinungen verlaufend; Sektionsbefund bei einem 25 jährigen Mädchen.)
26. Leischner, Hypernephrom. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 12. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 496. (Vollkommene Heilung nach Exstirpation.)
27. Lion, K., Papillom des Nierenbeckens. Deutsche Ges. f. Urol. IV. Kongr. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft p. 413. (Kirschgrosses, zottiges, gutartiges Papillom nahe der Abgangsstelle des Ureters aus dem Nierenbecken, von dem eine nekrotisch gewordene Zotte unter Krämpfen ausgestossen worden war. Nephrektomie; Heilung.)
28. Lower, W., E. Neoplasms of renal pelvis with special reference to transplantation in ureter and bladder. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 2. (Siehe Jahresbericht Bd. 27. p. 537.)
29. *Mc Williams, A., Polycythaemia; hypernephroma; nephrectomy. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 8. Okt. 1913. Annals of Surg. Bd. 59. p. 121.
30. Marcowo, Nierensarkom im Kindesalter. La medicina de los niños. 1913. Febr. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 5. p. 82. (15 Monate altes Mädchen, Fibromyxosarkom. Nephrektomie, Tod am nächsten Tage.)
31. *Marogna, P., Papillomi del bacinetto. Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 8.
32. Matsuo, M., Über einen Fall von Grawitzschem Tumor. Inaug.-Diss. München 1913.
33. Mönckeberg, J. G., Doppelseitig primäres Rundzellensarkom der Niere mit Metastasen in den Lymphknoten. Rhein.-westfäl. Ges. f. inn. Med., Nerven- u. Kinderheilk. Sitzg. vom 16. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 392. (Achtjähriges Mädchen, Sektionsbefund.)
34. *Neuhäuser, Kurze Demonstration von Präparaten betreffend die Fortentwicklung jugendlicher, in die Niere implantierter Nebennieren. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 106.
35. Pelloux, Néoplasme du rein. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 5. Nov. 1913. Lyon méd. 1913. Nr. 49. (Epitheliom, vielleicht durch Trauma hervorgerufen.)
36. Phélip und Salin, Epithéliome du rein chez un enfant de vingt et un mois. Bull. et Mém. d. l. Soc. anat. de Paris. 1913. p. 336. (Von den Harnkanälchen ausgehendes Epitheliom von embryonalem Typus. Exstirpation, Heilung.)
37. Portner, E., Nierengeschwülste. Med. Klinik. Bd. 10. p. 247. (Kurze Richtpunkte in bezug auf Diagnose und Behandlung.)
38. Saviozzi, V., Studio anatomo-patologico e clinico delle propagazioni dei tumori maligni del rene con speciale riguardo alla loro obiettività epatica. Tumori. Bd. 3. Heft 3. (Zwei Fälle von direktem Übergreifen eines Hypernephroms auf die Leber; Operation, Exitus, in einem Falle während der Operation an Embolie der Art. pulmonalis.)

39. Saviozzi, V., Ipernefromi. Tumori. Bd. 3. Nr. 5. (Hypernephrom im unteren Nierenpol mit Darmstörungen und Kachexie.)
40. Schwers, H., und A. Wagner, Primäres Rundzellensarkom. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. Heft 1/2. (Nach Scharlach; herdweise Entstehung im interstitiellen Gewebe der Rinde; in diffuse, fast das ganze Organ substituierende Neubildung endigend; achtjähriges Kind.)
41. *Seeliger, Die Bedeutung der Hypernephrome für die unfallgerichtliche Begutachtung. Monatsschr. f. Unfallheilk. Nr. 2/3.
42. Tietze, Multiple kleinste Metastasen eines Hypernephroms im Gehirn. Bresl. chir. Ges. Sitzg. vom 11. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1197. (Plötzliches Auftreten von epileptiformen Krämpfen; Sektionsbefund.)
43. *Unterberger, Nierenkarzinom. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 3. Juli. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 496.
44. — Hypernephrom. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 319. (11 Pfund schwere, bis ins Becken reichende, als Ovarialtumor angesprochene Geschwulst. 66jährige Nullipara. Laparotomie und Exstirpation. Exitus an Lungenembolie.)
45. *Wengraf, Embryonale Adenosarkome der Niere. Virchows Arch. Bd. 214. Heft 2.
46. *Zarri, G., Due casi di ipernefroma del rene. La clinica chir. 1913. August.

Gutartige Geschwülste.

Hoffmann (20) beschreibt sieben mittels Nephrektomie behandelte Fälle von Nierentumoren, darunter einen Fall von echtem Myom der Niere und einen Fall von Hypernephrom, für dessen Entstehen und Wachstum ein Trauma als Ursache anzusprechen ist.

Marogna (31) beschreibt einen Fall von Nierenpapillom mit Nephrektomie und nach dreijähriger Gesundheit Auftreten von Papillomen in der zurückgelassenen Niere, ferner einen Fall von Papillom bei Hydronephrose mit Entleerung des Nierenbeckens und Annähung der Sackwand an die Wundränder.

Blake (3) beschreibt einen Fall von Hämaturie infolge eines kleinen Angioms des Nierenbeckens. Nephrektomie.

Hypernephrome.

Neuhäuser (34) konnte an neugeborenen Kaninchen nach Einpflanzung der Nebenniere in die Niere in einzelnen Fällen die Entwicklung einer Neubildung der übergepflanzten Nebenniere nachweisen.

Zarri (46) unterscheidet mononoduläre und multinoduläre Hypernephrome und histologisch typische und atypische Formen, von welchen die letzteren stets, die ersteren zuweilen bösartig sind. Zwei histologisch genau beschriebene Fälle werden mitgeteilt.

Fraser (9) fand bei einem Nierentumor von teils solidem, teils zystischem Bau, der bei einer 50jährigen Frau exstirpiert worden war, teils die bei Hypernephromen vorkommenden Befunde, teils eine vollkommene Übereinstimmung mit Nebennierenkarzinomen. Hieraus wird auf die Richtigkeit der Grawitzschen Annahme einer Abstammung aus Elementen der Nebennierenrinde geschlossen.

W. Israel (21) beschreibt ein kindskopfgrosses rechtsseitiges Hypernephrom mit strausseneigrosser Zerfallshöhle, aus der sich jauchige Massen und Schwefelwasserstoff entleerten. Für die Differentialdiagnostik von Tumor mit Pyurie gegenüber Pyonephrose wird die Wichtigkeit des Eintritts von Massenblutungen hervorgehoben. Der vorliegende Fall ist der fünfte Fall von renaler Pneumaturie und der erste von Pneumaturie bei malignem Nierentumor.

In der Diskussion beschreibt Manasse einen Fall von Pneumaturie bei Diabetes.

Mc Williams (29) beschreibt ein Hypernephrom der linken Niere mit Einwachsen des Tumors in die Nierenvene, das lediglich Hämaturien bewirkt hatte und durch Nephrektomie entfernt wurde. Heilung. Zugleich bestand beträchtliche Polyzythämie, die auch nach der Operation fortbestand.

In der Diskussion macht Lyle auf die Notwendigkeit der möglichst zentralen Unterbindung der Gefässe aufmerksam. Mathews, W. Meyer und Greene teilen ebenfalls Fälle von Hypernephromen mit. Lilienthal betont die Häufigkeit von Knochenmetastasen und daher die Notwendigkeit der Untersuchung der Knochen bei Hämaturien dunklen Ursprungs.

Hochenegg (siehe Pleschner) fand unter 14 Fällen von Nierentumoren 13 Hypernephrome und nur ein Karzinom.

Seeliger (41) untersuchte den Einfluss von Traumen auf vorhandene Hypernephrome und erwähnt die Möglichkeit, dass ein Hypernephrom durch Trauma generalisiert werden kann — wegen der Möglichkeit des Einwachsens in Gefässe —, ferner dass Blutungen in das Geschwulstgewebe und Durchbrüche in das Nierenbecken entstehen, endlich dass ein Hypernephrom durch Trauma maligne degenerieren kann. Schliesslich kann infolge von Trauma ein Hypernephrom sich aus okkulten Geschwulstteilen entwickeln.

Unterberger (43) berichtet über erfolgreiche Operation eines Karzinoms vom Grawitzschen Typus mit Uretermetastasen; in der Diskussion berichtet Doberer über einen Fall von Nephrektomie bei Hypernephrom, der seit vier Jahren rezidivfrei ist, und Brenner hebt die gute Prognose für die Nephrektomie bei Hypernephromen hervor, ausser bei Durchbruch in die Harnwege und die Blutbahn.

Karzinome und Sarkome.

Gussew (g. 7. 25) berichtet über zwei Fälle von Nephrektomie bei Kindern, in einem Falle vorwiegend Sarkom, im anderen Karzinom. In einem Falle Tod nach drei Monaten an Rezidive, der zweite Fall ist nach sieben Monaten noch rezidivfrei.

Wengraf (45) beschreibt fünf Fälle von embryonalen Adenosarkomen der Niere von gemischtem Bau (verschieden gestaltete Epithelien, Muskelgewebe etc.) und leitet sie teils von einem nicht differenzierten embryonalen Mesodermkeim, teils aus Urnierengewebe ab.

Junkel (22) fand in zwei Fällen von angeborener Nierengeschwulst an Stelle der grössten Wachstumsenergie ein indifferentes, sehr kernreiches Keimgewebe, was er für die Entstehung der Geschwülste für sehr wichtig hält.

13. Parasiten der Niere.

1. Hessmann, Nierenechinococcus. Hufelandsche Ges. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1477. (Röntgendemonstration.)
2. Krull, J., Echinococcus der Niere. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. 6. Dez. (Dumpfe Lumbalschmerzen, leichte Hämaturie, dann plötzlich heftige Leibschmerzen mit Druckempfindlichkeit in der rechten Nierengegend und am Mc Burneyschem Punkt. Spontane Entleerung von Membranen.)
3. Longo, L., Echinococcuszysten in Muskeln oder Nieren. Drei Fälle. Policlinico. Bd. 21. Sez. chir. Nr. 4.
4. *Loumeau, Les données comparatives de la clinique et du laboratoire après la néphrectomie pour échinococcose rénale. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 24. April. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 299.
5. Magnusson, G., Über Behandlung innerer Echinokokken. Hospitalstid. Nr. 9. (Setzt bei Nierenechinokokken die Marsupialisation an erste Stelle.)

Loumeau (4) weist nach, dass nach partieller und totaler Nephrektomie wegen Echinococcus das Blut nach längerer Zeit die Eosinophilie und die Komplementbindung bewahren kann.

XIV.

Chirurgische Erkrankungen des Abdomens.

Referent: Marineoberstabsarzt Dr. zur Verth.

A. Allgemeines.

1. Witzel, Pankow Janssen, Eine Woche Bauchchirurgie für chirurgische und gynäkologische Ärzte. Vorträge in dem zweiten Kursus über die Fortschritte der Chirurgie und Gynäkologie, gehalten in der akademischen, chirurgischen und gynäkologischen Klinik in Düsseldorf vom 13.—18. Oktober 1913. Düsseldorf, Schmitz u. Olbertz.

In 40 Vorträgen wird von Forschern der verschiedensten Länder der Stand der ganzen Bauchchirurgie vom Allgemeinen bis zum Besonderen abgehandelt.

B. Verletzungen.

1. Arnaud, L., Contusion abdominale par coup de pied de cheval davant de vingt-quatre heures. Contracture de l'abdomen. Laparotomie immédiate. Double perforation du grêle avec matières fécales et pus en péritoine libre. Résection partielle et suture de l'intestin. Fermeture du ventre sans drainage. Guérison. Lyon méd. Nr. 25. p. 1369.
2. *Bengsch, Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 729.
3. *Lexer, Karl, Pfählungsverletzungen. Aus der chirurgischen Klinik in München. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12.
4. Magula, M., Bericht über 301 perforierende Stichverletzungen des Abdomens, insbesondere Magen- und Darmverletzungen aus den Jahren 1902—1912. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2. (Mortalität der Dünndarmverletzungen 42%, der Dickdarmverletzungen 54,5%; Erweiterung der Wunde und, sofern sie perforiert, Leibschnitt ist Grundregel.)
5. Waljaschko und Lebedow, Zur Frage der Heilung der Leber-, Milz- und Nierenwunden. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 2. (Auf Grund von Versuchen an Hunden.)

Die Arbeiten über Verletzungen des Bauches und seines Inhalts sind zum grössten Teil der Kriegserfahrung entsprungen. Sie sind in diesem Berichte nicht erwähnt. Doch sollen die Ergebnisse zu einer späteren Zeit, wenn die Ansichten sich geklärt haben, hier aufgeführt werden.

Von den wenigen aus Friedensbeobachtungen hervorgegangenen Mitteilungen sind die von Bengsch (2) und Lexer (3) bearbeiteten Pfählungsverletzungen erwähnenswert. Sie bringen zusammen ein Material von 16 Pfählungsverletzungen, darunter vier atypische. Von den fünf Fällen von Bengsch starben zwei. Wo nur der geringste Verdacht auf Bauchfellverletzung besteht, ist der Bauchschnitt zu machen!

C. Netz, Mesenterium, retroperitoneales Gewebe.

1. Eisenberg, Carl, Über primäre Mesenterialkarzinome. Aus den Verhandlungen der Vereinigung bayrischer Chirurgen. 3. Vers. München. 12. Juli 1913. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. (Beobachtung bei einem 25jährigen Mädchen.)

1a. *Franke, Über chirurgisches Handeln bei Tuberkulose der Mesenterialdrüsen. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 258.

2. Friedmann, David, Occlusion of the inferior mesenteric artery. Med. Record. New York. (Seltener und weniger bedrohlich als Verschluss der Superior.)

3. *Fritsch, Netztorsion mit Einschluss einer Darmschlinge. Chir. Universitätsklinik in Breslau. Geheimrat Küttner. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34.

4. *Hölscher, Fritz, Über entzündliche Geschwülste der Bauchhöhle. Med. Klinik. p. 401.

5.* Johansson, Sven, Zur Kasuistik der primären Geschwülste des Omentum majus. Nord. med. Arkiv. 1913. Bd. 46. Abt. 1. Heft 3. Nr. 9.

6. Juillard, Un cas d'hémangiome veineux caverneux du mésentère. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 442.

7. Kleinschmidt, O., Ein solitärer Netzechinococcus. v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 4.

8. Lutz, Über doppelbrechende Lipoide im Mesenterium und in einem Mesenterialsarkom. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 4. (In Anbetracht des Gehaltes an Lymphbahnen, den Transportwegen des resorbierten Fettes besitzt das Mesenterium eine besondere Neigung zur Degeneration des Fettes.)

9. *Outerbridge, Cystis-Lymphangioma of great omentum. Annals of Surg. Nr. 6.

10. Rimann, H., Über retroperitoneale Zystenbildung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. p. 521.

11. *Sand, Knud, Über Ruptura mesenterii. Hospitalstidende. Jahrg. 57. Nr. 32. (Dänisch.)

12. Weil, S., Beitrag zur Klinik der Mesenterialvenenthrombose. Aus der Kgl. chir. Univ.-Klinik zu Breslau. Prof. H. Küttner. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. (Zwei Fälle, 52jähriger Mann gerettet durch Resektion, 62jähriger Mann gestorben.)

13. Ziembicki, Ein Beitrag zur Chirurgie des grossen Netzbeutels. Zentralbl. f. Chir. p. 1489.

Von den drei bekannteren pathologischen Prozessen im grossen Netz (Torsionen, Entzündungen und Geschwülsten) werden die seltenen primären Geschwülste von Johansson (5) um vier Fälle vermehrt: zwei Zysten, ein Fibrosarkom und eine hypernephroide Geschwulst. Die Diagnose wurde meist auf Appendizitis gestellt. Einen Fall von Lymphangiom mit zystenähnlichen Erweiterungen bringt Outerbridge (9). Die Entzündungen erfahren durch Hölscher (4) eine Bereicherung. Sie entstehen nicht selten im Anschluss an Operationen, von denen 75% Bruch- und Blinddarmoperationen sind. Ursache: chronisch mechanischer, chemischer oder schwach virulenter bakterieller Reiz. Diagnostisch ist frühe Probelaparotomie zu empfehlen. Fritsch (3) beschreibt eine Netztorsion bei einem 44jährigen Manne.

Knud Sand (11) bearbeitet auf Grund eines durch Operation geretteten Falles einer Mesenterialverletzung infolge stumpfen Traumas die Mesenterial-Ruptur. Meist handelt es sich um subkutane Verletzungen, in weniger als einem Drittel um Stiche. Mortalität 64%. Alle Nichtoperierten starben; von den Operierten starben 33%.

Franke (Rostock) (1a) findet primäre Mesenterialdrüsentuberkulose besonders häufig im Dünndarmmesenterium im ileocökalen Winkel, in dem sie nicht selten zu einer Geschwulst sich formen, weniger häufig im Mesokolon oder retroperitoneal. Die Symptome der Erkrankung sind nicht charakteristisch. Behandlung, da Totalexstirpation meist an der Ausdehnung des erkrankten Gebietes scheitert, Ausschälung oder Auslöffelung der erkrankten Drüsen (anschliessend längere Diskussion.)

D. Magendarmkanal.

1. Allgemeines.

1. Allen, Intussuszeption. Annals of Surg. Febr.
2. Andree, Hans, Die Plica diaphragmatica ovarii als Ursache einer Darminkarzeration. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 127. p. 500.
3. *Barjon et Dupasquier, Kystes gazeux de l'intestin. Prov. méd. Nr. 5. (67 jährige Frau mit Magengeschwür.)
4. Bayer, Carl, Ungefährlicher Eingriff zum definitiven Verschluss des Anus praeternaturalis. Zentralbl. f. Chir. 56.
5. *Boas, J., Bemerkungen zu dem vorstehenden Artikel: „Zur Phenolphthaleinprobe auf okkultes Gebiet nach Boas". Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. (Siehe dazu unten Schirokauer.)
6. *— Die Lehre von den okkulten Blutungen. Bei Georg Thieme, Leipzig.
7. *Burrows, The cure of habitual constipation by the intraabdominal use of oil. Med. Record. New York. Vol. 85. Nr. 15.
8. Davis, Intestinal obstruction: formation and absorption of toxin. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Febr.
9. *Demmer, Fritz, Zur Kenntnis der Pneumatosis cystoides intestini hominis. v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 2.
10. *Dencks, G., Über Hormonal und Neohormonal, klinische und experimentelle Studien. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 132. p. 37.
11. Dietrich, A., Kleine Darmkarzinome vom Typus der Karzinoide mit schwerer Leberkarzinose. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 13. Heft 3.
12. *Duval, P., et J. Ch. Roux, Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la „stase colique" par alterations du colon droit. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 303.
13. Facchin, Alberto, Un caso molto raro di occlusione intestinale. Policlinico. Sez. prat. p. 1230.
14. *Faltin, R., Zur Kenntnis der Pneumatosis cystoides intestinorum. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 166.
15. *Finsterer, Über die Bedeutung der totalen Darmausschaltung und den Wert der Enteroanastomose. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 249.
16. *Frankenstein, Subkutane Applikation von peristaltikbefördernden Mitteln in der Nachbehandlung nach gynäkologischen Laparotomien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2096—2098.
17. Flockemann, A., Der Stachel-Murphyknopf. Zeitsparende Veränderung am Murphyknopf. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 505.
18. Fromme, Albert, Über Darminvaginationen und spastischen Ileus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. p. 579.
19. — Über spastischen Ileus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20.
20. Hausmann, Theodor, Über die Lokalisation von Abdominaltumoren mit Hilfe der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 3.
21. Hauswirth, Hans, Über Myome des Magendarmkanals. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 1.
22. Kelling, G., Über die Mechanik der Lateralanastomosen im Magendarmkanal. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 3.
23. Klindt, Axel, Der Volvulus der Flexura sigmoidea und seine Behandlung. Hospitalstidende. Jahrg. 57. Nr. 17 u. 18. (Dänisch.)
24. Landsberger, Alfred, Über Volvulus im Bruchsack. Med. Klinik. 11. p. 461.
25. *Mauclaire, Kystes gazeux de l'intestin. Arch. gén. de chir. 6.
26. Monrad, S., Über die Behandlung der akuten Darminvagination bei kleinen Kindern. Nordisk Tidskr. f. Terapi. XII. 1913. Nr. 1. (Dänisch.)
27. Moore, Hypertrophic fibrosis of the gut causing chronic obstruction; a sequel to a strangulated hernia. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 3. Jan.
28. Nägele, Otto, Die Enterostomie nach Hofmeisters Spicknadelmethode. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 2.
29. Neumann, A., Wiederholter Ileus wegen eigenartiger Dünndarmaffektionen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. p. 185.

30. Novaro, N., Invaginazione intestinale da ascaridi. Policlinico. Sez. chir. XXI. 3.
31. *Pauchet, M., Traitement chirurgical de la constipation chronique. Prov. méd. Nr. 7.
32. *Payr, Über den Magendarmelektromagneten und seine Anwendung. Verh. der Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 749.
33. *Pribram, Neue Experimente zur Vermeidung peritonealer Adhäsionen. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 312.
34. *Pringle, Seton S., An addres on chronic intestinal stasis: anatomy and treatment. Brit. med. Journ.
35. *Ruge, Ernst, Operative Behandlung verzweifelter Obstipationsfälle, nebst Mitteilung einer neuen einfachen Methode. (v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 3.
36. Schmidt, Meinhard, Über Darmvorfälle aus Kotfisteln und Kunstaftern, insbesondere zweihörnige „Hammerdärme" (Franz König). Deutsche Zeitg. f. Chir. Bd. 126. p. 387.
37. *Schirokauer, Zur Phenolphthaleinprobe auf okkultes Blut nach Boas. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29.
38. Schlössmann, Über chirurgische Erkrankungen durch Askariden. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 3. p. 531.
39. *Stassoff, B., Experimentelle Untersuchungen über die kompensatorischen Vorgänge bei Darmresektionen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 527.
40. Stone, Bernheim, Whipple, The experimental study of intestinal obstruction. Annals of Surg. Nr. 5.
41. Thorbecke, Walter, Über das familiäre Auftreten von Darmpolypen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. p. 553.
42. Vogel, Beiträge zur Pathogenese des Ileus. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25.
43. *Wagner, A., Zum Nachweis okkulter Blutungen in den Fäzes. Zentralbl. f. Chir. p. 1182.
44. — Ileus durch Gallensteine. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. p. 353.
45. v. Wiedhof, Die Splanchnoptose und ihre Behandlung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 1. (Literatur.)

Der vermehrten Bedeutung der Lehre von den okkulten Blutbeimengungen zum Stuhl zur Diagnose besonders des Duodenalgeschwürs trägt die Monographie von Boas (6) Rechnung. Schirokauer (37) hält die Phenolphthaleinprobe in gewissen Fällen für unzuverlässig. Boas (5) betont demgegenüber von neuem ihre Empfindlichkeit. Wagner (44) gibt zur Entdeckung okkulter Blutbeimengung ein einfaches Deckglasverfahren an, das eine Beschmutzung der Hände vermeidet.

Faltin (14), Demmer (9), Mauclaire (25) und Barjon et Dupasquier (3) bringen kasuistische Mitteilungen von Pneumatosis cystoides intestinorum. Besonders ausführlich wird von Faltin unter Zugrundelegung von 55 Fällen die Pathogenese, Klinik und Therapie dieses Leidens besprochen (Literatur). In den meisten Fällen findet sich ein Ulcus ventriculi oder duodeni, so dass ein ursächlicher Zusammenhang des Leidens mit Geschwürsprozessen angenommen werden muss. Die Blasen werden in jeder Gegend des Darmrohrs, meist am Dünndarm, und zwar am untersten Teil des Dünndarms, am zahlreichsten gegenüber dem Mesenterialansatz an der freien Seite beobachtet. Nachweis von Riesenzellen, nicht aber von Bakterien; trotzdem ist bakterielle Entstehung des Gases wahrscheinlich. Meist gehen zunehmende Darmstörungen lange voraus; sie führen schliesslich zu Stenosenerscheinungen. Resektion ist zu eingreifend; doch kann Enteroanastomose nötig werden.

Dencks (10) empfiehlt auf Grund von Beobachtungen am Menschen und von Tierexperimenten das Neohormonal dringend als stuhlförderndes Mittel; bei chronischen Fällen kommen Dauerwirkungen bis zu mehreren Jahren zur Beobachtung. Das neue Präparat ist von allen Albumosen befreit und hat daher Blutdrucksenkungen, wie sie bei dem alten beobachtet wurden, nicht mehr zur Folge. Frankenstein (16) tritt zur Vermeidung der postoperativen Darmlähmung für die Zuführung Peristaltik befördernden Mittel (Peristaltin) subkutan und per os nach gynäkologischen Operationen ein.

Chronische Verstopfung wird immer mehr Gegenstand chirurgischer Behandlung. Pauchet (31) empfiehlt Darmausschaltung. Duval und Roux (12) sehen ebenfalls von Darmausschaltungen Erfolge, mussten aber mehrfach zur Exstirpation des ganzen Kolon schreiten. Ähnlich Pringle (34). E. Ruge (35) legte bei zwei Fällen mit gutem Erfolg

eine Ileosigmoideostomie an. Oberhalb der Einpflanzung des zuführenden Ileumendes wurde ein Faszienstreifen so eng um die Flexur gelegt, dass die Schleimhaut im Inneren ohne Schnürung aufeinander lag, so dass ohne Herbeiführung eines völligen Verschlusses das Zurückfliessen von dünnem Darminhalt mit Sicherheit vermieden wurde. Burrows (7) empfiehlt an Stelle aller dieser zum Teil nicht ungefährlichen Eingriffe die intraabdominelle Eingiessung von Petroleum bis zu 300 ccm.

Die schönen und umfangreichen Untersuchungen von Stassoff (39) an Hunden ergeben, dass nach Resektion eines Darmabschnitts in den übrigen Teilen des Darmrohrs kompensatorische Erscheinungen eintreten, die von der Länge des resezierten Teiles abhängig sind und bei ausgedehnter Resektion nicht immer genügen, den Defekt ganz zu kompensieren. Die Kompensation kann funktionell oder hypertrophisch sein. Die hypertrophische Kompensation wird am Dünndarm kenntlich durch eine Verkürzung des Darms, Erweiterung des Lumens, Verdickung der Wand, besonders der Schleimhaut; am Dickdarm stellt sich eine Erweiterung des Lumens, verbunden mit Verdünnung der Wand ein. Defekte des Ileum werden durch das Jejunum und zum Teil durch den Magen und das Duodenum kompensiert, Defekte des Jejunum hauptsächlich durch den Dickdarm. Defekte des Dickdarms, die vom Organismus leicht überstanden werden, durch den Dünndarm, ausgedehnte Resektionen des Jejunum und Ileum auch durch den Magen. Die vollständige Resektion des Duodenum wird äusserst schlecht überstanden. Völlige Kompensation ist nicht möglich.

Nach Finsterer (15) ist die partielle Darmausschaltung (Enteroanastomose, unilaterale Darmausschaltung) besser durch die totale Darmausschaltung zu ersetzen. Dabei ist das Einnähen beider Darmlumina in allen Fällen, auch bei bestehenden Kotfisteln, dem blinden Verschluss unbedingt vorzuziehen. In den Fällen, in denen durch die totale Ausschaltung keine völlige Heilung des Leidens erzielt werden kann, ist sie als wertvolle Palliativoperation zu betrachten, da nach Zurückgehen der entzündlichen Verwachsungen die Exstirpation des Krankheitsherdes in einer zweiten Operation möglich und weniger gefährlich gemacht wird. Sie kommt damit an Bedeutung der zweizeitigen Resektion des Dickdarmkarzinoms gleich.

Pribram (33) gelang es, durch intraabdominale Einspritzung von Glaskörper, den er aus Kalbsaugen gewonnen, bei Katzen und Hunden die Bildung von peritonealen Adhäsionen zu verhindern oder doch herabzusetzen.

Payr (32) beschreibt seinen starken Elektromagneten, mit dem er nach Füllung des Magendarmkanals mit geeigneten Eisenverbindungen mannigfaltigsten diagnostischen und therapeutischen Aufgaben der Magendarmpathologie näher tritt.

2. Radiologie des Magendarmkanals.

1. *Albu, A., Die Röntgendiagnostik der Verdauungskrankheiten in klinischer Bewertung. Med. Klinik. 9. p. 366.
2. Barsony, Theodor, Über Röntgenbefunde nach Pylorusausschaltung. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3. p. 473.
3. *v. Bomhard, Röntgenbehandlung inoperabler Magen- und Darmkarzinome. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. Heft 3. 1915. p. 601. Verh. d. Vereinig. bayr. Chirurgen. IV. Vers.
4. Case, X ray observations on colonic peristalsis and antiperistalsis, with special reference to the ileocolic valve. Med. Record. New York. Vol. 85. Nr. 10. March 7.
5. *Carmann, Radiologic signs of duodenal ulcer. With special reference to gastric hyperperistalsis. Journ. of the Amer. med. Assoc. LXII. Nr. 23.
6. Clark and Busby, Value of roentgen analysis of gastrointestinal tract in some types of so-called functional nervous disorders. Journ. of the Amer. med. Assoc. LXII. Nr. 6. (Verf. stellen einen Zusammenhang zwischen Epilepsie und Störungen der Bauchorgane fest.)
7. Cohn, Die Gastrostomie im Röntgenbilde. Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 4.
8. *Cohn, Max, Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Erkrankungen des Darmes. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 8.
9. David, Dilatationen des Duodenum im Röntgenbild bei direkter Füllung. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 2.

10. Duval, Pierre, and J. Ch. Roux, Examen fonctionnel radiographique dans la caecosigmoidostomie latérale simple. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 761.
11. George and Gerber, The practical application of the Röntgen method to gastric and duodenal diagnosis. Journ. of the Amer. med. Assoc. LXII. Nr. 14.
12. Groedel, Die Invaginatio ileocoecalis im Röntgenbild. Fortschr. a. d. Gebiet d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 2.
13. Hartert, W., Zur heutigen Wertung des Röntgenbildes in der Diagnostik chirurgischer Magenerkrankungen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 3. p. 549. (Besonders Krebs!)
14. Henszelmann, Eine einfache Aufnahmetechnik zur Röntgenuntersuchung der Baucheingeweide. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 44.
15. Kelling, Tastsonde für die Röntgenuntersuchung des Magens. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 28.
16. Lehmann, Ein Fall von Invaginatio ileocoecalis im Röntgenbilde. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 21. Heft 5.
17. Lippmann, C. W., The duodenum: a Röntgen study. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 6.
18. Marcuse, E., Die Insuffizienz der Valvula ileocoecalis im Röntgenbilde. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51.
19. *— Der röntgenologische Nachweis von Dünndarmstenosen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 40.
20. *Müller, Duodenalerkrankungen im Röntgenbilde. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 21. Heft 6.
21. Reichel, H., Röntgenbild und Operationsbefund bei Pyloruskarzinomen. Aus der chirurg. Privatklinik von Hofrat Dr. Krecke in München. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 2 u. 3.
22. *Schlesinger, E., Das röntgenologisch Erkennbare beim Ulcus duodeni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23.
23. Schneider, Vergleichende röntgenologische Untersuchungen über Form und Lage des Magens nach Aufblähung mit Kohlensäure und nach Eingabe der Bariumsulfatmahlzeit mit besonderer Berücksichtigung der Perkussion des aufgeblähten Magens. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 3.
24. Schütz und Kreuzfuchs, Ein Fall von Rumination mit dem Röntgenbefund eines intermittierenden Sanduhrmagens. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21.
25. *Schwarz, G., Klinische Röntgendiagnostik des Dickdarms und ihre physiologischen Grundlagen. Mit 108 Abbild. 153 S. 10 Mk. ungeb., 11 Mk. geb. Berlin, Julius Springer.
26. Strauss, Über die diagnostische Bedeutung des Nischensymptoms bei der radiologischen Magenbetrachtung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. (Das Nischensymptom ist beweisend für das kallöse Magengeschwür.)
27. Urano, Eine wichtige Fehlerquelle bei Untersuchungen über die motorische Bedeutung des Magensäureinhaltes des Magens. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 3.

Schwarz (25) bringt eine mit vorzüglichen Bildern ausgestattete Monographie über die Röntgendiagnostik des Dickdarms und ihre physiologischen Grundlagen.

Übersichten über die Röntgendiagnostik der Darmerkrankungen liegen vor von Max Cohn (8) und mit Einschluss der Magenerkrankungen von A. Albu (1). Die Röntgen-ergebnisse gestatten keine bindenden Schlüsse; nur im Verein mit dem klinischen Verfahren sind sie verwertbar (Albu). Die röntgenologische Untersuchung am Verdauungstraktus gibt nur da gute Resultate, wo die Kontrastmahlzeit längere Zeit verweilt. Daher sind die röntgenologischen Ergebnisse der Dünndarmuntersuchung unfruchtbar. Insbesondere finden Dünndarmstenosen jenseits des Duodenums nur selten im Röntgenbilde ihre Darstellung, da diese Veränderungen wegen der flüssigen Beschaffenheit des Darminhalts erst spät eine Obturation hervorrufen; wenn aber einmal eine Obturation eingetreten ist, so sind die Er-scheinungen so stürmisch, dass man auf den Radiologen verzichtet, und sofort der Chirurg in Aktion tritt. Die Röntgenologie der Darmkrankheiten beschäftigt sich also abgesehen vom Duodenum nur mit dem Dickdarm. Die Probemahlzeit und der Kontrasteinlauf er-gänzen sich; oft müssen sie kombiniert benutzt werden. Die Peristaltik bewirkt keine stän-dige Vorwärtsbewegung des Darminhalts. Ebenso rasch wie der Chymus die Dünndarm-schlingen durchwandert, so langsam wird der Darminhalt im Colon verarbeitet. Die Peri-

staltik wirkt hier so, dass der Darminhalt durchgeknetet und dann durch eine einmalige grosse Vorwärtsbewegung weit vorgeschoben oder ausgestossen wird. Die tonischen Verhältnisse des Dickdarms, Geschwülste, Divertikel, Hirschsprungsche Krankheit, Cökumtuberkulose, Stenosen u. a. sind einer Kontrolle und zum Teil der Entdeckung durch das Röntgenverfahren zugänglich (Cohn).

Nach Marcuse (19) trifft die Unfruchtbarkeit des Röntgenverfahrens für die ersten und letzten Dünndarmpartien nicht ganz zu. Als charakteristische Zeichen von Stenosen in dieser Gegend zeigen sich 1. Füllungsdefekt, 2. Retention in den zuführenden Schlingen 3. veränderte Peristaltik der zuführenden Schlinge und 4. Erweiterung der zuführenden Schlinge.

Für die Diagnose des Ulcus duodeni legt Müller (20) den grössten Wert auf die Dextroposition des Antrum, Carmann (5) auf die gastrische Hyperperistaltik im Verein mit Residuen im Magen nach sechs Stunden. Schlesinger (22) fasst seine Erfahrungen in ähnlichem Sinne zusammen.

v. Bomhard (3) schliesst aus seinen Beobachtungen bei der Röntgenbehandlung inoperabler Magen- und Darmkarzinome, dass jeder operable Krebs der Operation zu unterziehen und darnach zu bestrahlen ist, dass jeder inoperable Krebs intensiv zu bestrahlen ist. Bei vielen geringen Erfolgen bei inoperablen Krebsen kamen vereinzelte sehr erfreuliche Ergebnisse vor. Die Technik wird beschrieben.

Ausser den oben noch angeführten hier nicht erwähnten Sonderarbeiten über Magendarmröntgenologie finden sich auch in den in der Folge bei den einzelnen Organen besprochenen Arbeiten viele kennenswerte Röntgenbeobachtungen und Hinweise.

3. Magen und Dünndarm.

1. *Alberts, Georg, Ein Beitrag zur operativen Behandlung der akuten Magenblutungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. p. 398.

1a. *Anschütz, Zur Prognose des Magenkarzinoms. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 273.

2. *Báron, Alexander, Zur experimentellen Pathologie des Magengeschwürs. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3. p. 484.

3. *Barsony, Beiträge zur Diagnostik des postoperativen jejunalen und Anastomosen ulcus. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 29.

4. *Bastianelli, Pietro, L'esclusione pilorica e le sue indicazioni. Clin. chir. XXII. p. 815.

5. Baum, Zur operativen Behandlung des Ulcus der kleinen Kurvatur. Zentralbl. f. Chir. 273.

6. *— H. L., Diagnostische Eigentümlichkeiten der Karzinome des Magenkörpers. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.

7. Beck, Gastroenterostomy by a plastic flap. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 12.

8. *Billeter, A., Die Häufigkeit der sekundären Magenkarzinome bei dem Ulcus ventriculi. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 15. Heft 2.

9. Bland-Sutton, John, Linitis plastica or leather-bottle stomach. Brit. med. Journ. 31. Jan. (Auf karzinomatöser Grundlage.)

10. Boas, J., Wesen und Behandlung der gutartigen Pylorusstenose. Med. Klinik Nr. 1. p. 5.

11. *— Über das Vorkommen und das Verhalten der okkulten Blutungen beim Ulcus ventriculi und duodeni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23.

12. *Bode, Friedrich, Zur Ätiologie des runden Magen- und Duodenalgeschwürs. Bruns Beitr. Bd. 93. p. 68.

13. *Bonhoff, Friedrich, Über Verdauungsleukozytose bei Carcinoma und Ulcus ventriculi. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschrift Hamburg-Eppendorf. p. 760.

14. *Borszeky, Karl, Divertikelbildung am Magen durch peptisches Geschwür. Zentralbl. f. Chir. p. 969.

15. Brown, Spencer, The etiology and surgical treatment of gastric and duodenal ulcer. Med. Record. New York. Vol. 85. Nr. 12.

16. *Brun, Hans, Gastroduodenostomie bei Ulcus. Zentralbl. f. Chir. p. 140.

17. *Brüning, Aug., Beitrag zur Technik der Pylorusausschaltung beim Ulcus ventriculi. Aus der chir. Univ.-Klinik zu Giessen. Prof. Poppert. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 20.

18. Burke, J., A contribution to the pathology of duodenal ulcer. Buffalo med. Journ. Febr.
19. Carnelli, R., Traumatische Perforationsperitonitis bei einem ambulanten Typhuskranken. v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 1.
20. *Deaver, E., Gastric haemorrhage. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. March.
21. *Decker, Über eine seltene, postoperative Komplikation nach Gastroenterostomie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18.
22. *Delore, X., et P. Santy, Castrectomie dans le cancer de l'estomac. Lyon chir. Tome 11. p. 113. (Umfassende Arbeit.)
23. — — Gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac. Lyon chir. Tome 11. p. 221.
24. *Dobbertin, Dr., Gastroduodenostomie oder Gastrojejunostomie bei Ulcus. Erwiderung auf „Hans Brun usw." Zentralbl. f. Chir. p. 140. "Zentralbl. f. Chir p. 421.
25. *Ehrlich, F., Zur Nachbehandlung der wegen Ulcus duodeni oder pylori Operierten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10.
26. Einhorn, An appliance for the introduction of instruments into the stomach. Med. Record. Vol. 85. Nr. 10. March 7. (Zur Entnahme von Magen- und Duodenalsaft.
27. Enriyues et A. Gosset, Remarques sur l'exclusion du pylore. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 331.
28. Eschbaum, Über Kardiospasmus. Med. Klinik. Nr. 4. p. 146.
29. *D'Este, Stefano, Piloro-plastica con trapianto libero di lembo aponeurotico-muscolare. Cli. chir. XXII. p. 872.
30. *Faulhaber, Zur Frage des Sechsstundenrestes bei pylorusfernem Ulcus ventriculi. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29.
31. — M., und v. Redwitz, Über den Einfluss der „zirkulären Magenresektion" auf die Sekretion und Motilität des Magens. Med. Klinik. Nr. 16. p. 680. (Erheblich herabgesetzte Salzsäurewerte.)
32. *— — Zur Klinik und Behandlung des „pylorusfernen" Ulcus ventriculi. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 1.
32a. *Federmann, Karzinom trotz Resektion wegen Ulcus ventriculi. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 270.
33. *Finney, J. M. F., and J. Friedenwald, Thirteen years' experience with pyloroplasty. A study of one hundred cases. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. March.
34. Finsterer und Glassner, In die Milz penetrierendes Ulcus der grossen Kurvatur des Magens. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 1. (Mit Erfolg in örtlicher Schmerzbetäubung operiert.)
35. — H., Zur Technik der Magenresektion. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 514. (Eigenes Verfahren ähnlich Billroth II.)
36. Florowsky, W. W., Zur Frage der akuten Perforationen des Ulcus rotundum ventriculi et duodeni. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 4.
37. Freund, Gastrospasmus bei Urämie. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 4.
38. *Friedrich, Die Radikaloperation des Karzinoms der Kardia und des abdominalen Ösophagus. Zentralbl. f. Chir. p. 846.
39. *Galpern, J., Die Dauerresultate der Pylorusausschaltung. Aus der chirurg. Abteil. des Semstwokrankenhauses zu Twer, Russland. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
40. Gang, Marcell, und Paul Klein, Zur klinischen Verwendbarkeit der Duodenalsonde. Med. Klinik. Nr. 18. p. 768.
41. Gelpke, L., Sanduhrmagen nach Ulcus der kleinen Kurvatur. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 13. (In der Ätiologie oft nervöse Belastung.)
42. *Gossmann, Über das tuberkulöse Magengeschwür. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 5.
43. *Grosser, Max, Zur Dauerausheberung des Magens. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 4.
43a. *Gulecke, Ergebnisse der Pylorusausschaltung durch Fadenumschnürung. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 21.
44. *Gundermann, Wilhelm, Über experimentelle Erzeugung von Magen- und Duodenalgeschwüren. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 1.
44a. *v. Haberer, Multiplizität des Ulcus ventriculi. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 269.
45. Harris, Constrictions of the duodenum. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 16.

46. *Hart, C., Über das Ulcus duodeni. Med. Klinik. 9. p. 363.
47. *Hartmann, H., Les bouches gastro-intestinales dans les cas de pylore perméable. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 798.
48. *— The function of the gastro-enterostomy in cases of permeable pylorus. Annals of Surg. Nr. 6. Amer. Surg. Assoc. number.
49. *— et Lecène, Ulcère de l'estomac et du duodenum. Annals internat. de chir. gastro-intestinale. Nr. 2.
49a. *Handek-Wien, Über die weiteren Schicksale operierter und nichtoperierter Patienten mit tiefgreifenden Geschwüren des Magenkörpers auf Grund von 250 eigenen Beobachtungen. Ein Beitrag zur Indikationsstellung. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 268.
50. *v. Herczel, Kritik der verschiedenen Operationsverfahren bei Magen- und Duodenumgeschwüren. Pester med.-chir. Presse. Nr. 1.
51. Hirschel, G., Die Resektion des Duodenums mit der Papille wegen Karzinoms. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
52. *Hohlbaum, J., Beiträge zur funktionellen Magendiagnostik. (v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 4.
53. *Holzknecht und Haudeck, Über das Verhalten der Magenmotilität beim Ulcus ventriculi und duodeni. Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 21. Heft 6.
54. *Houdard, L., L'ulcère simple du duodénum (non perforé). Thèse de Paris. G. Steinheil. 1913. p. 206.
55. *Kaspar, Fritz, Über primäre Karzinome des mittleren Jejunums. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 128. p. 595.
56. — Ein Zylindrom des Meckelschen Divertikels. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 612.
57. *— Zur Klinik und chirurgischen Behandlung des chronischen Ulcus duodeni. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 531.
58. *Kehrer, Über die Ursache des runden Magengeschwürs. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 4.
59. Keller, R., Über retroperitoneale Duodenalrupturen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 2.
60. *Keller, Katharina, Zur Pathogenese und Therapie der Magentuberkulose. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3. p. 586.
61. *Kemp, Beitrag zur Pathologie und Therapie des Magengeschwürs. Ulcus chron. juxtapyloricum, dessen Diagnose und Behandlung. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 3.
62. Klaussner, F., Gastropexie nach Rovsing. Aus den Verhandl. d. Vereinig. bayr. Chirurgen. 3. Vers. München, 12. Juli 1913. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. (Gegen Gastroptose mit gutem Erfolg.)
63. Kocher, Theodor, Ein Fall von Magenvolvulus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 127. p. 591.
63a. *Konjetzny, Beziehungen der chronischen Gastritis zum Magenkarzinom. Verhandl. d. Ges. f. Chir. I. p. 65.
63b. — Über die anatomischen Grundlagen der okkulten Blutungen beim Magenkarzinom. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 271.
64. v. Kovats, Josef, Über die nichtoperative Behandlung der narbigen Pylorusstenose. Med. Klinik. 11. p. 456. (Fibrolysin!)
65. *Krabbel und Geinitz, Beiträge zur Chirurgie der gutartigen Magenerkrankungen. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 5.
66. *Kümmell, H., Zur Pathologie und Chirurgie des Ulcus duodeni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23 u. 24.
67. *— Zur Chirurgie des Ulcus duodeni. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 290.
68. *Küttner, Hermann, Beiträge zur Chirurgie des Magens auf Grund von 1100 in sieben Jahren behandelten Fällen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. Heft 4. p. 789. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 459.
69. Marshall, A report of ten cases of acute perforating gastric and duodenal ulcer. Med. Record. New York. Vol. 85. Nr. 11.
70. Martin, Perforating gastric and duodenal ulcers. Annals of Surg. Nr. 4.
71. *Mayo, W. J., The radical operation for cancer of the pyloric and of the stomach. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 6. (Die einzeitige Operation wird bevorzugt.)

72. Melchior, Eduard, Zur Kenntnis der Fremdkörper des Duodenum. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 127. p. 473.
73. — Kongenitale tiefe Duodenalstenose bedingt durch Situs inversus partialis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25.
74. — Über den sogenannten arterio-mesenterialen Duodenalverschluss. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38 u. 39. (Arterio-mesenterialer Duodenalverschluss kommt nicht vor; es handelt sich um Atonia gastroduodenalis acuta besonders nach Stenose.)
75. — und Weil, Zur Frage der Gefährdung des Duodenalstumpfes bei der Magenresektion Billroth II. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15.
76. *Mertens, G., Pyloroplicatio et Pylorotorsio. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. p. 262.
77. Meyer, Willy, Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode. Billroth II. Zentralbl. f. Chir. p. 54.
78. Myer, Polyposis gastrica (Polyadenoma). Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 22. 1913.
79. Neugebauer, Fr., Zur Technik der Magenresektion. Zentralbl. f. Chir. p. 1538.
80. Nicolaysen, The value of Gluzinskis test in the diagnosis of gastric ulcer. Annals of Surg. Nr. 6. Amer. Surg. Assoc. number.
81. Nonnenbruch, W., Sanduhrmagen bei nicht tiefgreifenden Ulcus ventriculi. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. (Funktionell bedingt.)
82. *Oliva, C., e G. Paganelli, Sull' esclusione del piloro con bandelette aponeuritiche e con manicotti d'omento peduncolati. Clin. chir. XXII. p. 835.
83. *Paterson, The operation of gastrojejunostomie and the principles which should determine its use. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. April.
84. *Pauchet, Diagnostic du cancer stomacal. Arch. prov. de chir. Nr. 2.
85. *Payr, Zur Indikationsstellung der operativen Behandlung des Ulcus callosum ventriculi. Zentralbl. f. Chir. p. 1065.
86. *Perthes, Georg, Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs, nebst Mitteilungen zur Technik der Magenresektion. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. p. 464. Verh. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. 34.
87. Pers, Alfred, Über die operative Behandlung des Sanduhrmagens. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32.
88. Petraschewskaja, Zur Frage der Behandlung des perforierten Magen- und Duodenalgeschwüres. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 516.
89. *Pfanner, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der tuberkulösen Pylorusstenosen. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 1.
90. Pokotilo, W., Über quere Bauchschnitte bei Magenoperationen. Chirurgia. Bd. 35. p. 248. (Russisch.)
91. *Pólya, E., Zur Frage der Pylorusausschaltung. Zentralbl. f. Chir. p. 420.
92. *De Quervain, Die Diagnose des Magen- und Duodenalgeschwürs. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 25—27. Vortrag a. d. IV. Internat. Chirurgenkongr. New York. 13.—16. April. Ref. Zentralbl. f. Chir. p. 935.
93. Martin, E., Rehfuss, Olaf Bergheim and Philip B. Hawk, Gastrointestinal studies. I. The question of the residuum found in empty stomach. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 53. Nr. 1. p. 11. (Der Rückstand im nüchternen, gesunden Magen beträgt 30—70 g.)
94. Richter, Rudolf, Über Volvulus ventriculi bei Sanduhrmagen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 90.
95. — Congenital pyloric stenosis. Journ. of the Amer. med. Assoc. LXII. Nr. 5.
96. *Roedelius, E., Bericht über die während der letzten drei Jahre chirurgisch behandelten Magenerkrankungen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 277.
97. *Rosenow, The production of ulcer of the stomach by injection of streptococci. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 22. 1913.
97a. v. Saar, Phlegmonöse Veränderungen des Magendarmkanals. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 820.
98. *Schiassi, B., La resezione subtotale dello stomaco. 50 S. Grossquart mit 10 Abbild. im Text und 8 Röntgenphotogrammen mit Pausen. Bologna, Gamberini e Parmeggiani.
99. *Schlesinger, H., Die Pylorustuberkulose und der tuberkulöse Wandabszess des Magens. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.

100. *Schmieden, Ehrmann und Ehrenreich, Moderne Magendiagnostik an Hand von 40 operierten Fällen geprüft. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 3.
101. *Schnitzler, Julius, Über Magenchirurgie. Med. Klinik. Nr. 16. p. 668.
102. *Schoemaker, J., Über das perforierte Magengeschwür. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 18. Heft 1. S. 83.
103. *Schwarz, Karl, Beiträge zur Kasuistik und chirurgischen Therapie des peptischen Jejunalgeschwürs. v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 3.
104. Scudder, Stenosis of the pylorus in infancy. Annals of Surg. Febr.
104a. *Seidel, Experimentelle und klinische Studien über Ausschaltung von Magengeschwüren durch Übernähen. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 264.
105. *Speese, Sarcoma of the small intestine. Annals of Surg. Nr. 15.
106. *Storch, Bruno, Über Magen- und Dünndarmsarkome. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 219.
107. *Struthers, J. W., Spontaneous recovery after perforation of duodenal ulcer. Edinb. med. Journ. Vol. 12. Nr. 1. Jan.
108. *v. Tappeiner, Zur Frage der Pylorusausschaltung. Experimentelle Untersuchungen. Bruns Beitr. Bd. 93. Heft 1. p. 146.
109. Treplin, Ein Phytotrichobezoar. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 317.
110. Udinzew, F. A., Ein Fall von multiplen Dünndarmstenosen infolge primärer Neubildung des Darmes. Praktischeski Wratsch. Nr. 5 u. 6.
111. Veber, L., Klinisches über Magenverätzung. Inaug.-Diss. Strassburg 1913.
112. Verbrycke, Russell, Ulcer of the lesser Curvature. Med. Record. 1. August. New York.
112a. *Vogel R., Zur Ätiologie des Ulcus ventriculi. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. XVIII. H. 5. (Kritisches Sammelreferat mit Literatur.)
113. Wagner, A., Zur operativen Behandlung des Sanduhrmagens infolge Ulcus der kleinen Kurvatur. Zentralbl. f. Chir. p. 1067.
114. Van de Wiele, L., Des brûlurs de l'estomac par ingestion de liquides caustiques. Soc. méd. chir. d'Anvers. Annals 1912/13. p. 9—13. (Bei Zeichen von Peritonitis sofort operieren!)

Übersichten über ihre Erfahrungen in der Magenchirurgie geben Küttner (68), Schnitzler (101) und Roedelius (96).

Hohlbaum (52) untersuchte die Proben, die über die Magenfunktion bei Geschwür und Krebs Aufschluss geben, besonders ausgiebig die Salomon- und Gluzinski-Probe, denen er hohe Bedeutung beimisst. Vertreter der inneren Medizin und Chirurgie, Schmieden, Ehrmann und Ehrenreich (100) arbeiteten zusammen, um die Sicherheit der neuzeitlichen Magendiagnostik festzustellen, deren Ergebnisse sie durch Autopsie bei der Operation nachprüften. Die Gastroskopie muss vorläufig noch als ein oftmals recht belästigendes und nicht völlig gefahrloses Verfahren bezeichnet werden. Der diagnostische Wert der Röntgenuntersuchung bedarf keines Beweises mehr; ebenso wird die diagnostische Bedeutung der Sekretions- und Motilitätsuntersuchung des Mageninhalts bestätigt. Die Würdigung aller Verfahren, eingeschlossen die Vorgeschichte, gestattet eine schnelle und sichere Diagnose des Magenkrebses. Eine Differentialdiagnose indes zwischen dem Geschwür der Pförtnergegend und dem Geschwür des Zwölffingerdarmes ist für gewöhnlich nicht mit Bestimmtheit zu stellen.

Den breitesten Raum nimmt das **Magen-** und **Duodenalgeschwür** ein. Allgemeine Bearbeitungen über das Duodenalsystem bringen vor allem Kümmell (66 und 67) und in französischer Sprache monographisch Houdard (54).

Nach Hartmann und Lecène (49) kommen in Frankreich bei klinischer Beobachtung auf 8—10 Magengeschwüre ein Duodenalgeschwür, während Hart (46) in Deutschland bei Leichenuntersuchungen auf ein Magengeschwür ein Duodenalgeschwür findet.

Die Forschung nach der Entstehung des Magen-Duodenalgeschwürs bringt einige neue Gesichtspunkte. Gundermann (44) macht ihre Abhängigkeit von primärer Leberschädigung experimentell wahrscheinlich. Kehrer (58) führt durch Unterbindung des Ductus choledochus und der Pankreasausführungsgänge eine starke Steigerung der Azidität des Duodenalinhalts und damit einen heftigen, langdauernden Pylorusverschluss herbei. Es entstehen lebhafte Kontraktionen der Muskulatur mit Abklemmung feinster

Schleimhautarterien und als deren Folge bei dem stark saueren, stagnierenden Mageninhalt Schleimhautgeschwüre. Bode (12) schliesst sich der Roesslesehen Auffassung an, dass es sich um eine Art „zweite Krankheit" handelt, der eine Reihe von „Quellenaffektionen" zugrunde liegen können. Unter diesen Quellenaffektionen steht die Appendizitis an erster Stelle. Das vermittelnde Glied von der Quellenaffektion zum Geschwür ist die Vagusreizung mit folgendem Spasmus der Muscularis mucosae, der eine ischämische Nekrose erzeugen kann, so dass die befallene Schleimhaut der Einwirkung der Verdauungssäfte keinen Widerstand entgegensetzen können. Auch Kümmell (66 und 67) fand beim Duodenalgeschwür so häufig Appendizitis, dass er für die Entstehung des Duodenalgeschwürs embolische Vorgänge von der Appendix aus annimmt. Rosenow (97) erzeugt durch die Einspritzung von Streptokokken auf hämatogenem Wege Magen-Duodenalgeschwüre. Báron (2) gelang es, allein durch Gefässunterbindungen beim Hunde Magengeschwüre hervorzurufen. Der ulzerierende Prozess steht in direktem Verhältnis zur Zirkulationsstörung, im umgekehrten Verhältnis zur Resistenz der Magengegend. Vogel (112a) bringt ein kritisches Sammelreferat zur Pathogenese des Ulcus.

Die Magengeschwürsdiagnose ist nach der lesenswerten Arbeit von De Quervain (92) in der Regel positiv, die Duodenalgeschwürdiagnose wird meist per exclusionem gestellt. Keines der positiven Zeichen ist für sich allein beweisend. Röntgendiagnostik, kritisch angewandt, ist der grösste Fortschritt in der Erkennung des Geschwürs. Das charakteristische Zeichen des Magengeschwürs ist die Nische, des Krebses die Aussparung: eine sichere Röntgendiagnose des Duodenalgeschwürs ist nicht möglich.

Kemp (61) kommt ähnlich Schmieden, Ehrmann und Ehrenreich zu dem Schluss, dass sich diesseits und jenseits des Pylorus liegende Geschwüre weder durch die Anamnese, noch durch den objektiven Befund mit Sicherheit unterscheiden lassen: nur der Sitz des Schmerzes rechts von der Mittellinie spricht für Ulcus duodeni, ohne jedoch den Sitz am oder links des Pylorus auszuschliessen. Die Benennung des Geschwürs nach dem Vorschlage Fabers, Ulcus chronicum juxtapyloricum ist daher berechtigt. Auch Holzknecht und Haudeck (53) kommen bei ihren Untersuchungen über die Magenmotilität beim Ulcus ventriculi und duodeni zu ähnlichen Ergebnissen.

Die wichtigsten Krankheitszeichen sind nach Kümmell (66 und 67) lange Dauer des Leidens mit Periodizität, Hunger- und Nachtschmerz, Druckschmerz rechts der Mittellinie, Blut im Stuhl, Hyperchlorhydrie und Hypersekretion, röntgenologisch Gastroptose, Dauerbulbus, wogende Peristaltik und trotz schnellen Übertritts des Mageninhalts in das Duodenum Sechsstundenrest. Nichtoperative Behandlung hat nur ausnahmsweise Aussicht auf Erfolg. Operativ empfiehlt sich am meisten Gastroenterostomie mit Pylorusausschaltung. Die Ausschaltung wird durch Umschnürung mit dem Lig. teres vorgenommen, das am Nabel abgetrennt mit der Leber im Zusammenhang bleibt.

Faulhaber (30) ist überzeugt, dass die Motilität beim Magengeschwür normal ist, so dass sich der Satz vom Sechsstundenrest beim pylorusfernen Geschwür nicht mehr aufrecht erhalten lässt.

Boas (11) sieht den Schwerpunkt der Diagnose im Nachweis des dauernden okkulten Blutbefundes, für die er besonders die verbesserte Phenolphthaleinprobe empfiehlt (siehe darüber auch oben Allgemeines).

Operativ soll das Magengeschwür erst angegriffen werden, wenn alle inneren Verfahren versagen, Schnitzler (101). Das Verfahren der Wahl ist die Gastroenterostomie [Küttner (68) und Krabbel und Geinitz (65)], die jedoch nach Schnitzler und v. Herczel (50) nur bei Ausgangsverengerung angewendet werden soll. Perthes (86) zieht auf Grund seiner Erfahrungen grundsätzlich die Resektion vor, die bei kallösen Geschwüren und pylorusfernen Geschwüren von allen Seiten anerkannt wird [für das kallöse Geschwür Payr (85) und für das pylorusferne Geschwür Faulhaber und Redwitz (32)]. Auf Grund von Nachuntersuchungen von 250 teils operierten, teils nichtoperierten Fällen von Magengeschwüren ist Haudeck (49a) ein begeisterter Anhänger der Operation überhaupt, insbesondere aber der Querresektion. Doch schützt auch die Resektion nicht sicher vor dem Auftreten von Magenkrebs, was Federmann (32a) bei zwei Fällen erlebte. Seidel (104a) schaltet geeignete Magengeschwüre mit Erfolg durch Umstechung ringsherum und durch Übernähung aus und fügt die Gastroenterostomie zu.

Das Ulcus duodeni fordert ausser der Gastroenterostomie die Pylorusausschaltung v. Herczel (50) u. a. Kaspar (57) wandte dazu die unilaterale Ausschaltung nach v. Eiselsberg an, sah jedoch im postoperativen Verlauf unangenehme dyspeptische Erscheinungen. Bastiannelli (4) ist mit dieser Art der Ausschaltung durchaus zufrieden. Brüning (17) modifizierte die Faszienstreifenumschnürung — ähnlich dem Verfahren Hoffmanns —

dadurch, dass er den Streifen nach Einschnitt durch Serosa und Muskularis unmittelbar auf die Aussenseite der Schleimhaut verlegte, dann Muskularis und Serosa darüber vernähte. Galpern (39) sah bei Nachprüfung der Faszienstreifenausschaltung befriedigende Ergebnisse. v. Tappeiner (109) weist auf Grund von Versuchsreihen Zweifel an der Wirksamkeit dieses Verfahrens zurück, wie sie von Oliva und Paganelli (82) auf Grund von Versuchen am Hundemagen von neuem geäussert werden. Gulecke (43a) sah bei Nachuntersuchungen, dass bei 9 von 11 Fadenumschlingungen, die ½ bis 2 Jahre vorher angelegt waren, der Pylorus praktisch undurchgängig war (im Widerspruch zu den Ergebnissen des Tierexperiments). Brun (16), Dobbertin (24), Pólya (91) bringen Mitteilungen über eine Modifikation der Eiselsbergschen Pylorusausschaltung. Mertens (76) berichtet über seine Erfolge mit der zum selben Zweck vorgenommenen Pyloroplicatio und Pylorotorsio.

Paterson (83) findet nach der Gastroenterostomie eine grundlegende Änderung des Magenchemismus und erklärt dadurch die Heilwirkung der Gastroenterostomie beim pylorusfernen Ulcus. Er hält daher beim Duodenalgeschwür die Pylorusausschaltung für überflüssig.

Nach Hartmann (47 und 48) hängt das Nichtfunktionieren der Anastomose nach Gastroenterostomie bei offenem Pylorus von zu grosser Entfernung der Anastomosenöffnung vom Pylorus ab. Verschluss der Anastomosenöffnung ist die Folge vom Ausbleiben der prima intentio der Schleimhautwunden oder von sekundärer Geschwürsbildung. Ehrlich (25) hält eine strenge Nachbehandlung und lange Bettruhe der wegen Ulcus Operation für erforderlich, deren Einzelheiten er vorschreibt.

Das perforierte Duodenalgeschwür kann spontan heilen [Struthers (107)]; doch sind solche Glückszufälle Ausnahmen. Schoemaker (102) gibt eine Übersicht über das ganze Gebiet der Magengeschwürsperforation unter ausgiebiger Berücksichtigung und Anführung der Literatur.

Übereinstimmend mit der Mehrzahl der übrigen Autoren findet Billeter (8) und Konjetzny (63a), dass der sekundäre Übergang des Magengeschwürs zum Krebs selten ist 3—5%); demgegenüber wird nach Konjetzny die Rolle der chronischen Gastritis für die Ätiologie des Magenkarzinoms wesentlich unterschätzt.

Diagnostische Arbeiten über den Magenkrebs liegen vor von Baum (6) und Pauchet (84), therapeutische von Friedrich (38), Mayo (71), Delore et Santy (23) und Schiassi (98). Über die Prognose des Magenkarzinoms bringt Anschütz (1a) Zahlenzusammenstellungen.

Bonhoff (13) schliesst aus seinen Untersuchungen, dass in der Prüfung der Verdauungsleukozytose ein technisch einfaches Mittel zur Sicherung der Differentialdiagnose zwischen Magengeschwür und Magenkrebs vorliegt. Sie ist beim Geschwür fast stets nachzuweisen und fehlt ebenso oft beim Krebs.

Finney und Friedenwald (33) halten bei gutartigen Pylorusstenosen mit gutem Erfolg an der Pyloroplastik fest, deren Technik ausführlich beschrieben wird. D'Este (29) benutzte zur Pyloroplastik freie Faszienlappen.

Die Ursache von Magenblutungen entzieht sich nach Deaver (20) bei der Operation nicht zu selten dem Nachweis. Die Blutung aus akuten Geschwüren ist selten lebensbedrohlich und soll möglichst nicht operativ angegriffen werden, anders die Blutung aus chronischen Geschwüren mit harten Rändern und starr eingemauerten Gefässwänden. Auch Blutungen aus Karzinomen und Sarkomen sind selten profus. Bei der akuten Geschwürsblutung ist der operative Eingriff nicht angezeigt, dagegen soll zur Vermeidung einer Wiederholung operiert werden, wenn sich nach der Blutung ein Geschwür nachweisen lässt. Die Operation besteht bei der Blutung des Duodenalgeschwürs in Gastroenterostomie und Einhaltung des Duodenums über dem Geschwür, beim Pylorusgeschwür in der Exstirpation des Pylorus. Alberts (1) fügt beim blutenden Ulcus der Gastroenterostomie die Unterbindung der oberen und unteren Kranzarterien des Magens hinzu, ohne dass er schädliche Nebenwirkungen sah.

Barsony (3) bringt Beiträge zur Erkennung des postoperativen jejunalen und Anastomosenulcus. Nach Schwarz (103) entsteht das peptische jejunale Geschwür am seltensten nach der hinteren retrokolischen Gastroenterostomie ohne Schlinge. Bei Disponierten ist es jedoch auf keine Art sicher zu vermeiden. Das zweckmässigste Behandlungsverfahren ist die Exstirpation der Anastomose mit den Magen- und Jejunumsegmenten und die Anlegung einer neuen hinteren Anastomose an hoher Schlinge. Als seltenere Folge nach Gastroenterostomie wurde von Decker (21) eine Magen-Kolon-, sowie Magen-Dünndarmfistel beobachtet.

Bei Krankheiten, die mit dauerndem Erbrechen einhergehen, z. B. Ileus und Atonien, empfiehlt Grosser (43) die Dauerausheberung des Magens durch einen dünnen Magenschlauch, der durch das grössere Nasenloch eingeführt wird, liegen bleibt und mittelst Ableitungsrohr in ein Gefäss geführt wird. Die toxisch wirkenden Stauungsflüssigkeiten werden durch den Schlauch ohne Anstrengung für den Kranken aus dem geblähten Magen und den Därmen entfernt. Wegen Gefahr des Dekubitus kann sich zeitweise Herausnahme des Schlauches empfehlen.

Über Tuberkulose des Magens liegen Arbeiten vor von Pfanner (89), Gossmann (42), K. Keller (60) und Schlesinger (99), über bösartige Tumoren des Dünndarms von Storch (106), Kaspar (55) und Speese (105).

4. Dickdarm.

1. *Albu, A., Zur Kenntnis der Colitis ulcerosa. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 2.
2. *D'Arcy, Power, Ulcerative colitis and its surgical treatment by appendicostomy. St. Bartholomews hospital reports. Vol. 49.
3. Barrington-Ward, Congenital enlargement of the colon and rectum. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 3. Jan. (Vier von fünf kindlichen Fällen durch Resektion geheilt.)
4. Baur, J., Darmverschluss bei Megalosigmoideum. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 22. (Bei einem 56jährigen Mann, mit Erfolg behandelt durch Enteroanastomose.)
5. — et Bertein, Le cancer du gros intestin chez les jeunes sujets. Arch. gén. de chir. 6.
6. Clairmont, Die erweiterte Radikaloperation des Dickdarmkarzinoms. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 248.
7. Cohn, Moritz, Cökumperforation bei tiefsitzendem Dickdarmverschluss. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25.
8. *Dahl, R., Über Divertikulitis und Sigmoiditis. Hygiea. Bd. 76. Nr. 3. (Schwedisch.)
9. Eastman, An anatomie and physiologie method of short circuiting the colon. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 10.
10. *— and Cole, Pericolitis sinistra. Annals of Surg. Jan.
11. Farr, Primary sarcoma of the large intestine. Annals of Surg. 1913. Dec. Anaesthesia number.
12. *Fuld, E., Die Behandlung der Colitis gravis mittelst Spülungen von der Appendikostomie aus. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39.
13. Gant, S. G., Surgical myxorrhoea membranacea and myxorrhoea colica. Surg. Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 6.
14. *Kohn, Hans, Über die multiplen Divertikel des Dickdarmes. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20.
15. *Leveuf, Jaques, Le diverticule épiploique droit chez le nouveau-né, ses reliquats chez l'adulte (ligaments et voiles péricoliques). Revue de chir. XXXIV. Année. Nr. 1.
16. *Perthes, Georg, Über Hirschsprungsche Krankheit und abdominoanale Kolonresektion mittelst der Invaginationsmethode. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 3. p. 515.
17. *Pilcher, A further contribution to the study of pericolic membranous films and bands. Annals of Surg. Jan.
18. *De Quervain, F., Zur Diagnose der erworbenen Dickdarmdivertikel und der Sigmoiditis diverticularis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 67.
19. v. Rauchenbichler, Rudolf, Zur Frage der primären Dickdarmresektion. Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. Heft 1. p. 181—221.
20. *Schmidt, Adolf, Zur Kenntnis der Colitis suppurativa (gravis, ulcerosa). Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 1.
21. *Summers, Suggestions regarding the anatomy of and the surgical technic in the treatment of Jonnescos membran. Annals of Surg. Nr. 6. Amer. Surg. Assoc. number.
22. Tracinski, Walter, Über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit. Passagehindernis im Drainrohr des Anus praeternaturalis und Sprengung des letzteren durch den hypertrophischen Darm. Wiener klin. Rundschau. 28. Jahrg. Nr. 20. (Bei einem 72jährigen Mann.)

23. *Vorderbrügge, Über Beziehungen der Perikolitis zur sogenannten chronischen Blinddarmentzündung. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 457.
24. Welter, A., Beitrag zur Chirurgie der malignen Dickdarmgeschwülste (Rektum ausgenommen). Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 475.
25. *Williams, Pericolic membranes and Lane's Kink. Annals of Surg. Jan.

Perikolitische Membranen sind fötalen Ursprungs und führen erst zu Krankheitszuständen (Atonie, Autointoxikation, Koliken, Verstopfung), wenn pathologische Prozesse von seiten des Dickdarms hinzukommen [Pilcher (17), Summers (21)]. Williams (25) unterscheidet zwischen Jacksonscher Membran und Lanes Kink. Die erste ist eine breite, von der hinteren und seitlichen Bauchwand unterhalb der Leber entspringende Membran und zieht von oben über Dickdarm und Blinddarm. Lanes Kink ist ein schmales Band, das von der rechten Darmbeingrube ausgehend über die Ileocökalgegend auf den Dünndarm übergeht. Behandlung Abtrennen der Bänder und Übernähung der Schnittstellen. Eastman and Cole (10) sehen das bis dahin stets rechts beobachtete Leiden auch linksseitig. Leveuf (15) hält die perikolischen Membranen für das Überbleibsel eines Netzfortsatzes, der sich beim Neugeborenen nachweisen lässt und sich im späteren Leben erhalten kann. Vorderbrügge (23) erkennt in den durch perikolische Membranen hervorgerufenen. Erscheinungen ein typisches Krankheitsbild, die Perikolitis. Wichtig ist der Nachweis der Funktionsstörung im Röntgenbild, das die Kontrastmahlzeit 24 und 48 Stunden und länger im Kolon zeigt. Zur Behandlung genügt im allgemeinen die Durchtrennung der Verwachsungen; nur unter besonders schweren Verhältnissen empfehlen sich die eingreifenderen Operationen.

Über die **Hirschsprungsche** Krankheit sind seit der im letzten Bericht erwähnten Zusammenfassung Neugebauers wesentlich neue Gesichtspunkte nicht aufgetreten. Perthes (16) erwähnt einen durch Resektion mittelst des Durchziehungsverfahrens geheilten Fall bei einer 39jährigen Frau.

Das Krankheitsbild der schweren ulzerösen Kolitis wird von Adolf Schmidt (20) und A. Albu (1) abzugrenzen und zu klären versucht. Chirurgische Behandlung erst nach Versagen der inneren! Der künstliche After, der allen Kot ableitet, wirkt sicherer, als Kotfisteln. D'Arcy Power (2) ist stets mit Appendikostomie ausgekommen. Auch Fuld (12) sah vorzügliche Erfolge von der Appendikostomie.

De Quervain (18) fördert die Diagnose der Sigmoiditis diverticularis. Wenn bei älteren Individuen akute oder chronische Funktionsstörungen im Bereich des S Romanum auftreten, besonders wenn sich peritoneale Reizerscheinungen ihnen zugesellen, ist die Diagnose Divertikulitis in Betracht zu ziehen. Die sichere Diagnose der Divertikel und ihrer Entzündung lässt sich in einigen Fällen mittelst der allerdings nicht immer harmlosen Rektoskopie stellen. Das Vorhandensein von Divertikeln ist unter günstigen Umständen durch das Röntgenbild nach Kontrasteinlauf nachweisbar. Die Entzündung der Divertikel lässt sich dagegen im Röntgenbild nur aus dem Zeichen der Sigmoiditis, der mangelhaften Füllung des S Romanum erkennen. Häufig gibt das Bild nach teilweiser Entleerung des Kontrastklysmas vorzügliche Einblicke, die vor der teilweisen Entleerung nicht erkennbar waren. H. Kohn (14). empfiehlt ein ähnliches diagnostisches Vorgehen. R. Dahl (8) teilt sechs verschiedene Komplikationsmöglichkeiten der Divertikel mit: 1. Akute Entzündung der Divertikel und ihrer Umgebung, 2. akute Entzündung mit Perforation und ihrer Folgen, 3. Gangrän des Divertikels, diffuse Peritonitis, 4. Fortpflanzung der Entzündung im submukösen, intermuskulären und subserösen Gewebe und lebhafte Verdickung der Darmwand und Stenosenbildung, 5. Verwachsungen des Divertikels mit Blase, Darm, weiblichen Geschlechtsorganen; Bildung einer Darmblasenfistel, 6. karzinomatöse Degeneration.

5. Appendix.

1. *Aschoff, L., Sind die Würmer, besonders bei Oxyuren, direkt oder indirekt schuld an der Appendizitis? Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32.
2. *Birt, Ed., Über Appendizitis in Ostasien, speziell Schanghai und Umgebung. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 437.
3. *Van Buren Knott, The removal of the appendix in all cases of appendicitis with localisated abscess. Journ. of the Amer. med. Assoc. LXII. Nr. 13.

4. *Bürger, Hermann, Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Appendizitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. p. 357.
5. Burghard, Intussusception of the vermiform appendix, the intussusceptum protruding from the anus. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 4. April.
6. *Beatson, G., Carcinoma of the vermiform appendix in a girl, aged 20 years. Glasgow med. Journ. 1913. Dec.
7. *Beldau, G., Über Behandlung der Appendizitis mit Ichthalbin. Med. Klinik. Nr. 15. p. 641.
8. *Bérard et Vignard, L'appendicite. Etude clinique et critique. 12 u. 876 S. 158 Textfig. Paris, Masson et Cie.
9. *Boljarski, Nikolai, Die Behandlung der diffusen Peritonitis infolge von Appendizitis. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 511.
10. *Blake and Worcester, A method for plicating voluminous ceca. Med. Record. New York. Vol. 85. Nr. 14.
11. Broca, A., Péritonite aiguë géneralisée. Perforation du coecum. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 562.
12. Carboni, Appendicectomia con enfisema sottocutaneo postoperatorio; pericolite membranosa. Rivista ospedaliera. Nr. 10.
13. *Carlslaw, Acute suppurative appendicitis: some conclusions from an analysis of a series of 100 consecutive cases. Glasgow med. Journ.
14. *Carlier, V., et H. Leroy, Les hématuries aux cours de l'appendicite. Prov. méd. Nr. 10.
15. *Mac Carty and Mc Grath, The frequency of carcinoma of the appendix. Annals of Surg. Nr. 5.
16. Cignozzi, Oreste, Ulteriori osservazioni sulla patogenesi del megaloceco con appendiciteid. Policlinico. Sez. prat. p. 1197.
17. M'Connell and Wilson, Intussusception of the vermiform appendix. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 4. April.
18. Corbett, C. H., Chronic intussusception of the appendix. Brit. med. Journ. 25. April.
19. *Delfino, E. A., Hypertrophische Blinddarmtuberkulose. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 3.
20. Dimitriu, M., Die Appendikocele (isolierte Hernie des Wurmfortsatzes). Revista de chir. Nr. 2 u. 3.
21. *Pierre, Duval, Technique opératoire de la caecopexie (fixation du caecum au tendon du petit psoas). Revue de chir. XXXIV. Nr. 5.
22. *Esau, Weitere Beiträge zur Appendizitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 339.
23. *Fabricius, Josef, Über die Beziehungen der Appendix zu Erkrankungen des Genitalapparates. Med. Klinik. Nr. 21. p. 879.
24. *Francke, C., Zur operativen Behandlung des Coecum mobile. Zentralbl. f. Chir. p. 5.
25. *Friedjung, Über die sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8.
26. *Goto, S., Beitrag zur Ätiologie der Appendicitis chronica. Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. Heft 4. p. 799.
27. *Gray, H. M. W., A series of cases of appendicitis in children. Brit. med. Journ.
28. *Haeberlin, Über die Behandlung der zirkumskripten und diffusen eitrigen Peritonitis im Gefolge der Appendizitis. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 1.
29. *Heile, Zur Physiologie des Blinddarmanhanges. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 102.
30. *Hoessli, Leukozytose bei Intraperitonealblutungen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 4.
31. *C. ten Horn, Zur Diagnose der Appendizitis. Zentralbl. f. Chir. p. 1537.
32. *— Zur Diagnose der Appendizitis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52.
33. Ingebrigsten, Ragnvald, Unterbliebene Drehung des Kolons, Coecum mobile, Ileus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. p. 413. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Jahrg. 75. Heft 5.
34. Kelling, G., Pinzette mit Innenschieber zur Einstülpung des Wurmfortsatzstumpfes. Zentralbl. f. Chir. p. 1657.
35. *Kukula, O., Pathologie und Therapie der Appendizitis. 812 S. mit 74 Textbildern und 19 zum Teil farbigen Beilagen. Preis K. 22.—. Böhmische graph. Ges. „Unie" in Prag.

36. *Küttner, H., Über die sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4.
37. *— Zur Frage der sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8.
38. *Lanz, Untersuchung auf Genitalsymptome zur Unterstützung der Diagnose bei Appendizitis. Zentralbl. f. Chir. p. 1705.
39. *Läwen, A., Über Appendicitis fibroplastica. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. p. 221.
40. *Lejars, F., Ectopie rénale et appendicite. Semaine méd. Nr. 18.
41. *— Les largos perforations ileocoecales, d'origine vasculaire, dans l'appendicite. Sem. méd. Nr. 11.
42. *Mac Leod and Fr. Bowman, Appendizitis. Buffalo med. Journ. Vol. 69. Nr. 9.
43. Leotta, N., L'ileo meccanico da appendicite. Policlinico. Sez. chir. XXI. 3.
44. *Leroy, W., Rapports entre la circulation veineuse de l'appendice et la circulation veineuse du rein droit. Prov. méd. Nr. 11.
45. *Hughlett, The present position of acute appendicitis and its complications. Lancet. Jan. 31.
46. Lohfeldt, Zwei Fälle von Insuffizienz der Valvula Bauhini bei Perityphlitis chronica. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 2.
47. *Mayet und Delapchier, Skoliose und Appendicitis chronica. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 33. Heft 1 u. 2.
48. *Meyer, Willy, Zur Chirurgie des Wurmfortsatzes. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. p. 321.
49. *Mikenda, V., Kasuistischer Beitrag zum primären Karzinom des Wurmfortsatzes. Casopis lekaruv. ceskych. p. 10.
50. *Moro, Über rezidivierende Nabelkoliken bei älteren Kindern. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8.
51. Mostl, Renato, Dell' appendicole commune e dell' appendicocele semplice con sacco in parte aderente. Policlinico. Sez. chir. p. 477.
52. *Murray, R. W., The geographical distribution of appendicitis. Lancet. July 25.
53.* Nielsen, Aage, Über Hämaturie bei Appendizitis. Ugeskrift for Laeger. Jahrg. 76. Nr. 42. (Dänisch.)
54. *Nové-Josserand, G., et H. Fayol, Contribution à l'étude de l'hématurie au cours des diverses formes d'appendicite. Journ. d'urol. V. 2.
55. *Opitz, Über Beziehungen der Erkrankungen des Wurmfortsatzes zu denen des Coecum und S romanum. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 107.
56. Pamperl, R., Bauchschuss mit 22 Schussverletzungen des Darmes, kompliziert durch eine akute Appendizitis. Prager med. Wochenschr. Nr. 7.
57. *Petren, Über Leberabszess als Komplikation zu akuter Appendizitis. Bruns Beitr. Bd. 94. Heft 2.
58. Pohl, W., Ein eigentümlicher Befund in der Appendix. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. p. 201. (Im aufgeschnittenen Wurm massenhaft kleine, transparente weissliche Kügelchen, gekochten Sagokörnern ähnlich.)
59. — Über Einklemmung des Wurmfortsatzes. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. p. 215. (In einem Schenkelbruch, Kasuistik.)
60. *Rieder, H., Zur Röntgenuntersuchung des Wurmfortsatzes, besonders bei Appendizitis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
61. *Rheindorf, A., Hysteroneurasthenie oder chronische Appendizitis. Pathol.-anatom. Abteil. des St. Hedwigs-Krankenhauses zu Berlin. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26 u. 27.
62. *Rittershaus, Klinische Erfahrungen über Appendizitis mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose, der selteneren Komplikationen und der Lokalanästhesie. Bruns Beitr. Bd. 94. Heft 2.
63. *— Über Appendizitis im Kindesalter. Bruns Beitr. Bd. 94. Heft 2.
64. Routier, Abscès rares au cours de l'appendicite. Bull. de l'acad. de méd. Nr. 3. (In der Mesenterialwurzel des Dünndarmes.)
65. *Roux, J., De l'emploi des rayons X avant l'appendicectomie. Semaine méd. Nr. 29.
66. *Sasse, F., Zur Behandlung der diffusen, eitrigen Wurmfortsatzperitonitis. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 3.
67. — Wurmfortsatz-Schlingenbruch und die Bedeutung seiner Einklemmung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13.

68. *Schanz, Bandagen für Appendizitisnarben und Bauchbrüche. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30.
69. *Schwers, H., Pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire. Scalpel et Liège méd. Lüttich.
70. *— L'appendicite chez l'enfant. Scalpel et Liège méd. Lüttich.
71. *Schlössmann, Über chirurgische Erkrankungen durch Askariden. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 3. p. 531.
72. *Simin, A., Zur Frage nach der Ätiologie der Appendizitis. Zentralbl. f. Chir. p. 466.
73. *Solieri, Die gesteigerte Widerstandsfähigkeit des Peritoneum gegen Infektionen bei der Behandlung der akuten Appendizitis. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 5.
74. *Thalmann, Bestehen ursächliche Beziehungen zwischen Mandelentzündung und Wurmfortsatzentzündung? Deutsche militärärztl. Zeitschr. Heft 6. (Nein.)
75. *Troell, Abraham, Zur Kenntnis der anormalen Appendixlagen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. p. 389.
76. *Vosburgh, Non-rotation of the intestine. Its relation to high, retrocoecal and aberrant positions of the appendix. Annals of Surg. 1913. Dec.
77. *Walter-Sallis, Jean, Le foie dans l'appendicite. Rev. de chir. XXXIV. Nr. 2 u. 5.
78. *Wiener, Ileocoecal tuberculosis. Annals of Surg. Nr. 5.
79. *Wideroe, Sofus, Ein Beitrag zur Pathologie der Appendizitis. Norsk. Magazin for Laegevidenskaben. Jahrg. 75. Nr. 4. (Norwegisch.)
80. *Wolf, Wilhelm, Über Beschwerden nach Blinddarmoperation. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. p. 685.
81. *Wolkowitsch, N. M., Nochmals vom Muskelsymptom der chronischen Appendizitis. Russki Wratsch. Nr. 17.
82. *Zahradnicky, Über die Erfolge der Appendizitisoperationen im Jahre 1913 und über Erfolg dieser Operationen im Verlaufe 16jähriger Tätigkeit (1898—1913). v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 3.

An **Monographien** über Appendizitis liegen vor die ungefähr gleich umfangreichen Werke von Kukula (35) und von Bérard et Vignard (8), die letzte als erste Monographie in französischer Sprache.

Die

Physiologie

des Blinddarmanhanges wird von Heile (29) in bemerkenswerter Arbeit ergänzt. Seine Funktionen liegen vor allem in innersekretorischem Gebiet; und zwar sondert die Appendixschleimhaut zunächst Verdauungsfermente ab (ein eiweissspaltendes Trypsin und ein kohlehydratspaltendes Ferment); weiterhin bereitet die Schleimhaut Peristaltik auslösende Hormone. Die Wurmfortsatzschleimhaut verhält sich also ähnlich der Blinddarmschleimhaut. Wesentlich für die Pathologie wird die sekretorische Funktion, soweit sie mit dem Abschluss des Cökum gegen das Ileum zusammenhängt. Dieser Abschluss erfolgt durch eine in das Cökum herabhängende Schleimhautkuppe des Dünndarms, vor allem aber durch einen die Einmündung des Ileum umgreifenden, aus der hinteren Längstänie entstehenden zirkulären Muskel, den Musculus ileocolicus. Normalerweise verhindert die Muskelkuppe bei Druck auf das Cökum sicher einen retrograden Transport von Luft oder Flüssigkeit vom Cökum in den Dünndarm. Regelmässig geöffnet findet sich die Muskelklappe in den Fällen, in denen das Mesenteriolum des Wurmfortsatzes infolge einer Entzündung ödematös infiltriert ist. Auf den Tonus dieses Muskels können die Absonderungen des Wurmfortsatzes reizende oder hemmende Wirkungen ausüben. Die abnorme Widerstandsfähigkeit oder die Insuffizienz bedürfen nach dieser Hinsicht einer Revision. Es ergibt sich, dass klinische Beschwerden, welche oft als Folgen eines Coecum mobile oder einer chronischen Appendizitis angesehen werden, mit einer Insuffizienz oder einem Krampfzustand der Muskelklappe zusammenhängen können.

Zur Erforschung der

Pathogenese

trägt die Mitteilung Birts (2) bei, dass der Chinese so gut an Appendizitis leidet, wie der Europäer. Murray (52) kommt auf Grund der an die englischen Konsulate auf dem ganzen Erdenrund gesandten Fragebogenforschung von Williams zu dem Schluss, dass die Appendizitis eine Kulturkrankheit ist. Er schlägt daher vor, den Wurm grundsätzlich in der

Jugend zu entfernen, oder die Lebensweise zu ändern und zur früheren Einfachheit zurückzukehren.

Auf Grund von Beobachtungen, Untersuchungen und Literaturstudien kommt Opitz (55) zu der Überzeugung, dass Erkrankungen des Dickdarms in Form von Typhlokolitis, Sigmoiditis usw. sehr viel häufiger sind als solche der Appendix. Es scheint daraus hervorzugehen, dass Erkrankungen der Appendix zum grössten Teil durch vorangehende Erkrankungen des Kolon bedingt sind. Das Übergreifen der Erkrankung geschieht, wie Aschoff nachgewiesen hat, nicht durch Fortleitung der Entzündung von der Wand des Cökum auf die Wand der Appendix, sondern so, dass infektiöser Darminhalt in den Wurm eindringt und sich dort zeitweise verhält. Dabei scheint die chemische Beschaffenheit des Darminhalts wesentlicher zu sein als der Bakteriengehalt. Es kommen ferner auch Störungen nervöser Art in Frage, die entweder unmittelbar durch Reizung der vegetativen Nerven von den Verwachsungen aus oder durch Resorption von Toxinen Zirkulationsstörungen in der Appendix hervorrufen können. Opitz fordert als praktische Schlussfolgerung grossen Schnitt beim operativen Eingehen.

Thalmann (74) konnte unter 42 exstirpierten Wurmfortsätzen nur bei einem die bei Mandelentzündungen in grossen Mengen vorhandenen hämolytischen Streptokokken nachweisen. In den bakteriellen Verhältnissen fand er also keinen Anhalt dafür, dass Mandelentzündungen für die Entstehung von Appendizitis von wesentlicher Bedeutung sind.

Die schon in den letzten Berichten erwähnten Erörterungen über die Beteiligung der Oxyuren an der Entstehung der Appendizitis werden von Rheindorf (61) und Aschoff (1) fortgesetzt. Rheindorf hat bei 50% der kindlichen und 32% der erwachsenen exstirpierten Wurmfortsätze Oxyuren gefunden. Er bringt wiederum gute Photographien, die zeigen, wie die Oxyuren die Schleimhaut durchwandern und den Boden für eine Infektion der Gänge und Epithelverluste vorbereiten. Er rechnet manche Fälle, die in Ermangelung von Veränderungen am exstirpierten Wurm, als hysteroneurasthenisch bezeichnet wurden, zu den durch Oxyuren veranlassten chronischen Appendizitiden. Aschoff hingegen sieht das von ihm festgelegte Bild der durch Oxyuren hervorgerufenen Pseudoappendizitis als durch die Untersuchungen Rheindorfs bestätigt an. Die auf das Einwandern von Oxyuren zurückgeführten Spaltbildungen sind im wesentlichen Kunstprodukte. Solange keine Beweise dafür erbracht sind, dass die Oxyuren überhaupt gröbere, einige Zeit persistierende Epitheldefekte oder Gewebszertrümmerungen herbeiführen können, ist auch die Ansicht, dass die Oxyuren die Appendizitis indirekt verursachen können, unbewiesen. Erfolgreiche Wurmkuren werden besonders Jugendliche vor pseudoappendizitischen Anfällen und damit vor unnötigen Operationen bewahren, unnötig, weil die pseudoappendizitischen Anfälle trotz Herausnahme des Wurmfortsatzes nicht immer aufhören. Schlössmann (71) sah neben anderen durch Askariden hervorgerufenen Erkrankungen einen Fall von echter Askaridenappendizitis bei einem dreijährigen Mädchen und einen Fall von Askariden im nicht entzündeten Wurmfortsatz. Goto (26) fand bei einer chronischen Appendizitis im Wurm zahlreiche Eier von Schistomum japonicum.

Simin (72) gab zur Erforschung der Frage, wie weit der operativ zu entfernende kranke Wurmfortsatz feinen Fremdkörpern zugänglich ist, 2—22 Tage vor der Operation Lindenkohle zu 0,5 in Oblaten in der Anzahl von 1—4 Stück. In allen Fällen fand sich Kohle im Wurmfortsatz, die 3—8 bis 22 Tage festgehalten war. Der kranke Wurmfortsatz ist also für den Darminhalt, damit auch für in den Darm geratene Erreger zugänglich.

Troell (75) bringt an der Hand von drei Fällen, bei denen der Blinddarm mit der Appendix unmittelbar unter der Leber lag, entwicklungsgeschichtliche Erörterungen, aus denen er die Lageanomalien als Hemmungsbildung zu erklären sucht. Ähnliche Erwägungen stellt Vosburgh (76) an zur Erklärung der retrocökalen Lage des Wurmfortsatzes.

Als

diagnostisches Hilfsmittel

für die akute Appendizitis hat sich ten Horn (31 und 32) bei leichtem Zug am rechten Samenstrang auftretender Schmerz bestätigt, den er auf Verschiebung oder Zerrung auf das entzündete Bauchfell am inneren Leistenring zurückführt. Schmerz auf Zug auch am linken Samenstrang deutet Ausdehnung des Prozesses auf die linke Seite an. Lanz (38) bestätigt dieses Symptom und fügt weitere Zeichen von seiten des Genitalapparates hinzu. Er unterscheidet 1. Kanalsymptome, a) Spannung der Pfeiler des Leistenringes (Pfeilerspannung), b) Muskelwiderstand beim Eindringen des Zeigefingers in den Leistenkanal (Rückwandstarre), c) Husten bei in den Kanal eingeführten Zeigefinger schmerzhaft (Hustenschmerz). 2. Samenstrangsymptome, a) Zugschmerz, b) Druckschmerz, c) Schwel-

lung des Samenstranges am vorderen Leistenring. 3. Hodensymptom, Abschwächung oder Fehlen des rechten Kremasterreflexes.

Wolkowitsch (81) bestätigt durch Tonometermessungen das Zeichen der Erschlaffung und Atrophie der rechten Bauchwand bei chronischer Appendizitis.

Hyperleukozytose ist nach Hoessli (30) als differentialdiagnostisches Zeichen für Appendizitis gegen Blutungen in die Bauchhöhle z. B. bei geplatzter Tubargravidität oder intermenstruellen Ovarialblutungen nicht zu verwerten. Im Gegenteil spricht ausgesprochene Leukozytose bei fehlenden Entzündungserscheinungen eher für Bluterguss in die Bauchhöhle.

Nach Wideroe (79) lassen sich aus der Zahl der Leukozyten keine sicheren Schlüsse für die Schwere der Erkrankung ziehen. Im jugendlichen Alter tritt die Leukozytose bei Appendizitis am meisten hervor.

Lejars (40) macht auf diagnostische Schwierigkeit bei Nierenverlagerungen in der Erkennung der Appendizitis aufmerksam.

Die Röntgen-Photographie hat nach Roux (65) wenig Aussicht zur Klärung des Wurmfortsatzbefundes beizutragen. Nach Rieder (60) können mit Hilfe der Röntgenuntersuchung bei Appendizitis folgende Befunde erhoben werden: 1. Der unmittelbare Wurmfortsatznachweis, 2. Kotstauung im Wurmfortsatz und im Blinddarm, 3. Lokalisierung des Druckschmerzes im Leuchtschirmbild streng auf die Appendixgegend, 4. Insuffizierung der Bauhinschen Klappe, 5. Überreste alter Entzündungen, die sich durch Zerrungsschmerz bei unter Kontrolle des Leuchtschirmes ausgeführten Bewegungen zeigen können, 6. zuweilen Kotsteinnachweis (Literatur). Mac Leod und Bowman (42) messen der Röntgenologie der Appendix grosse Bedeutung zu.

Die

Klinik

der Appendizitis erfährt Bereicherungen durch die Kasuistik Esaus (22). Zusammenfassende Bearbeitungen liegen nur spärlich vor und bringen neben zahlreichen beachtenswerten Beobachtungen nichts wesentlich Neues [Rittershaus (66), Carlslaw (13)].

Lejars (41) bespricht unter Mitteilung einer eigenen Beobachtung die Komplikation der akuten Appendicitis perforativa mit ausgedehnter Gangrän der Blinddarm- oder Dünndarmwand infolge mesenterialer Embolie und Thrombose.

Mikroskopische Hämaturie ist nach Nielsen (53) bei akuter und chronischer Appendizitis nicht selten. Der Blutnachweis ist also nicht als diagnostisches Hilfsmittel gegen Appendizitis und für Harnleiterstein zu verwenden. Nach Nové-Josserand et Fayol (54) sind Hämaturien im allgemeinen gutartig und nicht von übler Prognose. Sie verschwinden nach Entfernung der Appendix. Carlier und Leroy (14) erklären doppelseitige Blutungen als toxische Nephritis, einseitige durch örtlichen Zusammenhang mit der Wurmfortsatzentzündung. Die zur Ergründung dieses örtlichen Zusammenhangs von Leroy (44) angestellten Untersuchungen ergaben bei kurzem Blinddarmgekröse eine unmittelbare Verbindung der Wurmfortsatzvenen mit den Venen der rechten Niere, bei frei beweglichem Blinddarm mittelbare Venenverbindungen.

Nach Walter-Sallis (77) kommen für die Leberkomplikationen bei Appendizitis drei Wege in Betracht: 1. Die Pfortaderwurzeln und -Verästelungen, 2. die retroappendikulären und mesenterialen Lymphbahnen, 3. die unmittelbare Infektion durch das retroperitoneale Zellgewebe oder durch das Bauchfell. Am häufigsten ist Gelbsucht; vor dem Anfall wird sie bei jugendlichen Individuen nicht selten beobachtet; ihre Prognose ist günstig; nach dem Anfall ist sie meist ein Zeichen schwerer und schwerster Erkrankung. Der Abszess bevorzugt den rechten Leberlappen; ist meist multipel. Seltener ist die Cholecystoappendizitis, umstritten ist die appendikuläre Leberzirrhose. Petren (57) beschäftigt sich mit den Leberabszessen bei Appendizitis; Eintritt gewöhnlich 1—3 Wochen nach der primären Erkrankung. Prognose schlecht.

Die Skoliose ist nach Mayet und Delapchier (47) eine häufige Begleiterscheinung der Appendizitis. Bei jeder Skoliose soll daher vor Festsetzung einer orthopädischen Behandlung auf Appendizitis gefahndet werden und gegebenenfalls die Appendix exstirpiert werden.

Ausführlich setzt Fabricius (23) die Beziehungen der Appendix zu den Erkrankungen des Genitalapparates auseinander.

Wegen der schwierigen Diagnose ist die Mortalität der Appendizitis der kleinen Kinder sehr hoch. Die Blinddarmentzündung der Kinder verbirgt sich oft unter dem Bilde des Darmkatarrhs und der Pneumonie. Die gestörte Bauchatmung ist ein wichtiges

Krankheitszeichen. Bei früher Operation ist die Prognose nicht schlechter als bei Erwachsenen [Rittershaus (63), Gray (27), und Schwers (70)].

Über die Frage, ob die Nabelkoliken der Kinder auf Veränderungen des Wurmfortsatzes zurückzuführen seien oder auf neuropathische Veranlagung und Hypersensibilität, hat sich eine literarische Fehde abgespielt. Küttner (36 und 37) vertritt die erste Ansicht, Moro (50) und Friedjung (25) die zweite.

Zur

Behandlung

wird von Beldau (7) Ichthalbin innerlich und Bepinselung der Blinddarmgegend mit Ichthyol-Kollodium äusserlich empfohlen.

Berichte über ihre Behandlungserfolge geben Bürger (4) und Zahradnicky (82).

Hugh Lett (45) stellt grosse Zahlenreihen aus früherer Zeit und aus den neuesten Jahren gegenüber. Während 1900—1905 17,2% der Appendizitisopprationen tödlich ausgingen, starben 1912 bis 1913 nur mehr 3,2%. Bei bereits ausgebrochener Bauchfellentzündung sank die Sterblichkeit von 76,5% auf 20%, an Abszess von 8,1% auf 3,3%. 1905 bekamen 22,9% aller an akuter Appendizitis Operierten Komplikationen, 1912 11,9%. Die Abnahme ist auf die grössere Häufigkeit der Frühoperationen zurückzuführen.

Zur Exstirpation der nach hinten und oben vom Cökum verlagerten und verwachsenen entzündeten Appendix empfiehlt Meyer (48) einen Einschnitt, der in der Höhe der Spina anterior oder 1 cm oberhalb beginnt und nach hinten oben verläuft. Van Buren Knott (3) will in jedem Abszessfall den Wurmfortsatz primär entfernen und erzielte dadurch eine Besserung seiner Mortalität von 8 auf 1,2%. Das kleine Becken soll stets drainiert werden. Postoperativ Lagerung auf die rechte Seite!

Solieri (73) empfiehlt auf Grund der gesteigerten Widerstandsfähigkeit des Bauchfells möglichst in allen Fällen die Bauchhöhle primär zu schliessen. Als günstigste Bedingungen gibt Solieri an jugendliches Alter des Kranken, frühzeitiger Eingriff (nicht später als 12 bis 48 Stunden nach Einsetzen des Anfalls), Vorausgehen früherer Anfälle, ausgeprägte Hyperleukozytose, bedeutende Fieberreaktion, guter Puls, guter Allgemeinzustand, nicht perforierter Wurmfortsatz und gute Reaktion des Bauchfells. Trübe seröse Flüssigkeit ist keine Gegenindikation, doch darf das Exsudat nicht rein eitrig sein. Die Rötung der Serosa muss auf die Umgebung des Wurmfortsatzes beschränkt sein.

In der Behandlung der diffusen eitrigen Wurmfortsatzperitonitis ist nach Sasse (67) das Spülverfahren zur Fortschaffung des vorhandenen Exsudats zu summarisch. Die Eiterquelle, der Wurmfortsatz, wird unter jeder Bedingung entfernt. Der grosse Medianschnitt und die Eventration ist zu eingreifend. Die sogenannte physiologische Kochsalzlösung ist für das Bauchfell nicht indifferent. Nur die wirklich erkrankten Teile des Bauchfells sollen therapeutisch in Angriff genommen werden. Das Exsudat wird unter Leitung des Auges mit Hilfe einer Stirnlampe bei Beckenhochlagerung von einem kleinen pararektalen Schnitt aus dadurch entfernt, dass mit Hilfe von Platten und Seitenhebeln Mullkompressen in die Bauchhöhle geschoben werden, die das Exsudat absaugen. Nur in Spätfällen und bei fetten Erwachsenen wird ein linksseitiger Pararektalschnitt hinzugefügt. Eine Drainage der freien Bauchhöhle zur Aufsaugung des nach dem Eingriff sich bildenden Exsudats lässt sich mittelst Drainröhren nicht erzielen. Primärer Schluss der Bauchhöhle ist nur bei frischen 1—2 Tage alten Prozessen gestattet, wenn keinerlei sezernierende Flächen, Peritonealdefekte oder eitrig infiltrierte Peritonealstellen vorhanden sind. Nur sorgfältige und ausgedehnte Tamponade gewährleistet sichere Ableitung der Sekrete. Der Mikulicz-beutel ist ungenügend und unzweckmässig, da er sich dem Buchten der Bauchhöhle nicht genügend anpasst und sich zu schlecht wechseln lässt. Er wird daher durch Rollentampons ersetzt, die wie die Reinigungstampons eingeführt werden. Zwischen den Darmschlingen soll nicht tamponiert werden, sondern stets nur zwischen Schlingen und Bauchwand. Bei Frauen sind Adnexe und Uterus zwischen Tampons zu lagern, davon 6—8 von einem Einschnitt aus eingeführt werden können. Am dritten oder auch schon am zweiten Tage werden die Tampons wiederum unter Leitung des Auges meist in Ätherrausch entfernt. Die Mortalität ist mehr von der Dauer als von der Ausdehnung der Bauchfellentzündung abhängig. Mortalität 10,6% gegen 18% bei Rehn und 21,8% bei Rotter. Boljarski (9) teilt sein im vorigen Jahre in russischer Sprache beschriebenes Behandlungsverfahren für die Wurmfortsatzperitonitis nun auch in deutscher Sprache mit. Auch er verzichtet auf die Spülung, reinigt die Bauchhöhle trocken und tamponiert sie mit Mull. Im Gegensatz dazu hält Haeberlin (28) bei diffuser Bauchfellentzündung an der Spülung fest.

Schanz (68) gibt Bandagen an für Appendizitisnarben und Bauchbrüche, die ein elastisches Spielen der Bruchgeschwulst in der Pelotte gestatten.

Wolf (80) glaubt auf Grund seiner Beobachtungen an Soldaten nicht an wesentliche Beschwerden nach Wurmfortsatzoperationen.

Coecum mobile.

Von den unter dem Namen Coecum mobile zusammengefassten Krankheitsbildern bedarf nach Francke (24) besonders die habituelle Torsion des mobilen Cökums (Klose) der chirurgischen Behandlung. Gegen die fest fixierenden Operationsverfahren sind nicht ohne Unrecht Bedenken erhoben worden. Für die Typhlektasie ist die Querraffung Völckers das beste Verfahren. Für das Coecum mobile mit habitueller Torsion ist die Raffung des Cökum und Colon ascendens in der Längsrichtung empfehlenswert, durch die der Darm nach Art einer Harmonika zusammengeschoben wird.

Duval (21) befestigt das Coecum mobile durch Naht an der Sehne des Psoas minor; fehlt der Psoas minor, so erfolgt die Vernähung mit dem medialen Rande des Psoas major. Blake und Worcester (10) halten die Befestigung des Coecum mobile für schädlich und empfehlen eine Querraffung in einer Längenausdehnung von 10—15 cm.

Über Perikolitis, Jacksonsche Membran usw. siehe unter Dickdarm.

Tuberkulose des Wurmfortsatzes, Geschwülste des Wurmfortsatzes.

Die Arbeiten über Blinddarmtuberkulose [Delfino (19) und Wiener (78)] bringen nichts wesentlich Neues. Läwen (39) erörtert die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose und Appendicitis fibroplastica.

Arbeiten über Wurmfortsatzkarzinome liegen vor von Beatson (6), Mikenda (49), Mac Carty und Mc Grath (15) über Pseudomyxome von Schwers (69).

6. Anus und Rektum.

1. *v. Aldor, Ludwig, Über die Ätiologie und die Behandlung der Hämorrhoidalblutungen. Med. Klinik. Nr. 15. p. 637.
2. Chalier, André, et Raul Bonnet, Les tumeurs mélaniques primitives du rectum. Travail de la clinique du Prof. Jaboulay. Revue de chir. XXXII. Année. Nr. 12. XXXIII. Année. Nr. 1—4.
3. Drummond, The arterial supply of the rectum and pelvic colon. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 4. (Die Anastomosenschlinge der letzten Art. sigmoidea ist sehr wechselnd; sie kann auch gänzlich fehlen.)
4. Foisy, E., Traitement du larges plaies du rectum par l'exclusion du rectum. Prov. méd. Nr. 1.
5. Frey, E., Beitrag zur Frage der Entstehung und Behandlung der Fistula ani. Aus der chir. Privatklinik von Hofrat Krecke. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. (Ursache sehr selten Tuberkulose, Behandlung Exzision des Fistelganges.)
6. Goldschmied, Resultate der radikalen Operationen des Mastdarmkrebses bezüglich der Erhaltung der Kontinenz. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 15. (Durchziehmethode hat die besten Erfolge.)
7. *Harttung, Heinrich, Hämorrhoidalknoten beim Neugeborenen, gleichzeitig ein Beitrag zur Ätiologie der Hämorrhoiden. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 425.
8. *— Die Verwendung von frei transplantierten Faszien- und Peritonealstreifen in der Behandlung des Mastdarmvorfalles. Allerheiligen-Hospital zu Breslau. Prof. Tietze. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15.
9. Hellström, Nils, Ein Fall von Ruptura recti und einige Worte über die sog. spontanen Rektalrupturen. Hygiea. Bd. 76. Heft 23. (Schwedisch.)
10. Hilgenreiner, H., Über angeborene Afterenge. Ein Fall von Atresia ani analis. Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 79. 3. Folge. Bd. 29. Heft 1. p. 11.
11. *Jurasz, A. T., Behandlung des Rektalprolapses. Zentralbl. f. Chir. p. 551.

11a. Kausch, Über Varikose und Kavernose des Mastdarms. Verhandl. d. Deutsch. Ges f. Chir. I. p. 152.

12. *Krecke, A., Mesothoriumschädigung des Rektums. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. Heft 3. 1915. p. 612. Verhandl. d. Vereinig. bayr. Chir. IV. Vers.
13. Mayo, Charles, Resection of the rectum for cancer with preservation of the sphincter.

Surg., Gyn. and Obst. Chicago. (Genaue Beschreibung des Operationsverfahrens, stets Kolostomie der Resektion vorausgehend.)
14. Müller, Zur Boasschen extraanalen Behandlung der Hämorrhoiden. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. (Empfehlung der in früheren Berichten mitgeteilten Behandlung nach Boas auf Grund einer Selbsterfahrung.)
15. *Roux-Lamann, Eine einfache Methode der Behandlung des Mastdarmvorfalles. Therap. Monatshefte. Nr. 8.
16. *Schmincke, A., Über die Entstehung der Hämorrhoiden. Aus dem pathol. Institut d. Univ. München. Nach gemeinsamen Untersuchungen mit Dr. Szuman. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
17. *Sippel, Albert, Eine neue Operationsmethode des Invaginationsprolapses des Mastdarms der Frau. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
18. Suarez, F. M., Späterscheinungen nach Operationen der Hämorrhoiden. Revista de med. y cirurg. pract. de Madrid. Nr. 1324. (Neurasthenie, Tachykardie usw.)
19. *Szuman, St., Beitrag zur Lehre von den Hämorrhoiden. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 132. p. 209.
20. Weiss, Joh., Über den Anus anomalus vulvovestibularis und seine chirurgische Behandlung. Bruns Beitr. Bd. 93. p. 117.

Über die Ätiologie der Hämorrhoiden liegen Untersuchungen mit verschiedenen Ergebnissen vor. Schmincke (16) und Szuman (19) haben in gemeinsamen Untersuchungen festgestellt, dass die Erweiterung der Hämorrhoidalvenen, die die feineren Äste zu befallen pflegt, mit zunehmendem Alter fortschreitet. Sie ist zurückzuführen auf das mechanische Moment der Defäkation, indem die herabsteigende Kotsäule das Blut in die kleinen Venenverzweigungen der Hämorrhoidalregion hereinpresst, aus denen es infolge des gleichzeitig vorhandenen Bauchpressedrucks nicht abfliessen kann. Die Veränderungen finden ihre Erklärung in einer funktionellen Hypertrophie der Gefässwand mit sekundärer Insuffizienz. Die Entzündung ist ein sekundärer Prozess, welcher infolge von Bakterieninvasion in das geschädigte Gewebe der Hämorrhoidalzone besonders leicht zustande kommt. (Bei Szuman Literatur von 156 Nr.) Recht wenig damit übereinstimmt die Beobachtung von Harttung (7), der bei einem neugeborenen Mädchen einen linsengrossen Hämorrhoidalknoten fand, der sich als solcher sicher erweisen liess. Hämorrhoidalknoten kommen also angeboren vor und sind als Neubildungen (Angiome) aufzufassen.

Blutungsursache bei Hämorrhoidariern ist nach v. Aldor (1) auf Grund von 300 Rektoskopien niemals ein geplatzter Knoten. Stets fand er den Mastdarm gefüllt und bis zur Flexur chronisch hämorrhagisch entzündet. Hämorrhoidenoperationen sind daher gegen Blutungen nutzlos. Statt dessen regelmässige Entleerung des Mastdarms, der beim Gesunden nur bei der Stuhlentleerung Kot enthält, durch Einläufe, Massage, Elektrisierung und unmittelbare Behandlung der entzündeten Schleimhaut.

Für die Behandlung des Mastdarmvorfalls werden drei neue Verfahren angegeben: Roux-Lamann (15) Alkoholspritzen bei kindlichen Vorfällen, Sippel (17) Plastik beim Invaginationsprolaps der Frau, Jurasz (11) Aufhängen an frei transplantierten Faszienlappen, die oben am Lig. tuberoso-sacrum angenäht werden. Harttung (8) sah gute Erfolge von frei transplantierten Faszienstreifen, die statt des Thierschen Drahtringes um den After gelegt werden (siehe frühere Berichte).

Für die Mesothoriumbehandlung der Mastdarmgeschwülste sind die beiden Fälle Kreckes (12) über Mesothoriumschädigung des Rektum beherzigenswert: schwere Proktitis mit schwieliger Entartung des Mastdarmrohres und hochgradiger Mastdarmstenose, die in beiden Fällen zu operativen Eingriffen zwang.

E. Leber und Gallenwege.

1. *Aoyama, T., Experimenteller Beitrag zur Frage der Cholelithiasis. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 132. p. 235.
2. Beresnegowsky, N., Über die Anwendung des isolierten Netzes zur Stillung der Leberblutung. v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 1.

3. Berg, John, Beiträge zur Kenntnis gutartiger Stenosen der Gallenwege von anderen Ursachen als Gallenstein. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 2.
4. Boljarski, Nikolai, Über Leberverletzungen auf Grund eines Materials von 109 Fällen. Unter besonderer Berücksichtigung der isolierten Netzplastik. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 587. (Naht mit freier Netzplastik ist das beste Verfahren gegen Blutungen.)
5. *Borszéky, Karl, und Alexander Baron, Die Blutstillung bei Leberoperationen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3. p. 466.
6. Brulé, H., M. Garban et Gal La Salle, Les retentions biliaires latentes dans certaines lésions toxiques et infectieuses du foie. Rev. de chir. XXXIV. Année. Nr. 6.
7. Bundschuh, Ed., Beiträge zur Chirurgie des primären Leberkarzinoms. Bruns Beitr. Bd. 93. p. 97.
8. Klee und Kluepfel, Experimenteller Beitrag zur Funktion der Gallenblase. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 4.
9. Castle, Primary carcinoma of the liver in childhood. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. Mit 6 Abbildungen.
10. *Clark, Incidence of gall-stones and other calculi among larbors in the Panama-canal zone. Annals of Surg. Jan.
11. Crille, G., Cholecystectomy or cholecystostomy and a method of overcoming the special risks attending common duct operations. Surg., Gyn. and Obst. Chicago.
12. Deaver, John B., The surgical treatment of cholecystitis. Therapeutic gaz. Vol. 30. Nr. 11. p. 778.
13. Dreier, J. R., Primärer Krebs des Ductus hepaticus. Prakt. Wratsch. Nr. 24.
14. Einhorn, Die direkte Untersuchung des Duodenalinhalts (und der Galle) als diagnostisches Hilfsmittel bei Gallenblasen- und Pankreasaffektionen. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 49.
15. Eliot, A consideration of certain coexisting lesions of the gall-bladder and kidney. Annals of Surg. Nr. 5.
16. Erdmann, Biliary surgery. Annals of Surg. Nr. 6.
17. v. Fink, F., Zur Choledochotomia retroduodenalis und transduodenalis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. (Wenn die manuelle Mobilisierung des Konkrements versagt, verdient das transduodenale Verfahren den Vorzug.)
18. *Gosset, A., Présentation de radiographie d'un calcul de la vesicule biliaire. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 206.
19. *Graff und A. Weinert, Warum bleiben nach Exstirpation der Gallenblase so häufig Beschwerden zurück? Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschrift Hamburg-Eppendorf. p. 339.
20. *Grube, Karl, Zur Pathogenese der Cholelithiasis. Med. Klinik. Nr. 16. p. 678.
21. Heinemann, O., Die Heilbarkeit multipler Leberabszesse und ihre Diagnose. Therapie d. Gegenw. Nr. 4 u. 5.
22. Isobe, Experimenteller Beitrag zur Entstehung der Leberzirrhose. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 4. (Bestätigung der Alkoholwirkung; auch nach Salgen-Kaliumsulfat — liess sich experimentell Zirrhose nachweisen.)
23. Iwasaki, K., Über das primäre Sarkom der Gallenblase. v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 1.
24. *Hesse, E., und M. Hesse, Über die Häufigkeit der Gallensteine auf Grund eines Sektionsmaterials von 17402 Fällen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 611.
24a. Kehr, Hans, Die gut- und bösartigen Neubildungen der Gallenblase und der Gallengänge unter besonderer Berücksichtigung eigener Erfahrungen. Ergebnisse der Chir. u. Orthopädie. Bd. VIII. S. 471. (Umfassende Übersicht.)
25. Kernig, W. M., Zur Lehre von der Senkung der Leber (Descensus hepatis). Russki Wratsch. Nr. 10.
26. Kienböck, Über einen Fall von Echinococcus hydatitosus der Leber durch Röntgenuntersuchung erkannt. Nachtrag zu seiner Arbeit. Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 3. (Die durch das Röntgenbild gestellte Diagnose war irrtümlich.)
27. *Lippmann, A., Über die Funktionsprüfung der Leber. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 10.

28. *Mayer, O., Über Feststellung von Typhusbazillendauerträgern durch Untersuchung des bei Operationen gewonnenen Gallenblaseninhaltes. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
29. Oehler, Johannes, Beitrag zu den Abnormitäten der Gallenwege. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschrift Hamburg-Eppendorf. p. 389.
30. Pflugradt, Askariden in den Gallenwegen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5.
31. *Rautenberg, E., Röntgenphotographie der Leber, der Milz und des Zwerchfells. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24.
32. Riedel, Wodurch entsteht vorwiegend der reell-lithogene Ikterus? Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17. (Nach vorübergehender mechanischer Stauung vorwiegend durch Entzündung der Gallenwege.)
33. *Rubaschow, Zur Röntgendiagnostik der Gallensteine. Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 21. Heft 5.
34. *Schulz, J., Ein Beitrag zur Gallensteinchirurgie. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschrift Hamburg-Eppendorf. p. 359.
35. *Smidt, Hans, Beitrag zu Fragen der Ätiologie und chirurgischen Therapie der Cholelithiasis bei chronischen Typhusbazillenträgern. Inaug.-Diss. Strassburg i. E.
36. Silber, Fall von primärer intrahepatischer Gallensteinbildung. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 1.
37. *Sourdat, Paul, Sur l'anaesthésis régionale en chirurgie biliaire. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 448.
38. *Steiner, Vier Fälle von sogenannter weisser Galle. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27.
39. Témoin, Tumeur bénigne du foie, résection partielle du lobe droit. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 101.
40. Thies, Über die Differentialdiagnose abdomineller Erkrankungen auf Grund von Symptomen des vegetativen Nervensystems, insbesondere mit Rücksicht auf die Erkrankung der Gallenwege. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 3.
41. Tietze, A., Zwei Fälle von Lebertuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17.
42. *Toida, R., Zur Frage von der Sterilität der Galle unter normalen Verhältnissen und über ihre bakterizide Wirkung auf pathogene Bakterien. v. Langenbecks Arch. Bd. 103. Heft 2.
43. Wiedemann, Hermann, Ein Beitrag zu den Stichverletzungen der Gallenblase. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 605.
44. — Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Verdauung und Resorption verschiedener Nahrungsprodukte bei anormalem Gallenzufluss in den Verdauungsapparat. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2 u. 3. p. 594.
45. — Experimentelle Beiträge zur Technik der Gallenableitung in verschiedene Abschnitte des Verdauungstraktus. Transplantation der Papilla Vateri. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2/3. p. 599.
46. Wolff, H., Die Cysto-Choledochostomie, eine neue Gallenwegverbindung. Zentralbl. f. Chir. 231.

Bei der Funktionsprüfung der Leber ist nach Lippmann (27) von ihren vielen Aufgaben nur die Assimilierung der Lävulose und Galaktose verwendbar, da bei den übrigen Funktionen andere Organe beim Leberausfall für sie eintreten können. Im allgemeinen können 100 g Lävulose, nüchtern genossen, noch gut von der gesunden Leber verarbeitet werden. Leberkranke scheiden hingegen bei dieser Dosis mehr oder weniger grosse Lävulosemengen aus, so dass aus der Stärke der leicht nachzuweisenden Ausscheidung auch Schlüsse auf den Grad der Schädigung zu ziehen sind. Leberzirrhose, Lebersyphilis, Icterus catarrhalis und Steinverschluss des Choledochus zeigen Schädigung der Leberfunktion, Anaemia perniciosa und Icterus haemolyticus hingegen keinen Funktionsausfall.

Rautenberg (31) ist es bei den Kranken mit Aszites gelungen, mit Hilfe von Sauerstoffeinblasungen die Leber systematisch auf der Röntgenplatte zur Darstellung zu bringen.

Borszeky und Baron (5) erreichten bei Leberoperationen eine Blutstillung durch zeitweilige Komprimierung des Lig. hepatoduodenale. Sie lässt sich gefahrlos eine Stunde durchführen. Das Verfahren ist einfacher und nicht gefährlicher, als die Kompression der Aorta.

Die Entstehung der weissen Galle, des Hydrops des Gallensystems ist nach Steiner (38) an vier Bedingungen geknüpft. 1. Der Choledochusverschluss muss absolut sein und

genügend lange dauern. 2. Der Druck im Gallenwegsystem muss erhöht sein. 3. Die Sekretion der Gallenwegsschleimhaut kann normal, vermehrt oder auch vermindert sein. 4. Die Gallenblase darf keine virulenten Bakterien enthalten, da sonst Empyem entsteht.

Die Galle der normalen tierischen und menschlichen Gallenblase ist nach Toida (42) steril. Ihre bakterizide Wirkung ist je nach der Bakterienart verschieden. Leicht bakterizid wirkt sie auf den Streptococcus und Diplococcus pneumoniae. Für Bacterium coli und Typhusbazillen ist sie ein geeigneter Nährboden. Im allgemeinen erwies sich die Hundegalle der Menschengalle gegenüber als ein weniger günstiger Nährboden.

Zur Klärung der Entstehung der Gallensteine von Aoyama (1) unternommene Unterbindungen des Ductus cysticus an Kaninchen hatten die Bildung von fazettierten, bis reiskorngrossen, weichen, knetbaren Elementen zur Folge. Die vegetabilische Kost und das Nichttragen des Schnürleibes ist die Ursache für die Seltenheit der Gallensteine bei den Japanerinnen. Für die grössere Beteiligung der Frau und Mutter beim Gallensteinleiden ist nach Grube (20) der Ausfall des in der Galle der Schwangeren reichlich vorhandenen Cholesterins unter dem Einfluss der Geburt und der Schwangerschaft ursächlich. Auch ausserhalb der Schwangerschaft nimmt bei Eiweiss- und Fettmast das Cholesterin zu. Clark (10) beobachtete bei Sektionen in Ancona an der Kanalzone, dass die Neger weniger zu Gallensteinen neigen, als die weisse Rasse, noch weniger die aus der gemässigten Zone stammenden Neger, als die aus den Tropen. Nach E. Hesse und M. Hesse (24) sind Gallensteine in Russland seltener als im übrigen Europa. Sie fanden an sehr reichem Sektionsmaterial bei 0,73% der Männer und 4,75% der Frauen Gallensteinbildung. Auch die Komplikationen sind bei den Frauen häufiger. Am meisten belastet ist bei beiden Geschlechtern das sechste Lebensjahrzehnt, dem das siebente und achte sich anschliesst. In 84% der Fälle sind die Gallensteine latent. Die Cholecystitis sine concremento ist nicht so selten, wie sie gilt. Für die Entstehung des Krebses ist den Gallensteinen ein gewisser Einfluss zuzuschreiben. Schulz (34) hält in einer umfassenden, auch die Behandlung berücksichtigenden Arbeit für die Hauptursache der Gallenstauung und der nachfolgenden Steinbildung die Schwangerschaft, bei der mechanische und chemische Störungen eine Rolle spielen. Ferner sind Fettleibigkeit, chronische Verstopfung, sitzende Lebensweise, Hängebauch, Korsett- oder Gürtelschnürung für die Entstehung von Bedeutung. Der erste Anfall wird ausgelöst besonders durch Schwangerschaft, Infektion des Körpers, vorzüglich des Magendarmkanals oder Traumen.

H. Smidt (35) fand unter den Gallensteinkranken der Strassburger chirurgischen Universitätsklinik 38% Typhusbazillenausscheider. Etwa 2% aller früher Typhuskranken scheiden chronisch Bazillen aus. Nur selten gelingt es, den Herd der Bazillenwucherung operativ zu beseitigen. Mayer (28) wies bei 6 von 70 exstirpierten Gallenblasen Typhusbazillen und bei einer Paratyphus nach. Mehrfach konnten Monate nach der Operation im Stuhl Typhusbazillen gefunden werden. Die Erfolge der Gallenblasenentfernung zur Unterdrückung der Bazillenausscheidung sind also unsicher.

Dass Gallensteine gelegentlich auch im Röntgenbilde sichtbar sind, teilt Gosset (18) mit. Rubaschow (33) bringt kennenswerte Erörterungen über den Gallensteinnachweis durch das Röntgenverfahren.

Sourdat (37) empfiehlt von neuem örtliche Schmerzbetäubung zu Eingriffen an den Gallenwegen.

Auf Grund einer Fragenbogenforschung, der eigene Untersuchungen angeschlossen werden, suchen Graff und A. Weinert (19) die Ursache der Beschwerden nach Gallensteinoperationen zu erforschen. Sie finden am häufigsten richtige Adhäsionsbeschwerden, dann Beschwerden von seiten des Magendarmkanals, die ebenfalls vielfach durch Adhäsionen verursacht sind, in gleicher Anzahl Bauchbrüche, dann allgemeine nervöse Beschwerden, endlich am seltensten Beschwerden, bei welchen nach ihrer Art die Möglichkeit eines zurückgebliebenen Gallensteins vorliegt.

F. Milz.

1. Baur, J., Zur Kasuistik traumatischer isolierter Milzrupturen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 47.
2. Bayer, Weitere Untersuchungen über die Funktionen der Milz, vornehmlich ihre Rolle im Eisenstoffwechsel, mit besonderer Berücksichtigung des Morbus Banti. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 2.
3. *Dahl, R., Über die Behandlung der perniziösen Anämie mit Splenektomie. Hygiea. Bd. 76. Heft 8. (Schwedisch.)
4. *Descastello, A. v., Über den Einfluss der Milzexstirpation auf die perniziöse Anämie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13.
5. *Finkelstein, B. K., Zur Chirurgie der Milz auf Grund von 66 eigenen Fällen. (Russki Wratsch. Nr. 8.
6. Florowski, W. W., Ein Fall von isolierter Verwundung der Milz. Praktitscheski Wratsch. Nr. 19. (Stichwunde, geheilt durch Netzdeckung.)
7. Graf, Paul, Zur chirurgischen Therapie des hämolytischen Ikterus. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 130. p. 462. (Bei drei Kranken mit Erfolg Milz exstirpiert.)
8. *Hansing, W., Die Milzexstirpation bei perniziöser Anämie. Med. Klinik. Nr. 40. p. 1544—1545.
9. *Hoffmann, H., Zur Chirurgie der Milz. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschrift Hamburg-Eppendorf. p. 396.
10. *Klemperer, G., In welchen inneren Krankheiten kommt die operative Entfernung der Milz in Frage? Therapie d. Gegenw. Heft 1.
11. Kreuter, Experimentelle Blutuntersuchungen bei Splenektomie wegen traumatischer Milzruptur. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. II. p. 796. Zentralbl. f. Chir. p. 58.
12. Lanz, Ligatur der Arteria splenica bei fixierter Wandermilz. Zentralbl. f. Chir. p. 228.

12a. Meyer, Artur, Beitrag zur Kenntnis der Milzfunktion. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. XVIII. H. 1. S. 41. (Sammelreferate mit Literatur von 363 Nr.)

12b. Mühsam, Was erreichen wir mit der Milzexstirpation bei den verschiedenen Formen der Anämie? Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 221.

13. *Port, Fr., Beitrag zur Behandlung der perniziösen Anämie durch Milzexstirpation. Postoperatives reichliches Auftreten von Jollykörpern. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12.
14. *Richards, Splenectomy in Egyptian splenomegaly. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 3. Jan.
15. Routier, A., Rupture de la rate etc. hemorrhagie retardée. Splénectomie. Guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 642. (Vom Wagen überfahren. Blutung sieben Tage später, als der Kranke wieder umherläuft.)
16. *Sobotta, J., Anatomie der Milz. 25. Lieferung des Handbuches der Anatomie des Menschen von Prof. Dr. Karl v. Bardeleben. 3. Bd. 4. Abteilung. Anhang. Jena, G. Fischer.
17. *v. Stapelmohr, S., Neuere Ansichten über Blutkrankheiten und deren chirurgische Behandlung. Mitteilung eines neuen operierten Falles. Hygiea. Bd. 76. Heft 14. (Schwedisch.) (Ein eigener Fall, gestorben an Herzschwäche am Tage nach der Milzexstirpation.)
18. *Stassoff, R., Beiträge zur Chirurgie der Milzstichverletzungen unter besonderer Berücksichtigung der isolierten Netztransplantation. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 89. Heft 2 u. 3. p. 621.
19. Tansini, I., et G. Morone, Splénomégalie avec cirrhose hépatique en période ascitique. Splénectomie et opération de Talma. Contribution à l'étude et au traitement des splénomegalies chroniques splénothrombosiques. Revue de chir. XXXIII. Année. Nr. 8.
20. Thursfield, H., Acholuric jaundice; splenectomy. St. Bartholomews hosp. reports. Vol. 49. London.
21. *Ziegler, Die Bantische Krankheit und ihre nosologische Stellung unter den splenomegalischen Erkrankungen. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 8. p. 625.

Die Anatomie der Milz wird von Sobotta (16) monographisch auf 47 Seiten mit 13 Abbildungen bearbeitet.

Milzstichverletzungen erfolgen nach Stassoff (18) meist durch den Brustkorb, seltener von den Bauchdecken aus; in der Mehrzahl der Fälle wird Pleura und Zwerchfell mitverletzt. Diagnose meist erst auf dem Operationstisch. Naht mit Netzplastik ist bei Stichen und kleineren Rupturen Normalverfahren. Eingang zur Milz von der erweiterten Aussenwunde aus transpleural! Sonst besonders bei Baucherscheinungen Schnitt nach Zeidler (Spaltung der Knorpel der VIII., IX. und X. Rippe des Zwerchfells und Verlängerung nach unten am Aussenrande des ersten geraden Bauchmuskels.) Die Mortalität der Schnitt-Stichwundenoperationen ergibt nach Finkelstein (5) 20%, gegen 50% bei Schusswunden.

Die Erfolge der Milzexstirpation bei perniziöser Anämie, die nach Hansing (9) bei Frauen weit häufiger ist, als bei Männern, sind im allgemeinen gut [Port (13), v. Descastello (4), Dahl (3)]. v. Descastello (4) sieht diese Besserung als Remission an, nicht als Heilung. Er sieht ferner in der Besserung nach Milzexstirpation keinen Beweis, dass die Milz als Krankheitsursache etwa durch primär gesteigerte hämolytische Tätigkeit in Betracht kommt. v. Stapelmohr (17) findet unter 46 Literaturfällen bei 63% Besserung, bei 11% keinerlei Änderung und bei 26% tödlichen Ausgang. Nach Mühsam (12a) erreichen wir mit der Milzexstirpation bei perniziösen Anämien eine weitgehende Besserung und wirken lebensverlängernd (anschliessend Diskussion).

Klemperer (10) teilt den Kreis der Blutkrankheiten mit Milzbeteiligung ein in die nichtoperative Gruppe, dazu Stauungsmilz, Amyloid, Leukämie, Granulom, Lymphosarkom, Malaria und Lues und die operative Gruppe, dazu Milztuberkulose, Neubildungen, Bantische Krankheit, hämolytischer Ikterus, dazu ferner perniziöse Anämie auch ohne Milzschwellung, die jedoch im Gegensatz zu den eben erwähnten Krankheiten nur eine Besserung durch Milzexstirpation, nicht eine Heilung erwarten lässt.

Die Bantische Krankheit beruht nach der umfassenden Bearbeitung Zieglers (21) (Literatur von 364 Nummern) primär auf einer Schädigung des Milzgewebes. Die Erkrankung kann auf die Milz begrenzt bleiben und entspricht dann dem Bilde der primären Splenomegalie mit Anämie, oder auch vielfach dem Bilde der Anaemia splenica. Bei Beteiligung der Pfortader und Leber kann schliesslich das Bild der atrophischen Leberzirrhose entstehen. Infektion der Milzvene, Pfortader und des periportalen Gewebes findet wahrscheinlich nicht nur durch das Blut, sondern auch durch die Lymphwege statt. Gemeinsame Ursache der Erkrankung ist zweifelhaft; ebenso gut können beliebige Blutinfektionen die Milzerkrankung auslösen. Wenn somit die Bantische Krankheit nicht als ätiologische Einheit bezeichnet werden kann, verdient sie doch die Sonderstellung einer typischen, symptomatischen, nosologischen Einheit. Die durch Milzexstirpation erzielten operativen Erfolge sind im allgemeinen als recht günstig zu bezeichnen.

Nach Richards (14) ist die ägyptische Splenomegalie der Bantischen Krankheit nahe verwandt. Auch bei dieser Krankheit wirkt die Milzentfernung heilend.

Die Technik der Milzexstirpation wird nach Mitteilung über chirurgische Milzerkrankungen besonders von Hoffmann (9) behandelt.

G. Bauchspeicheldrüse.

1. Brocy et Morel, Pancreatitis expérimentales. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. p. 24.
2. Deaver and Pfeiffer, Chronic pancreatitis. Annals of Surg. Nr. 6. Amer. Surg Assoc. number.
3. *Dietrich, Hans Albert, Pancreatitis acuta. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Festschr. Hamburg-Eppendorf. p. 322.
4. *Dreesmann, Die chirurgische Therapie der akuten Pankreatitis. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 129. p. 41.
5. Gross, Heinrich, Die Tuberkulose der pankreatitischen Lymphregion. Eine „aerogene" Infektion? v. Langenbecks Arch. Bd. 104. Heft 2. (Keine endgültige Klärung der in der Überschrift gestellten Frage.)
6. *Jenckel, Zur Pathologie und Therapie der akuten Pankreasnekrose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 253.

6a. Körte, Peritonitis pancreatica. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Chir. I. p. 239.
7. Roic, Zur Exstirpation der Pankreaszysten. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 12.
8. *Rollmann, Pancreatitis acuta. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 128. p. 86.
9. Speese, Retention cysts of the pancreas. Annals of Surg. Nr. 6.
10. Turner, Two cases of injury of the pancreas. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 4.
11. Walter-Sallis, Jean, Les pancreatites non biliaires. Revue de chir. XXXIII. Année. Nr. 12. XXXIV. Année. Nr. 4.

Bemerkenswert sind die schönen Bearbeitungen der Pancreatitis acuta. Rollmann (8) stellt unsere Kenntnisse über dieses Leiden zusammen und fügt 12 Fälle unter besonderer Berücksichtigung diagnostischer und therapeutischer Gesichtspunkte hinzu (Literatur)! Auch Jenckel (6) bringt nicht eigentlich Neues. Seine Arbeit sei besonders empfohlen zum Studium des Krankheitsbildes und strittiger Fragen (Literatur)! Ähnlich Dietrich (3) aus der Abteilung Kümmells. Dreesmann (4) fasst seine Auffassung über das chirurgische Vorgehen bei der akuten Pankreatitis zusammen wie folgt: Bei allen schweren Fällen, ebenso bei den leichten Fällen, denen ein Gallensteinleiden voraussichtlich zugrunde liegt, ist möglichst sofortige Operation angezeigt. Bei denen, welche keinen schweren Eindruck machen, darf die Operation zunächst unterbleiben; sie hat aber stattzufinden, falls nicht innerhalb der nächsten 24 Stunden eine Besserung erfolgt. Die Operation besteht in einer möglichst ausgedehnten Freilegung des Pankreas nach Durchtrennung des Lig. gastrocolicum. Die Bursa ist am besten durch zwei dicke Glasdrains zu drainieren, die eine andauernde Kontrolle des Pankreas ermöglichen. Diese Drainage soll mindestens 14 Tage liegen bleiben. Sie darf nicht eher entfernt werden, bis das Befinden des Kranken keinerlei subjektive oder objektive Störungen mehr darbietet. Bei jeder Operation sind die Gallenwege zu revidieren. Liegt eine Erkrankung an ihnen vor, so ist ihre Beseitigung durchaus erforderlich, und zwar, sobald es eben der Zustand des Kranken gestattet.

Nachtrag.

Zu Kapitel V. 1.

1. Forssner, Hj., Über profuse intraperitoneale Blutungen von den Eierstöcken. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Der Verf. stellt sich sehr skeptisch gegen die profusen sogenannten Corpus luteum-Blutungen und ist überzeugt, dass in den meisten Fällen diese Blutungen aus Ovarialgraviditäten herrühren.) (Silas Lindqvist.)
2. Gröné, O., Über profuse Blutungen von den Eierstöcken. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Der Verf. ist der Meinung, dass den grossen, abundanten Blutungen von den Eierstöcken meistens eine Ovarialgravidität zugrunde liegt.) (Silas Lindqvist.)

Zu Kapitel VII. 1.

1. Ahlström, E., Fall von rektovaginaler Fistel nach Geburt entstanden infolge einer zu tiefen Anlegung von Suturen. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
2. Ahlström, E., Ein Fall von Sarcoma vulvae. Totalexstirpation der äusseren Geschlechtsteilen mit Ausräumung von beiden Leistengegenden im Zusammenhang mit diesen. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

Zu Kapitel IX. 1.

1. Ahlström, E., Fall von torquierter Pyosalpinx. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

Zu Kapitel X.

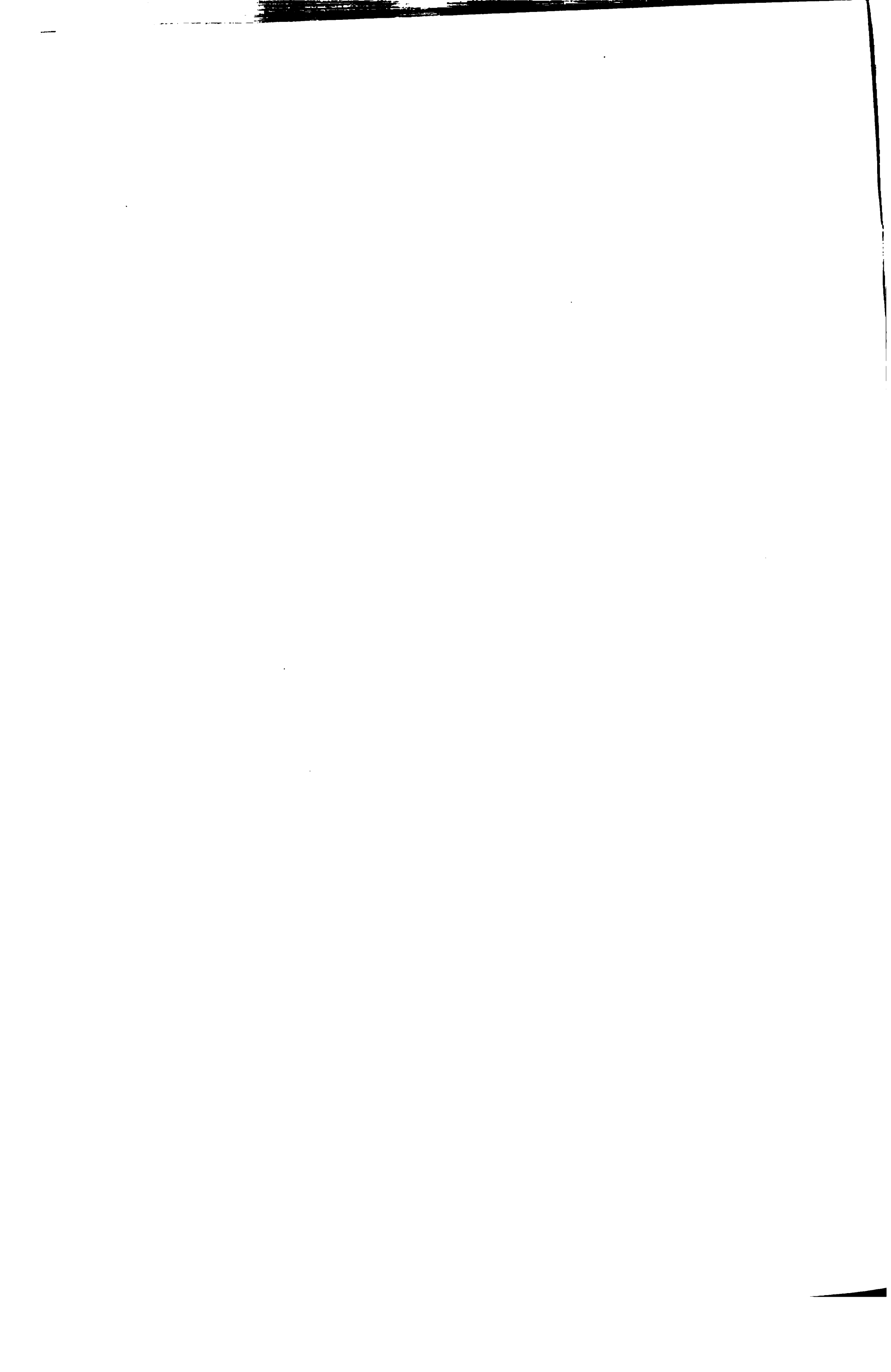
1. Ellwyn, C., Zwei Fälle von weiblicher Genitalmissbildung. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

Zu Kapitel XI.

1. Forssner, Hj., Über Tumoren in prostatahomologen Bildungen beim Weibe. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiae. (Silas Lindqvist.)

II. TEIL.

GEBURTSHILFE.



I.

Allgemeines, Lehrbücher, Lehrmittel.

Referent: Privatdozent Dr. M. Stickel, Berlin.

A. Lehrbücher, Kompendien, Lehrmittel.

1. Bar, Brindeau, Chambrelent, La pratique de l'art des accouchements. 3. Aufl. Paris. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1163.
2. Birk, Leitfaden der Säuglingskrankheiten. Bonn.
3. Bourne, Synopsis der Geburtshilfe. Bristol. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 627 f.
4. Eulenburg, A., Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde. 4. Aufl. Bd. 14 u. 15.
5. Gauss, Kinematographische Vorführungen aus dem Gebiet der Geburtshilfe. Demonstration in der Freiburger med. Ges. 22. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 36. p. 1619.
6. Keller und Birk, Kinderpflege-Lehrbuch. 2. Aufl. Berlin.
7. Oppel, Leitfaden für das embryologische Praktikum und Grundriss der Entwickelungslehre des Menschen und der Wirbeltiere. Jena.
8. Piskacek, Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch für Hebammen. 5. Aufl. Wien. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. p. 434.
9. Polano, Geburtshilflich-gynäkologische Propädeutik. Würzburg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1573.
10. Schultze, B. S., Lehrbuch der Hebammenkunst. 15. Aufl. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1029 f.
11. Schwalbe, Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. Leipzig.
12. Vogt, Sammlung stereoskopischer Röntgenbilder aus der Geburtshilfe. Wiesbaden.

B. Geschichtliche und sonstige Werke und Aufsätze allgemeinen Inhalts. Berichte aus Kliniken, Privatanstalten etc.

1. Abderhalden, Abwehrfermente. Das Auftreten blutfremder Substanzen und Fermente im tierischen Organismus unter experimentellen, physiologischen und pathologischen Bedingungen. 4. Aufl. Berlin. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2209.
2. Ander, Mutterschaft oder Emanzipation. Berlin.
3. v. Bardeleben, K., Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Geschlechtsbestimmung. Zeitschr. f. Sexualwissenschaft. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1277.

4. Bloch, Kritische Betrachtungen zu dem Geburtenrückgang in Deutschland und den zu seiner Bekämpfung vorgeschlagenen Mitteln. Inaug.-Diss. Strassburg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1183 f.
5. Braun, Vorausbestimmung des Geschlechtes. New York. Med. Journ. Vol. 99. Nr. 23. p. 1140. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1278.
6. Buecheler, Zur Frage des Geburtenrückganges. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 15. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. p. 713 ff. (Mit Diskussion.)
7. Burkhard, Joseph Servatius von d'Outrepont. Jena. Ref. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 7. p. 347.
8. Cary, Bemerkungen über die Durchgängigkeit der Tuben durch die Anwendung von Kollargol und Röntgenstrahlen. Amer. Journ. of Obst. and Diss. of Women and Childr. March. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1085.
9. Cook, Obstetric medicine in Uganda. Brit. Med. Journ. June 13. p. 1281.
10. Daniëls, C. E., Bijdrage tot de geschiedenis der verloskunde. (Beitrag zur Geschichte der Geburtshilfe.) Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. I. Helft. Nr. 20. p. 1667—1670. (Holländisch.) (Lamers.)
11. Deppe, Frauenärztliches aus Deutsch-Ostafrika. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2103.
12. Ferroni, Fisiopatologia generale della gravida. Mailand. Ref. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 14. p. 523.
13. De Feyfer, F. M. G., Zur Geschichte des Schamfugenschnittes in Holland (bis 1840). Janus. 19. Jahrg. Nr. 7/9. p. 312—327 u. Nr. 10/11. p. 341—379. (Deutsch.) (Lamers.)
14. Fischer, Die Ausleihung der ärztlichen Krankengeschichten. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 47. p. 2274 ff. u. Nr. 48. p. 2307 ff.
15. — Die hygienische Bedeutung der Mutterschaftsversicherung. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 23. p. 1288 ff.
16. — Fortschritte auf dem Gebiet der Mutterschaftsversicherung. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 14. p. 772 f.
17. Flesch, Der Einfluss der Geschlechtskrankheiten auf die Gesundheit und Fruchtbarkeit der Frau. Jahresverhandl. d. deutsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. (mit Diskussion). Leipzig, 19.—21. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1532.
18. Ford, Sterilität der Frauen. Med. Record. Vol. 85. Nr. 19. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1085.
19. Frau und Mutter, Zeitschrift für Kinderpflege, Erziehung und Gesundheit in Haus und Familie. Wien.
20. Freund, W. A., Nekrolog auf Alfred Hegar. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1765.
21. Goenner, Zur Frage der Intrauterinstifte. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1799.
22. Grassl, Der Geburtenrückgang in Deutschland. Kempten und München. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1743.
23. Grotjahn, Geburtenrückgang und Geburtenregelung im Lichte der individuellen und sozialen Hygiene. Berlin. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. p. 1724.
24. Guttzeit, Die Verantwortlichkeit des Arztes bei Misserfolgen. Leipzig 1912. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 52. p. 1661.
25. Heil, Geburtshilfliche und gynäkologische Mitteilungen aus der Praxis. Leipzig. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 627.
26. Hirsch, Max, Fruchtabtreibung und Präventivverkehr im Zusammenhang mit dem Geburtenrückgang. Würzburg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. p. 834.
27. — Röntgenstrahlen und Eugenik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1132 f.
28. Hofmeier, Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit. Physik.-med. Ges. Würzburg. 10. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. p. 1998.
29. Huber, Die junge Frau. 2. Aufl. Leipzig. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1492.
30. Hübner, Die praktische, wissenschaftliche Diagnose und Behandlung der männlichen und weiblichen Sterilität. Med. Record. Vol. 85. p. 840. Nr. 19. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1085.
31. Hüffel, Der Geburtenrückgang. Zeitschr. f. d. ges. Gyn. u. Geb., sowie deren Grenzgeb. Bd. 5. p. 529.

32. Jahn, Der Geburtenrückgang in Pommern. Inaug.-Diss. Greifswald.
33. Kisch, Die künstliche Befruchtung beim Menschen. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1086.
34. Kleinweg de Zwaan, J. P., Een merkwaardig vruchtbaarkeidsgebruik. (Ein merkwürdiger Fruchtbarkeitsbrauch.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Helft. Nr. 22. p. 1762—1765. (Holländ.) (Lamers.)
35. Langstein und Meyer, Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel. Wiesbaden. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. p. 2310.
36. Lenz, Leitsätze der deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene zur Geburtenfrage. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1568 f.
37. Liepmann, Die Frau, was sie von Körper und Kind wissen muss. Stuttgart, Leipzig, Wien. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1069.
38. Lissmann, Geburtenrückgang und männliche sexuelle Impotenz. Würzburg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2410.
39. Loeb und Zoeppritz, Die Beeinflussung der Fortpflanzungsfähigkeit durch Jod. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1086.
40. Martin, A., Alfred Hegar. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. p. 331.
41. — Der intrauterine Stift. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 6. p. 665 ff.
42. Martin, Schauta, Döderlein, Beteiligung der Leiter und Assistenten der deutschen und österreichisch-ungarischen Universitäts- und Akademie-Frauenkliniken am Weltkrieg. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 681.
43. Mayet, Die Sicherung der Volksvermehrung. Ges. f. soz. Med., Hyg. u. Medizinal statistik. Berlin, 23. April. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. p. 1797.
44. Meyer, Leopold, Laerebog i Fódselshjaelpen. Bd. 2. (Lehrbuch der Geburtshilfe. Bd. 2.) Speziell die Pathologie der Geburt und des Wochenbettes. 380 p. Kopenhagen. (O. Horn.)
45. Newell, F., The ideal obstetric out-patient clinic. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Febr. Vol. 69. p. 256 ff.
46. Opitz, Über die Behandlung der weiblichen Unfruchtbarkeit. Therap. d. Gegenw. Jan. u. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1083 ff.
47. Patellani, Der Geburtenrückgang in Italien. Ginec. moderna. Jahrg. 7. Heft 1—4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1184.
48. Pazzi, L' educazione sessuale come coefficiente profiattico contro la sterilità. La Rass. d' ost. e gin. 23. Nr. 10.
49. Pichevin, Le Docteur Koeberle et son oeuvre. Elsäss. Rundschau. Ref. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 14. p. 524 f.
50. Prochownick und Rüder, Beratung und Beschlussfassung über die seitens der Niederrheinisch-westfälischen und anderer Gesellschaften für Geburtshilfe eingeleitete Bewegung gegen den Vertrieb und die Anwendung intrauteriner, empfängnisverhütender Mittel (mit Diskussion). Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1169 ff.
51. Pulvermacher, Das Wöchnerinnenheim der Heilsarmee 1898—1913. Berlin.
52. Raphael, Geburts- und geburtshilfliche Statistik Kurlands. Petersb. med. Zeitschr. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1182.
53. Rieck, Zur Therapie der Amenorrhoe. Ein Wort für den Intrauterinstift. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1061 ff.
54. — Notwendige Bemerkungen zu dem Aufsatz von Opitz: Über die Gefahren des Intrauterinstiftes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1393.
55. Rob, Geburten in Böhmen in den Jahren 1881—1912. Ressuco neuropsychopathologii. Nr. 5 u. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1320.
56. Rupprecht u. a., Die Behandlung der jugendlichen Prostituierten. Jahresverhandl. d. deutsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh. Leipzig, 19.—21. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1533.
57. Sarkissiantz, Zur Frage der künstlichen Sterilisation der Frau. Med. Klinik. Nr. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1086.
58. Schlossmann, Die Frage des Geburtenrückganges. Ges. f. soz. Med., Hyg. u. Medizinalstatistik. Berlin, 22. Dez. 1913. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13. p. 623.
59. Schwaab, Une chaise-lit obstétricale. Presse méd. Nr. 30. p. 289.
60. Sellheim, Produktionsgrenze und Geburtenrückgang. Stuttgart. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1133.

61. Späth, Tubensterilisation oder vaginale Korpusresektion bei tuberkulösen Frauen. Geb. Ges. Hamburg. 7. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1163 ff. (Mit Diskussion.)
62. Steiger, Über den Einfluss des Klimas und der Rasse auf das weibliche Geschlechtsleben. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1184.
63. Strauss, Einfluss des Geburtenrückganges auf die Sterblichkeitsziffer. Prager med. Wochenschr. Nr. 26. Ref. Deutsche med. Woohenschr. Nr. 29. p. 1495.
64. Strong, Frigidität vom soziologischen und gynäkologischen Standpunkt. Pacif. Med. Journ. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 1086.
65. Stumpf, Franz von Winkel. 18 Vorträge aus seinem Nachlass. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1263.
66. Traugott, Fortschritte in der Gynäkologie des praktischen Arztes. Therap. Monatshefte. März. p. 157 ff.
67. Veit, Der Geburtenrückgang, seine Ursache und die Mittel zu seiner Bekämpfung. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 5. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 565.
68. Weber, F., Die Tamponade in Geburtshilfe und Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 5. p. 247 ff.
69. Weindler, Darstellung sterbender Wöchnerinnen auf antiken Grabmälern. Gyn. Rundschau. Heft 14. p. 508.
70. Westermark, Die Stellung der Geburtshilfe in Schweden am Ende des 17. Jahrhunderts und die Bedeutung von Johann von Hoorns für die Entwicklung derselben. Hygiea. p. 625.
71. Wichmann, Beiträge zur ältesten Geschichte der Geburtshilfe in Rom. Arch. f. Gyn. Bd. 162. Heft 3.
72. Williams, Has the american gynecological society done its part in the advancement of obstetrical knowledge? Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 62. Nr. 23. June 6. p. 1767.
73. Zweifel, E., Erfahrungen an den letzten 10000 Geburten mit besonderer Berücksichtigung des Altersbildes. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2102.

C. Sammelberichte.

1. Aschner, Kritischer Rückblick über wichtige gynäkologische Arbeiten aus dem Jahr 1913. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 1001 f.
2. Beckmann, Bericht über die russische gynäkologische Literatur des Jahres 1913. Sammelreferat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. p. 100.
3. Hüssy, Italienische Literatur über Geburtshilfe und Gynäkologie. Sammelreferat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. p. 75 ff.
4. Weber, F., Puppel, Heimann, Bondy, Küster, Hüffel, Die geburtshilflich-gynäkologischen Dissertationen der deutschen Universitäten im Wintersemester 1913 bis 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. p. 112 ff.

II.

Hebammenwesen.

Referent: Dr. R. Hirsch, Berlin.

1. Ahlfeld, F., Der Kernpunkt in der Frage von der Bedeutung des Alkohols bei der Händedesinfektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXI.
2. Alin, E., Einige Ziffern zur Beleuchtung der Tätigkeit der Hebammen. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindquist.)
3. Borrmann, Käthe, Festalkol in der Hebammenpraxis. Hyg. Rundschau. Nr. 6. (Borrmann sagt, dass die Desinfektion mit Festalkol mindestens ebenso gute Resultate ergibt wie Alkohol-Sublimatdesinfektion und sicher besser sei als die Alkohol-Kreosolseifendesinfektion.)
4. Champneys, An Adress on the Working of the Midwives Act. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 6.
5. Eckstein, E., Zur Ausbildung des Krankenpflegepersonals und der Hebammen in Österreich. Gyn. Rundschau. Heft 2.
6. — Österreichischer Hebammenkalender. Wien 1914.
7. Kosmak, Certain aspects of the midwife problem in relation to the medical profession and the community. Med. Record. 23. p. 1013.
8. v. Klein, Reichsgerichtsentscheidung über den Kunstfehler einer Hebamme. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 45. Sitzg. 7. Febr.
9. Laubenheimer, K., Festalkol als Händedesinfektionsmittel. Hyg. Rundschau Nr. 9. (Nach den Untersuchungen Laubenheimers ist das Festalkol nicht geeignet, den flüssigen Alkohol in der Desinfektion der Hände zu ersetzen.)
10. *Leisewitz, Meine Erfahrungen als Hebammenlehrer vom 1. Juli 1909 bis 1. Juli 1913. Annalen f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 5. Heft 1.
11. *Opitz, K., Die für den praktischen Arzt wichtigen Bestimmungen des Hebammenlehrbuches. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28.
12. Piskacek, Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch für Hebammen. Wien 1913.
13. *Rissmann, Die Hebammenfrage. Verhandl. d. 40. deutsch. Ärztetages. München, 26. u. 27. Juni. Münch. med. Wochenschr. Nr. 28.
14. Rodenwaldt, Hebammentätigkeit in Anecho. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27.
15. *Roth, Die Heranziehung der Hebammen zur Säuglingsfürsorge. Annalen f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 5. Heft 1.
16. *Schultze, B. S., unter Mitwirkung von M. Stumpf, Lehrbuch der Hebammenkunst. 15. Aufl. Engelmann. Leipzig. Ref. Deutsche med. Wochenschr.
17. Walther, H., Zur Hundertjahrfeier der Hebammenlehranstalt zu Giessen mit besonderer Berücksichtigung der ersten Entwicklungsjahre der Anstalt. (1814—1914) Gyn. Rundschau. Heft 21 u. 22.

In den Verhandlungen des Deutschen Ärztetages zu München am 26. und 27. Juni 1914 stellt Rissmann (13) folgende Leitsätze auf:

1. Es ist für Deutschland auch heute noch zweckmässig, an der bisherigen Ausdehnung der Berufstätigkeit der Hebammenschwestern festzuhalten und nicht etwa Geburtshelferinnen auszubilden.
2. Unser nächstes Streben muss dahin gehen, baldigst für die Hebammenschwestern in jeder Beziehung das zu erreichen, was Kranken- oder Säuglingsschwestern heutzutage schon gewährt wird (Vorbildung, Ausbildung, Einkommen, Ruhegehalt usw.).

3. Die Hebammenschulen stehen am besten unter staatlicher Verwaltung und bedürfen eines in jeder Beziehung reichlichen Materials. So muss mit der Hebammenschule eine Poliklinik (Mütter- und Säuglingsberatungsstelle) und eine geburtshilfliche Poliklinik verbunden sein und ihr ein Mutterheim angegliedert sein. Auf die Heranbildung eines tüchtigen Hebammenlehrerstandes muss viel mehr Gewicht als bisher gelegt werden.
4. Wir bedürfen dringend eines deutschen Reichsgesetzes für Hebammen, wie einer Mutterschaftsversicherung in Deutschland.
5. Die Ärzte, welche Geburtshilfe treiben, müssen das Hebammenlehrbuch kennen und zu jeder Geburt und Fehlgeburt eine Hebammenschwester zuziehen.
6. Es muss für die Praxis — in ähnlicher Weise wie in Baden oder Mecklenburg — ein engerer Zusammenhang zwischen Hebammenlehrer und praktischen Ärzten einerseits und den Hebammenschwestern andererseits geschaffen werden. Die Kreis-(Amts-)ärzte können allein die Kontrolle der Hebammen in der Praxis nicht ausführen.

Im Anschluss an die aufgestellten Leitsätze führt Rissmann deren Begründung noch des weiteren aus. Es entwickelt sich eine Diskussion, an der sich Dyhrenfurth, Franz-Schleiz, Hirschberg, Besselmann, Back, Mugdan und Eiermann beteiligen. Am Schluss der Debatte werden die aufgestellten Leitsätze mit ganz geringfügigen Änderungen angenommen.

Roth (15) ist dafür, dass die Hebammen zum Säuglingsschutz herangezogen und in der Säuglingshygiene fortgebildet werden sollen.

Leisewitz (10) stellt nach seinen Erfahrungen folgende Forderungen auf: Der Unterricht muss streng einheitlich sein; er muss sich genau an die im Hebammenlehrbuch gegebenen Vorschriften halten, die jedem, der an der Unterweisung teilnimmt, genau bekannt sein müssen. Der Hebammenlehrer sollte stets ein in der Praxis stehender Arzt sein; theoretischer wie praktischer Unterricht ist, um die erforderliche Einheitlichkeit zu garantieren, nur von ihm oder in Gemeinschaft mit einem ihm unterstellten Hebammenlehrerassistenten zu erteilen. Eine Trennung der Hebammenschule von der Frauenklinik scheint ihm in beiderseitigem Interesse erforderlich.

Opitz (11) gibt einen Auszug der für den Arzt wissenswerten Bestimmungen des Hebammenlehrbuches. Es ist nötig für den Arzt, die wichtigsten Punkte dieses Buches zu kennen, denn es können sonst leicht Konflikte zwischen Arzt und Hebamme entstehen, die im Interesse aller — Arzt, Hebamme und Patientin — gut sind, zu vermeiden.

Schultze (16) spricht sich, obwohl er ein entschiedener Gegner jeder unnötigen Berührung der Genitalien durch die Hebamme ist, dennoch gegen das neuerdings angeregte Verbot der inneren Untersuchung aus. In der verschieden beantworteten Frage des Frühaufstehens der Wöchnerin billigt er nur dem Arzt die Entscheidung zu, wann die Wöchnerin aufstehen kann. Wo die Hebamme allein anzuordnen hat, soll sie die Frau während der ersten Woche im Bett halten, weil in den weniger bemittelten Volksschichten das Verlassen des Bettes mit der Wiederaufnahme der Arbeit identisch ist. Das Baden des Neugeborenen ist, mangels eines einwandfreien Gefässes oder Wassers, bis zum Abfalle des Nabelstranges, auch in der Privatpraxis, durch Waschungen zu ersetzen. Das Recht, in Notfällen, wo ein Arzt nicht zu erreichen ist, intrauterine, manuelle Operationen vorzunehmen, kann ihnen erst dann allgemein zugestanden werden, wenn durch Hebung des Hebammenstandes in wissenschaftlicher, wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht ihre Befähigung, insbesondere auch zur Indikationsstellung, ihre Geschicklichkeit und speziell die Möglichkeit einer Asepsis der Hebammenhand geschaffen sein werden.

Um die innere Untersuchung Gebärender auf das Notwendigste einzuschränken und zur sicheren Feststellung, ob der Kopf mit dem grössten Umfange ins Becken eingetreten ist, beschreibt Schwarzenbach den sogenannten Hinterdammgriff; man drückt in der Wehenpause langsam die Fingerspitzen zwischen Steissbein und After in die Tiefe nach oben zu und fühlt dann mit raschem Druck deutlich den harten Kopf, wenn er in der Beckenhöhle oder im Ausgang steht. Hat der Kopf mit seinem grössten Umfang den Beckeneingang noch nicht passiert, dann ist er durch den Hinterdammgriff niemals zu fühlen.

III.

Physiologie der Gravidität.

Referent: Dr. R. Hirsch, Berlin.

a) Zeugung, Schwangerschaftsveränderungen im mütterlichen Organismus, Physiologie der Frucht und ihrer Anhänge.

1. Anttonen, E., Einige Erfahrungen über eingebildete Schwangerschaft. Finska Läkaresälsk. Handb. Bd. 56. Heft 5.
2. Armbruster, Zur Physiologie der embryonalen Nierenlappung. Der Frauenarzt. Heft 9.
3. — Altes und Neues über den embryonalen Kreislauf. Der Frauenarzt. Heft 4.
4. Aymerich, Über den Kalkgehalt des Blutes in der Schwangerschaft. Ginecol. 10. Ann. Nr. 21.
5. Bardeleben, Karl v., Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Geschlechtsbestimmung. Zeitschr. f. Sexualwiss. Bd. 1. Heft 2.
6. Benthin, Die Hämolyse der Streptokokken eine Schwangerschaftsreaktion? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
7. Best, N. D., Schwangerschaft bei erhaltenem Hymen. Brit. med. Journ. Nr. 2783. (Beobachtung einer normalen Geburt bei einer 32jährigen Nullipara, bei der das Hymen sich beutelartig in die Vagina einstülpen liess, aber nur eine kleine Öffnung zeigte.) (Rothe.)
8. Bigler, Energometrische Untersuchungen an Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
9. Blumenthal, N., und E. Fränkel, Untersuchungen mit der Meiostagminreaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 39.
10. Bonerstad, Die Gewichtsverhältnisse reifer norwegischer Neugeborener in den ersten 12 Tagen nach der Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 292.
11. Braun, Isr., Geschlechtsbestimmung. New York. med. Journ. Vol. 99. Nr. 23.
12. Cecikas, J., Beitrag zur Kenntnis des Einflusses der Nephritis auf die Zeugung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 30.
13. *Decio, Sul contenuto in grasso e colesterina del sangue delle gravide e delle puerpere in condizioni normali e patologiche. Annali di Ost. e Gin. I. Sem. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 13.
14. Eben, R., Beiträge zur Diagnose der frühen Schwangerschaftsstadien nebst Untersuchungen über den diagnostischen Wert der Kutanreaktion in der Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. Nr. 24.

15. Fabre und Petsetakis, Veränderungen des Jugularpulses während der Schwangerschaft. Bull. de la Soc., d'obst. et de gyn. Nr. 4. p. 319.
16. v. Fellenberg und Döll, Über die biologischen Beziehungen zwischen Mutter und Kind. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
17. Fränkel, L., Ovulation, Konzeption und Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. Bd. 74. Heft 1. Ref. Frauenarzt. Heft 9.
18. — Ovulation, Konzeption und Schwangerschaftsdauer. Zeitschr. f. Geb. Bd. 74 Heft 1.
19. Füth, H., Weitere Beiträge zur Verschiebung des Cökums während der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 2.
20. Garnier et Levy-Fränkel, Le reflexe oculo-cardiaque dans la grossesse. Soc. de Biol. 26 Avril.
21. Gammeltoft, S. A., Den interne Sekretion under Svangerskabet. (Die interne Sekretion während der Schwangerschaft.) Übersichtsreferat. Ugeskr. f. Laeger. p. 2069—2082. (O. Horn.)
22. Giltscher, Über die Entstehung des Geschlechts im Zusammenhang mit der modernen Vererbungslehre. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4.
23. Gleiser, Beitrag zur Frage der Leberfunktion in der Schwangerschaft. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
24. Guisti, La reazione deciduale sul collo dell' utero, sugli an messi e sul peritoneo pelvico in gravidanza uterina e suo modo di produzione. La Gin. 23. p. 693.
25. Haberda, Die Empfängniszeit. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. 47. Suppl. 1.
26. Halban, Zur Kenntnis der Zwillingsschwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Jan. Zentralbl. f. Gyn. 9.
27. — und Köhler, Die Beziehungen zwischen Corpus luteum und Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 103.
28. Hart, D. Berry, Über die Dauer des Intervalles zwischen Befruchtung und Geburt bei einigen Säugetieren nach biometrischen Kurven, mit besonderer Berücksichtigung des Geburtsbeginnes beim Menschen. Edinburgh med. Journ. Vol. 11. Nr. 4.
29. Hellin, Dromp, Über eine noch unbekannte Eigenschaft des Blutserums von Neugeborenen und Schwangeren. Münch. med. Wochenschr. Nr. 24.
30. Hinselmann, H., Die angebliche physiologische Schwangerschaftsthrombose von Gefässen der uterinen Plazentarstelle. Zeitschr. f. Geb. 73. Heft 1.
31. Hirschberg, L., Der neueste wissenschaftliche Weg, das Geschlecht vorauszubestimmen. Med. council. Vol. 19. Nr. 3.
32. Huber, W., Die junge Frau. Betrachtungen und Gedanken über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 2. Aufl. Leipzig.
33. Johnstone, Beitrag zum Studium von im frühesten Stadium befindlichen menschlichen Eiern. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 5.
34. De Jong, A., Intradermale und konjunktivale Schwangerschaftsreaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 27.
35. Kaltenschnee, Ureterfunktion in der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Gyn. Urol. Bd. 4. Heft 5.
36. Kehrer, F., Homologe Akte und einzelne Arten der Fortpflanzung. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2.
37. Kisch, E. H., Über künstliche Befruchtung beim Menschen. Zeitschr. f. Sexualwiss. Bd. 1. Heft 2.
38. Kober, E., Über die Beziehungen von Gewicht und Länge der Neugeborenen zur Dauer der Schwangerschaft. Diss. Tübingen 1913.
39. Kolde, W., Veränderungen der Nebenniere bei Schwangerschaft und nach Kastration. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 2.
40. Kuntzsch, Über das konstitutionelle Moment bei der Geschlechtsbestimmung. Wodurch ist die Hinfälligkeit der männlichen Früchte bedingt? Vortrag in der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 13. Febr.
41. Kupferberg, H., Die Schönersche Theorie der praktischen Vorausbestimmung des Geschlechts beim Menschen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 16.
42. Kuiga Kurihara, Über den Keimgehalt des Urins Schwangerer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1.
43. Lehmann, Diskussion zum Vortrag von Kuntzsch. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 27. Febr.

44. Landsberg, Erich, Eiweiss- und Mineralstoffwechsel bei der schwangeren Frau nebst Tierversuchen mit besonderer Berücksichtigung der Funktion endokriner Drüsen. Zeitschr. f. Geb. 76. Heft 1.
45. Liguret, A., Beitrag zur Histologie der Hypophyse während der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Paris.
46. Linzenmeier, G., Ein junges menschliches Ei in situ. Arch. f. Gyn. Bd. 102.
47. Lupnoff, A., Die äussere Überwanderung des Eies. Ssibirski Wratsch. Nr. 14, 15 u. 16.
48. Maier, M., Untersuchungen über Eisengehalt, Hämoglobin und Blutkörperchenvolumen bei geburtshilflichen und gynäkologischen Patientinnen. Inaug.-Diss. Freiburg.
49. *Marcotty, A., Über das Corpus luteum menstruationis und das Corpus luteum graviditatis. Arch. f. Gyn. Bd. 105. p. 63.
50. Markoe, J., Ein Wiederaufleben des Gebärstuhles. Bull. of the Lying-in-Hosp. of the City of New York. Vol. 9. Nr. 4.
51. Marshall, G., Akutes Hydramnion bei eineiigen Drillingen in der 18. Woche der Schwangerschaft. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 4.
52. Mauriac et Strynfau, La cholestérinémie au cours de la grossesse. Réunion biol. de Bordeaux. 6 Janv.
53. Meyer-Ruegg, Einiges über Befruchtung und Einbettung des menschlichen Eies. Vorträge im Fortbildungskurs für Ärzte in Zürich 1913.
54. *Miller, J. W., Corpus luteum, Menstruation und Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3.
55. Novak, Josef, Wege und Ziele auf dem Gebiete der inneren Sekretion vom gynäkologischen Standpunkt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Aug. Heft 2.
56. Nyhoff, De uroloed der eierstokken op het nouwelijh organisme. Nederl. Tijdskr. v. Geneesk. 1912. I. Nr. 16, 17, 18.
57. Nürnberger, L., Nachempfängnis und Vererbungsfragen bei der Erzeugung rassedifferenter Zwillinge. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1.
58. Orgler, A., Beobachtungen an Zwillingen. Das Längenwachstum der Zwillinge. Mitteilung 2. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 12. Nr. 8.
59. Papendieck, Mikroskopische Beobachtung fermentativer Vorgänge im Blutserum. Deutscher Kongr. f. inn. Med. in Wiesbaden. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 32.
60. Paramore, R. H., The intra-abdominal pressure in pregnancy. Proc. Royal Soc. Med., Obst. and Gyn. Sect. Vol. 6. Nr. 9.
61. Petri, Th., Biologische Reaktionen und ihre Bedeutung für die Geburtshilfe und Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38. Heft 1.
62. Pinard, Sigues et diagnostic de la gestation utérine normale pendant sa première moitié. Ann. de Gyn. Nr. 4.
63. Puppel, E., Biologische Schwangerschaftsreaktion und ihre Ergebnisse in der Praxis. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. Heft 6.
64. Resinelli, G., La diagnosi biologica di gravidanza. Gaz. ital. d. levatr. Ann. 3. Nr. 1.
65. Rohleder, H., Die künstliche Befruchtung beim Menschen. Wiener klin. Rundschau. Jahrg. 28. Nr. 22.
66. — Monographien über die Zeugung beim Menschen. Bd. 4: Die libidinösen Funktionsstörungen der Zeugung beim Weibe.
67. *Rössle, R., Das Verhalten der menschlichen Hypophyse nach Kastration. Virchows Arch. Bd. 216. Heft 2.
68. *Ryder, W., Ein Fall von künstlicher Zeugung mit positivem Erfolg. Aus der Entbindungsanstalt B des Reichshospitals. Ugeskr. for Laeger. Nr. 16. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 31.
69. — Et Tilfaelde af Fecundatio artificialis med positive Resultat. (Ein Fall von Fecundatio arteficialis mit positivem Resultat.) Ugeskr. f. Laeger. p. 696—697. (Die Frau gesund, der Mann Hypospadie. Möglichst schnell nach Coitus per praeservativum Injektion von bei normaler Körpertemperatur aufbewahrtem Sperma in die Uterinkavität.) (O. Horn.)
70. Seitz, L., H. Wurtz und L. Fingerhut, Über die biologische Funktion des Corpus luteum, seine chemischen Bestandteile und deren therapeutische Verwendung bei Unregelmässigkeiten der Menstruation. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30.
71. Straaz, De voorkoming van Striae. Nederl. Maandbl. u. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk. 1912. Bd. 1.

72. Taussig, Fred. J., Über die Ursache der Entstehung von Schwangerschaftsstreifen. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. Bd. 38. 1913.
73. Terhola, Lauri, Über Blutveränderungen während der Geburt, Laktationsperiode und der ersten Menses post partum. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1.
74. La Torre, F., Besteht vom geburtshilflichen Standpunkte aus ein wohl definierter Typus der Muskelstruktur des Uterus? Gyn. Rundschau. Heft 7.
75. *Triepel, Das Alter menschlicher Embryonen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33.
76. Verney, La cuti-reazione della gravidanza. La clin. Ostetr. Nr. 13.
77. Vicarelli, Lavoro e maternita. La Rass. d'Ost. e Gyn. Nr. 6.
78. *Villandre, Plexus hypogastricus und sein Ganglion beim menschlichen Embryo vor dem Ende des dritten Monats. Ann. de gyn. et d'obst. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 47.
79. Wallart, Schwangerschaftsveränderungen der Tube. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
80. — Über Frühstadien und Abortivformen der Corpus luteum-Bildung. Arch. f. Gyn. Bd. 103.
81. *Waterston, Die Entwicklung des menschlichen Herzens mit Bezug auf seine funktionelle Tätigkeit. Lancet. p. 4733. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 47.
82. Weisswange, Ovulum aus der achten Schwangerschaftswoche. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 89.
83. Zöller, Adolf, Geschlechtsbestimmung und Geschlechtsentwicklung vor der Geburt. Adler-Verlag, G. m. b. H.
84. v. Zubrzycki, Studien über die Meiostagminreaktion bei Karzinom und Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 102.

Decio (13) berichtet über den Fettgehalt im Blute von schwangeren Frauen.

Bei der schwangeren Frau ist eine Zunahme des lipo-lipoidischen Gehaltes an Cholesterin des Blutes anzutreffen. Diese Lipo-Lipoidämie ist ganz besonders ausgeprägt am Ende der Schwangerschaft, während sie in den ersten Monaten vermisst wird. Am Ende der Schwangerschaft erreicht die Durchschnittszahl der erwähnten Stoffe einen zweimal höheren Wert als bei Nichtschwangeren. Die einzelnen Beobachtungen können uns zu voneinander bedeutend abweichenden Resultaten führen, ohne dass man deshalb auf das Alter, auf die Primi- oder Pluriparität oder darauf, dass Wehen vorhanden sind oder nicht, ein Gewicht zu legen braucht.

In den ersten acht Tagen des Wochenbettes zeigt die Durchschnittszahl der betreffenden Stoffe die Neigung zu einer Abnahme; da jedoch der Einfluss aller dem Wochenbette eigentümlichen organischen und funktionellen Modifikationen die Folgen des Verschwindens der Lipämie und Cholesterinämie während der Schwangerschaft bedingenden Momente abschwächt bzw. aufhebt, so entbehrt die quantitative Kurve dieser Substanz jeder Regelmässigkeit. — Ein Zusammenhang zwischen dem Gehalt des Blutes an diesen Stoffen, den Lochien, der Rückbildung des Uterus, der Tätigkeit der Mamma ist nicht aufzufinden. Die Menge dieser Stoffe — speziell des Cholesterins — war eine besonders reichliche bei intrauterinem Tode des Fötus. Die Entstehung der Schwangerschaftslipämie kann auf zweierlei Momente zurückgeführt werden: die geringere Verbrennung der organischen Fette und die stärkere Aufnahme der Nährfette vom Darm aus.

Die eigentlichen Lipoide verdanken ihre Entstehung einer gesteigerten lipoidogenetischen Tätigkeit der innersekretorischen Drüsen, vor allem der Nebenniere und des Corpus luteum.

Unter pathologischen Verhältnissen, besonders bei Eklampsie, wo hohe Prozentsätze an Fettsäuren anzutreffen sind, ist es wahrscheinlich, dass eine weitere Quelle in der Plazenta und der Leber zu erblicken ist. Die Ansammlung von Fetten, Lipoiden und Cholesterin im Blute Schwangerer ist dazu bestimmt, für die Bedürfnisse des Fötus und für die neuen Erfordernisse der Mutter Sorge

zu tragen. In Anbetracht der grossen Bedeutung der Lipoide in der Physiologie und Pathologie ist es wahrscheinlich, dass viele pathologische Erscheinungen während der Schwangerschaft auf den veränderten Gehalt des Blutes an Lipoiden zurückzuführen sind. Die puerperale Bradykardie steht in keinem Zusammenhang mit dem erhöhten Gehalt des Blutes an Fetten.

Der hohe Gehalt des Blutes eklamptischer Frauen an Fettsäuren steht höchstwahrscheinlich in keiner Beziehung zur Pathogenese der Krankheit. Die Cholesterinämie ist als eine Schutzreaktion des Organismus gegen die Gifte aufzufassen, welche in grösserer Menge als normal, selbst im Körper der gesunden Schwangeren kreisen.

Marcotty (49) hat histologische Versuche angestellt, mittelst deren die Unterscheidung zwischen Corpus luteum menstruationis und Corpus luteum graviditatis sowie die Altersbestimmung beider mit einiger Sicherheit zu treffen ist. Seine Ergebnisse sind folgende:

Mittelst der Entwicklung des Blutpigmentes lässt sich zur Altersbestimmung der Corpora lutea eine mit der Menstruationskurve alternierende Kurve aufstellen, deren Beginn in die Mitte zwischen zwei Menstruationstermine fällt. Bereits vor der Menstruation treten Blutungen in das Corpus luteum menstruationis auf (Meyer). Diese prämenstruellen Blutungen sind, wie aus dem Pigment ersichtlich, mässigen Grades. Unter dem Einfluss der Menstruation findet, wie die zunehmende Pigmentbildung in der postmenstruellen Periode zeigt, ein erneuter Austritt von Blut in das Corpus luteum statt (Aschoff). Das Alter des Corpus luteum menstruationis lässt sich aus dem Blutbefunde, der Veränderung der Erythrozyten und der Pigmentbildung ungefähr bestimmen. Fett ist in den Corpora lutea menstruationis bereits in dem prämenstruellen Frühstadium vorhanden, und zwar am deutlichsten in den Thekaluteinzellen. Allmählich tritt die Fettinfiltration, von der Peripherie beginnend, auch in den Granulosaluteinzellen auf, während die Thekaluteinzellen fettärmer erscheinen. In den ganz späten Stadien enthalten die letzteren fast kein Fett mehr. Die Hauptverfettung der Granulosaluteinzellen besteht erst nach der Menstruation.

Im Gegensatz zum Corpus luteum menstruationis fällt beim Corpus luteum graviditatis die in der Menstruation entstehende Blutung fort und die prämenstruelle Blutung findet nur in manchen Fällen statt. Die Corpora lutea graviditatis stellen im wesentlichen fortgebildete Stadien der im prämenstruellen Blutstadium befindlichen, durch die Menstruation noch nicht modifizierten Corpora lutea dar. Die Verfettung ist also in den Corpora lutea graviditatis geringer als in den Corpora lutea nach der Menstruation.

Kolloid tritt in den Corpora lutea graviditatis lediglich in den Granulosazellen auf. Es tritt namentlich in den ersten Schwangerschaftsmonaten auf, kann aber auch noch im Puerperium gefunden werden. Kalkkonkremente sind nicht konstant, finden sich aber häufig vom Ende des fünften Monats an (Miller). Zystische Hohlräume sind in den Corpora lutea fast regelmässig bis zum sechsten Monat vorhanden. Später findet man einen soliden Kern.

Nach Miller (54) besteht zwischen Ovulation und Menstruation ein festes Abhängigkeitsverhältnis, und zwar geht der Follikelsprung der Blutung durchschnittlich neun Tage voraus. Während das Ei die Tube durchwandert, erfolgt die Umbildung der Membrana granulosa des Follikels zum Corpus luteum, dessen epitheliale Natur durch die vergleichende Entwicklungsgeschichte, durch das Auffinden von Kolloid innerhalb der Luteinzellen und den Nachweis direkter Übergänge erwiesen ist.

Das frische Corpus luteum gibt keine Fettreaktion; erst nach Beginn seiner Rückbildung gelingt der Fettnachweis. Das Corpus luteum graviditatis gibt während der ganzen Dauer der Schwangerschaft so gut wie keine Fettfärbung. Das Corpus albicans entsteht durch Zugrundegehen der verfetteten Luteinzellen allein durch hyaline Entartung des bindegewebigen Retikulums. Eine histo-

logische Differentialdiagnose des Corpus luteum graviditatis wird durch den Nachweis von Kolloidtropfen und Kalkkonkrementen bei negativem Ausfall der Fettreaktion ermöglicht.

Der gelbe Körper ist eine periodisch sich bildende Drüse mit innerer Sekretion; sie veranlasst die zyklische Umbildung des Endometriums zur Decidua — das Ei ist hierzu nicht nötig — und ermöglicht so die Implantation des Ovulums; sie bewirkt — als trophisches Zentrum für den Uterus — ganz allgemein den in den Generationsjahren erhöhten Turgor des Organs und protegiert so die junge Schwangerschaft; sie verhindert eine neue Eireifung während ihrer Funktionsdauer. Die sogenannte Laktationsatrophie des Uterus ist keine reflektorische Trophoneurose, sondern nur die Folge der fehlenden Corpus luteum-Neubildung

Der Nachweis eines inneren Sekrets des Corpus luteum im Reagenzglasversuch durch die Komplementbindungsmethode misslingt, da Hormone niemals zur Antikörperbildung Veranlassung geben. Versuche, ein Sekret des gelben Körpers durch vitale Färbung nachzuweisen, haben noch zu keinem Ergebnis geführt.

Die Schwangerschaftstoxikosen entstehen möglicherweise durch eine Unterfunktion des Organs.

Die Menstruation stellt — ein Indikator frustraner Ovulation — nur eine Entlastung des hyperämischen Uterus vor; für das Zustandekommen der Konzeption hat sie keine Bedeutung. Im Menstrualblut ist vielleicht die Nährflüssigkeit für das Ei, die beim Abbau des Nestes abfliesst, zu sehen. Brunst und Menstruation sind entwicklungsgeschichtlich und physiologisch prinzipiell verschiedene Erscheinungen.

Als geeignetster Termin für die natürliche wie die künstliche Befruchtung ergibt sich der 10. Tag vor dem berechneten Eintritt der neuen Periode.

Zur Implantation gelangt stets das Ovulum der zuerst ausbleibenden Regel; eine postmenstruelle Einbettung gibt es nicht. Die Schwangerschaftsdauer ist daher um 19 Tage zu reduzieren.

Der zeitliche Verlauf der sich in den inneren Genitalien abspielenden Vorgänge lässt sich durch folgendes Schema veranschaulichen:

1. Januar Menstruationsbeginn.
19. „ Termin für künstliche Befruchtung.
20. „ Ovulation.
20. bis 27. oder 28. Januar Einwanderung und Ausbildung des Corpus luteum.
22. Januar Beginn der Funktion des Corpus luteum und des Prämenstruums.
27. bis 29. Januar Implantation.
29. Januar Beginn der Menstruation und der Rückbildung des gelben Körpers.

Von 10 000 Frauen, die Fränkel (17) beobachtete, konzipierten 109 nach längerer Amenorrhoe, und zwar 74 ohne vorhergegangene Menstruation, 35 nach einer Menstruation. Daraus schliesst Fränkel, dass die Konzeption dicht nach der Ovulation erfolgt. Die Imprägnation würde demnach ca. 15—20 Tage nach Eintritt der letzten Menstruation stattfinden, da meist 19 Tage vor Eintritt der Menstruation ein junges Corpus luteum gefunden wird, die Ovulation also erfolgt ist.

Nach Triepels (75) Untersuchungen ist das Menstrualalter, auch wenn es von dem wahren Alter des Embryos abweicht, für die Bestimmung des Alters menschlicher Embryonen von Bedeutung. Das Menstrualalter lässt sich aus der Anamnese leicht ermitteln und das wahre Alter ist im Mittel um 18 bis 19 Tage geringer.

Ryder (68) berichtet einen Fall von künstlicher Zeugung mit positivem Erfolg, bei dem er mit einer gewöhnlichen Injektionsspritze mit langer Kanüle das Sperma (bei Körpertemperatur nach Coitus per preservativum aufbewahrt)

eingespritzt hat. Bei drei früheren Versuchen hatte er das Sperma mit gleichen Teilen physiologischer Kochsalzlösung gemischt; diese misslangen, während der letzte Versuch nach der veränderten Technik Erfolg hatte. Es handelte sich um eine Hypospadie des Mannes, die Genitalien der Frau zeigten keine Abnormitäten.

In 28 Fällen von Ovarektomien und Totalexstirpationen hat Rössle (67) die Hypophysen mikroskopisch untersucht. Unter diesen 28 Fällen boten 15 ausgesprochen die histologischen Merkmale der Kastration dar: Vermehrung und Heterotopie der Eosinophilen, Abnahme bzw. Schwund der Basophilen. In sieben Fällen war der Befund negativ, in sechs zweifelhaft. Bei jungen Frauen, die noch nicht oft geboren hatten, war der Befund am deutlichsten.

Lohmeyer prüfte das Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität und Puerperium. Die Gravidität führt stets, und zwar von Anfang an zu einer ausgesprochenen Erhöhung des proteolytischen Leukozytenfermentes, dessen verstärkte Wirkung während der Geburt und in den ersten zwei Wochen des Puerperiums bestehen bleibt. Bei Puerperalfieber und überhaupt bei Fieber ist die proteolytische Kraft des Leukozytenfermentes während der Fieberperiode erhöht.

Villandre (78) hat Untersuchungen über den Plexus hypogastricus und seine Ganglien bei menschlichen Embryonen angestellt. Dieselben ergaben, dass beim menschlichen Embryo vor dem Ende des dritten Monats der Plexus hypogastricus, seine ganglionäre Platte und ihre ausführenden Zweige unter der Kurve der Umbilikalarterien eine kontinuierliche Hülle bilden, welche die intrapelvinen Eingeweide, Rektum, Genitalstrang und Blase umgibt und sie befestigt. Ausser dieser nervösen Bedeckung zeigt sich ein Lager eines lockeren Zellgewebes, gut markiert an den seitlichen Teilen, ausgebreitet zwischen dem Sakrum nach hinten und dem Schambein vorn, von der Arteria umbilicalis oben bis zum Beckenboden unten, welches in sich enthält die Zweige der Arteria umbilicalis und die Venen des Beckens.

Waterston (81) untersuchte die Herzen von menschlichen Embryonen. Das Herz eines drei Wochen alten Embryos zeigte bereits Andeutungen der späteren Trennung in Vorkammer und Kammer. Es stellt ein sich selbst regulierendes Organ dar, welches ganz unabhängig vom Zentralnervensystem ist. Bei sechs Wochen alten Embryonen sind Kammern und Vorkammern bereits deutlich geschieden und es erscheint ein neuer Mechanismus in Gestalt eines an der Vereinigung von Sinus venosus und Atrium gelegenen Knotens, der sich später zu dem sinu-aurikularen, die Kontraktionen des Atriums erzeugenden Knoten Keiths entwickelt. Vom achten Monat an erscheint das atrio-ventrikuläre Hisssche Bündel, das sich von der Wand der Vorkammer bereits auf das Ventrikelseptum fortsetzt.

---

b) Diagnostik und Diätetik.

1. Allgemeines.

1. *Bumm, Demonstrationen in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. Sitzg. vom 13. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.
2. Engelhorn und H. Wintz, Über eine neue Hautreaktion in der Schwangerschaft. Münch. med. Wochenschr. Nr. 13.
3. *Esch, Neue Hautreaktion in der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
4. Kayser, K., Geburtshilfliche Röntgendiagnosen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgentherapie. Bd. 22. Heft 1.

5. Kehrer, E., und F. Dessauer, Versuche und Erfahrungen mit der röntgenologischen Beckenmessung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1.
6. Kreiss, Röntgenologische Beckenmessung. Vortrag, geh. a. d. Int. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. Berlin. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. u. Geb. Bd. 5. Heft 4.
7. — Die Röntgendiagnose der Zwillingsschwangerschaft. Gyn. Ges. zu Dresden. 19. März.
8. Kroon, I. P. H., Eenige cyfers over de geboorten naar de maanden. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Helft. Nr. 25. (Ein sehr lesenswerter Beitrag zur Frage, in welchen Monaten die meisten Geburten stattfinden, auch in Zusammenhang mit der Zeit der meisten Heiraten, die soviel im Monat Mai geschlossen werden. Eine Vergleichung zwischen den Aufgaben des Statistischen Bureaus von Berlin und von Amsterdam wird beigefügt. Die Abhandlung eignet sich aber nicht gut zu einem Referate.) (Mendes de Leon.)
9. *Labhardt, A., Über ein häufiges Frühzeichen der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
10. *Perussia, Felice, Zur Technik der Radiographie des Fötus im Uterus. Radiolog. med. Bd. 1. Nr. 5.
11. Peters, Zum Kapitel Schwangerschaftsdauer. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9.
12. Pierra, L., Welcher Art soll die Hygiene der Schwangeren sein? Journ. des sages-femmes. Ann. 42.
13. Roos van den Berg, W. J., Over de afscheiding van kreatine en kreatinine gedurende de zwangerschap, tijdens de baring en in het kroambed. (Über die Ausscheidung von Kreatin und Kreatinin während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.) Diss. in Utrecht. Juni. 137 p. (Holländ.) (Untersuchungen an 73 Schwangeren und Wöchnerinnen, darunter 13 Eklamptische [von denen vier starben], 13 leichte Schwangerschaftsalbuminurien, 1 Mola und 5 Fälle von Hydramnion. Für die Kreatininbestimmung wurde die Folinsche Methode benutzt; das Kreatin wurde indirekt durch Überführung in Kreatinin nach dem Verfahren von Benedict und Myers bestimmt. Von jeder einzelnen Patientin werden die Untersuchungsresultate in einer Tabelle zusammengefasst. Verf. kommt zu folgendem Ergebnis: Infolge der Schwangerschaft wird im Urin Kreatin ausgeschieden; in den ersten Tagen des Wochenbettes nimmt diese Kreatinausscheidung als Regel stark zu, während meistens 3—4 Wochen nach der Geburt der Urin kein Kreatin mehr enthält. Es bestehen dabei grosse individuelle Unterschiede. Während der Schwangerschaft ist die Kreatininabsonderung erhöht [gefunden wurde im Mittel 0,873]; ebenso in den ersten Tagen des Wochenbettes. Frauen mit Zeichen von Schwangerschaftsintoxikation zeigen, was ihre Kreatinabsonderung betrifft, keinen Unterschied gegen Schwangere ohne Symptome des gestörten Stoffwechsels. Es ist sehr wohl anzunehmen, dass ein Zusammenhang besteht zwischen Tonuserhöhung des Gebärmuttermuskels während der Schwangerschaft und dem Auftreten von Kreatin im Urin. Kritische Literaturzusammenstellung im Text.) (Lamers.)
14. Saunders, Chas, Die Behandlung der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Virginia med. semi-monthly. Vol. 19. Nr. 3.
15. Schwarzenbach, E., Der diagnostische Hinterdammgriff. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
16. Schwarz, H., Hygiene der Schwangerschaft. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Vol. 69. p. 2.
17. Schweitzer, B., Über die Berechtigung der Milchsäurespülungen in der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9.
18. Stratz, C. H., Verstrykt de navel in de zevende maand der zwangerschap. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. 1. Aufl. (Kurze polemische Arbeit mit zwei Abbildungen, einer eigenen und einer nach einem Gemälde von Rembrandt, „Bathseba" zum Beweise, dass bei einer Schwangeren der Nabel erst nach dem siebenten Monate ganz verstrichen ist.) (Mendes de Leon.)
19. Treub, H., Zwangerschapsdermographie. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. ‚Vrouwen- en Kindergeneesk. Deel III. Nr. 5. p. 280—288. (Holländ.) (Ausgeprägt bei liegenden Schwangeren und Wöchnerinnen an der Bauchhaut in Form von weissen Streifen, die kürzer oder länger bestehen bleiben. Kommt aber auch bei Nichtschwangeren und Männern vor. Treub denkt sich als Ursache vielleicht eine leichte Schwangerschaftstoxikose, die das Auftreten vasomotorischer Störungen begünstigt. Abbildung auf 1 Tafel.) (Lamers.)

20. Vogt, E., Sammlung stereoskopischer Röntgenbilder aus der Geburtshilfe. Wiesbaden.
21. Waasbergen, G. H. van, Physiologie von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Nederl. Maandschr. voor Verlosk. Jahrg. 3. Nr. 4.
22. *Zweifel, E., Versuche zur Beeinflussung des Bakteriengehaltes der Scheide Schwangerer durch medikamentöse Spülungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4.

Bumm (1) demonstriert in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin zwei Röntgenbilder, von denen das eine eine Hochschwangere betrifft und sowohl das Skelett des Kindes wie das Skelett der Mutter in ausgezeichneter Weise erkennen lässt. Bisher versagten die Aufnahmen am Ende der Gravidität. An Stelle des Beckeneinganges bekam man nur einen grossen Schatten, aus dem nicht viel zu ersehen war. Herr Warnekros demonstriert das neue Aufnahmeverfahren, mittelst dessen die Bilder hergestellt wurden.

Kehrer und Dessauer (5) geben ein röntgenologisches Verfahren zur Beckenmessung an, mittelst dessen die Bestimmung der Conjugata vera auf den Millimeter genau ermöglicht ist.

Perussia (10) hat gute Resultate bei Röntgenaufnahmen des schwangeren Uterus erhalten und zwar bei folgendem Verfahren: Am Tage vor der Aufnahme bekommt die Schwangere ein Abführmittel und am Morgen selbst ein Klistier. Die Blase muss leer sein. Die Lagerung der Schwangeren richtet sich nach dem Zwecke der Aufnahme. Will man das mütterliche Becken mit aufnehmen, so muss man die Aufnahme in sagittaler Richtung machen. Sind aber die mütterlichen Knochen Nebensache, will man also hauptsächlich das fötale Skelett haben, so wirken die mütterlichen Knochen störend; es empfiehlt sich eine Mittellage zwischen Bauch- und Seitenlage, oder Rücken- und Seitenlage. Während der Aufnahme muss der Atem angehalten werden. Unbedingt erforderlich sind Kompressionszylinder von 13 cm Durchmesser. Die Härte der Röhren soll nicht mehr als 5—6 Walter betragen. Wenn diese Grundsätze, die Verf. noch näher angibt, angewandt werden, ist es möglich, noch nicht sichergestellte Schwangerschaften zu diagnostizieren, oder auch das Vorhandensein von Zwillingen etc. festzustellen.

Labhardt (9) führt den schon in der fünften bis sechsten Woche der Schwangerschaft auftretenden suburethralen, quer verlaufenden, livid verfärbten Streifen Scheidenschleimhaut auf eine Stauung in den querverlaufenden, suburethralen, venösen Gefässen zurück, die eine Verbindung zwischen den Bulbi vestibuli bilden. Dieser Suburethralwulst tritt bei der Mehrzahl der Schwangeren deutlich auf, bei Mehrgeschwängerten in noch höherem Masse. Allerdings tritt diese livide Verfärbung des Suburethralwulstes auch bisweilen bei Tumoren auf, so dass man es nicht als ein absolut sicheres Schwangerschaftszeichen betrachten kann.

Eben legt zur Frühdiagnose der Schwangerschaft sehr viel Wert auf das Dickensonsche Symptom der Zunahme des Uterus im Sagittaldurchmesser und der dadurch vorgetäuschten Anteflexion. Er erkennt die Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Reaktion an, während er mit der von Engelhorn (2) und Wintz angegebenen Methode, durch kutane Impfung mit Plazentarextrakten die Diagnose zu sichern, keine Erfolge hatte.

Esch (3) injizierte je 16 graviden und nichtgraviden Frauen intrakutan Plazentarpresssaft und die durch fraktionierte Fällung mit Ammoniumsulfat aus dem Presssaft gewonnenen Eiweissstoffe. Mehr als einen quantitativen Unterschied in der Reaktion zwischen den Graviden und Nichtgraviden konnte er nicht feststellen.

Zweifel (22) hat die Scheide von Schwangeren mit verschiedenen Lösungen gespült. Er hat in verschiedenen Zeitintervallen sowohl vor als nach den Spülungen das Scheidensekret bakteriologisch und chemisch geprüft. Nach Spü-

lungen mit Sublimat, Kaliumpermanganat, Hydrargyrumoxyzyanat oder Argentum nitricum hat er in einigen Fällen eine günstige Beeinflussung — Abnahme der Kokken, Vermehrung der normalen Döderleinschen Bazillen und stärkeren Säuregehalt — feststellen können. Ebenso mit $^1/_2\,^0/_0$iger Milchsäurelösung. Hingegen zeigten Spülungen mit Borsäure, essigsaurer Tonerde, Lysoform und destilliertem Wasser eher eine ungünstige Wirkung.

2. Serologische Schwangerschaftsdiagnostik.

1. *Abderhalden, E., Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 36.
2. — Die Bedeutung und die Herkunft der sogenannten Abwehrfermente. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6.
3. — Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 36.
4. — Über die Abderhaldensche Schwangerschaftsdiagnose. (Polemik.) Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
5. — Abwehrfermente. Das Auftreten blutfremder Substrate und Fermente im tierischen Organismus unter experimentellen, physiologischen und pathologischen Bedingungen.
6. — Die Schwangerschaftsserodiagnostik mittelst des Dialysierverfahrens und der optischen Methode. Monatsschr. f. Geb. 38. Heft 1.
7. — Der Nachweis der blutfremden Fermente (Abwehrfermente) mittelst gefärbter Substrate. Münch. med. Wochenschr. Nr. 16.
8. — und G. Ewald, Enthält das Serum von Kaninchen, denen ihr eigenes Blutserum bzw. solches der eigenen Art intravenös zugeführt wird, proteolytische Fermente, die vor der Einspritzung nicht vorhanden waren? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
9. *— und Fodor, Weitere Untersuchungen über das Auftreten blutfremder proteolytischer Fermente im Blute Schwangerer. Untersuchungen des Dialysates mittelst Ninhydrin und gleichzeitiger Feststellung seines Stickstoffgehaltes mittelst Mikroanalyse. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14.
10. — und L. Grigorescu, Biologische Prüfung der Ergebnisse des Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14.
11. — — Das Verhalten von Tieren, die plasmafremde Substrate nebst den zugehörigen Fermenten bzw. nur erstere allein im Blute besitzen, gegenüber der parenteralen Zufuhr bestimmter Peptone, Proteine und Serumarten. Münch. med. Wochenschr. Nr. 22.
12. — H. Holle und H. Strauss, Über den Nachweis der Wirkung proteolytischer Fermente des Serums mittelst Enteiweissungsverfahren und Feststellung der Zunahme der mit Ninhydrin reagierenden Stoffe resp. des Stickstoffgehaltes des Filtrates des abgeschiedenen Eiweisses. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15.
13. — und M. Paquin, Über den Nachweis der Wirkung proteolytischer Fermente des Serums mittelst Enteiweissungsverfahren und Feststellung der Zunahme der mit Ninhydrin reagierenden Stoffe resp. des Stickstoffgehaltes des Filtrates des abgeschiedenen Eiweisses. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15.
14. — und F. Wildermuth, Die Verwendung der Vordialyse bei der Fahndung auf Abwehrfermente unter Anwendung des Dialysierverfahrens. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 16.
15. Adachi, S., Beiträge zur Schwangerschaftsdiagnose mittelst des Antitrypsinverfahrens. Zeitschr. f. Gyn. Bd. 76. Heft 2.
16. Allmann, Zur Serodiagnostik nach Abderhalden. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6.
17. Akimota, R., Über die Abderhaldensche Reaktion und ihre Anwendungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 81.
18. Ballerini, Ricerche istochimiche sul grasso e sei lipoidi placentari. Annali di Ost. e Gin. I. Sem.
19. Berman, L., The application of the Ninhydrin reaction to the urines and urine dialysates of pregnant women. The Amer. Journ. of Obst. Aug.
20. Berner, K., Über Absorptionserscheinungen bei dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15.

21. Bisgaard und Korsbjerg, Kritische Bemerkungen zu Abderhaldens Dialysierverfahren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27.
22. Bloch-Vormser, Die Reaktion nach Abderhalden und die Diagnose der Schwangerschaft. Gyn. Jan.
23. Bolaffio, M., Anaphylaxieversuche in Beziehung zur Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2.
24. Brocks, Bericht über Erfahrungen mit der Rosenthalschen Schwangerschaftsreaktion. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 25. Jan. zu Nürnberg.
25. *Budde, Diskussion zu dem Vortrage von Abderhalden: Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Verein d. Ärzte in Halle. Sitzg. vom 8. u. 15. Juli. Münch. med. Wochenschr. Nr. 39. p. 2009. Nr. 45. p. 2213.
26. Csepai, K., Beiträge zur diagnostischen Verwertbarkeit des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23.
27. Deetjen, H., und E. Fraenkel, Der Einfluss der Konzentration der Substanzen auf die Ninhydrinreaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15.
28. Dejust, Susanne, Stellt die Abderhaldensche Reaktion bei der Frau und der Hündin ein wechselseitiges Phänomen vor? Compt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. Tome 76. Nr. 11.
29. Deutsch, F., und R. Köhler, Serologische Untersuchungen mittelst des Dialysierverfahrens nach Abderhalden. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 34. p. 1361.
30. Diner, J., Serumdiagnosis. New York. med. Journ. Nr. 10.
31. *v. Domarus, A., und W. Barzieck, W., Zur Frage der Abwehrfermente. Münch. med. Wochenschr. Nr. 28.
32. *Ecalle, G., Proteolytische antiplazentare Fermente im Serum der Schwangeren. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Ann. 3. Nr. 3.
33. *Echols, Chester M., Limitations of the Dialysis Method as a Practical Test for Pregnancy. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 5.
34. *Eder, A., Über die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41.
35. Esholz, Ch. M., Grenzen der Dialysiermethode als praktischer Schwangerschaftsnachweis. Amer. med. Assoc. Atlantic City. 22.—26. Juni. (Die Resultate waren bei den graviden Fällen stets positiv, bei nicht graviden Fällen aber auch in 12%.)
36. Falls, F. H., und W. H. Welker, Das Auftreten nicht kolloidaler, auf Ninhydrin reagierender Substanzen im Urin. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 23.
37. Fasiani, Über die Abderhaldensche Fermentreaktion. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11. p. 267.
38. Fehser, Über Spezifität der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 5.
39. *Fetzer, Über Spezifität der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Monatsschr. f. Geb. Nov. Heft 5.
40. *— und Nippe, Zum Nachweis der Blutfreiheit der zur Abderhaldenschen Reaktion verwendeten Substrate und Seren. Münch. med. Wochenschr. Nr. 42.
41. *Flatow, L., Über die Abderhaldensche Schwangerschaftsdiagnose. Münch. med. Wochenschr. Nr. 9.
42. — Über die Abderhaldensche Schwangerschaftsdiagnose. (Polemik.) Münch. med. Wochenschr. Nr. 11.
43. — Spezifitätsfrage der sogenannten Abwehrfermente. Deutscher Kongr. f. inn. Med. in Wiesbaden. April.
44. — Über Abbau von Kasein durch Blutserum. Ein Vorschlag zur Bestimmung des „proteolytischen Index". Münch. med. Wochenschr. Nr. 27.
45. Franz, R., Die antiproteolytische Serumwirkung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Bedeutung der Antitrypsinmethode für die serologische Schwangerschaftsdiagnostik. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 3.
46. *Freund, R., und C. Brahm, Weitere Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Reaktion allein und im Vergleich mit der Antitrypsinmethode. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 30.
47. Freymuth, F., Ein Beitrag zur Frage der klinischen Verwertbarkeit des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 17.
48. Fraenkel, E., Technik und Theorie der Abderhaldenschen Reaktion. Naturhist.-med. Verein Heidelberg. 5. Mai.

49. Gaifami, Über die Giftigkeit wässeriger Plazentarextrakte und die abschwächende Wirkung des Blutserums auf dieselben. Pathologia 1913. Nr. 113.
50. Gaujoux, E., Die biologische Diagnostik der Schwangerschaft durch die Reaktion von Abderhalden. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Janv.
51. Gentili, A., Über die innere Sekretion der Decidua im Hinblick auf die Arbeit von J. Schottländer: „Zur Theorie der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion." Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
52. Giusti, La reazione deciduale sul collo dell' utero, sugli au messi e sul peritoneo pelvico in gravidanza uterina e suo modo di produzione. La Gin. 23. p. 693.
53. Goldstone, The physiologic of Abderhaldens test and its value in the determination of pregnancy. Med. Record. 2.
54. v. Graff, E., und P. Saxl, Über die Verdauung von Plazentarpepton durch Serum gemessen mit der Formoltitration. Med. Klin. Nr. 33.
55. *Griesbach, W., Zur quantitativen Ausführung der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion mittelst der Stickstoffbestimmung im Dialysate. Münch. med. Wochenschr. Nr. 18.
56. *Gruss, J., Abderhaldens Seroreaktion. Casopis lékarno ceskych. Nr. 19.
57. Guggisberg, Über den Einfluss innerer Sekrete auf die Tätigkeit des Uterus (Plazentarextrakt, Corpus luteum-Extrakt, Thyreoideasaft, Thymussaft, Presssaft aus einem graviden Kuhuterus, Normalserum, Serum von Schwangeren und von Gebärenden). Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
58. Hamburger, Der gegenwärtige Stand der Erforschung der Abwehrfermente. Med. Klin. 25. p. 1063.
59. Hauptmann, A., Das Wesen der Abwehrfermente bei der Abderhaldenschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 21.
60. Heimann, F., Wert der Antitrypsinbestimmung in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. Heft 6.
61. Herzfeld, E., Über eine kolorimetrische Bestimmungsmethode der mit Triketohydrindenhydrat reagierenden Verbindungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 27.
62. Hiess, Über die Abderhaldensche Fermentreaktion. Gyn. Rundschau. 10. p. 61.
63. *Hirsch, P., Tierexperimentelle Untersuchungen zur Frage der Spezifität der Abwehrfermente. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6.
64. *— Eine neue Methode zum Nachweis der Abwehrfermente. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 31.
65. Hirschfeld, Schwangerschaftsdiagnose nach Abderhalden und ihre wissenschaftliche Grundlage. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
66. *Hüssy, Eine Vereinfachung der Schwangerschaftsdiagnose nach Abderhalden. Zentralbl. f. Gyn. 25. p. 897.
67. *Jaffé, H., und E. Pribram, Experimentelle Untersuchungen über die Spezifität der Abwehrfermente mit Hilfe der optischen Methode. Münch. med. Wochenschr. Nr. 43.
68. Jamison, C., Über die Gegenwart dialysabler, mit Ninhydrin reagierender Stoffe im Urin. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 14.
69. Jellinghaus und Losee, Die Serumdiagnose der Schwangerschaft vermittelst der Dialysiermethode. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. April.
70. Kafka und Pförringer, Experimentelle Studien zur Frage der Abwehrfermente. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1255.
71. Kämmerer, H., Über das Abderhaldensche Dialysierverfahren. (Polemik.) Münch. med. Wochenschr. Nr. 11.
72. Kämmerer, H., Über das Abderhaldensche Dialysierverfahren. Münch. med. Wochenschr. Nr. 9.
73. Karas, Prseradska, Abderhaldens Reaktion. Medyc. i kronika lekarska. Nr. 19.
74. *Kastan, M., Über die Bedeutung der kaseinspaltenden Fermente. Münch. med. Wochenschr. Nr. 43.
75. Keim, G., und Vigot, Die Moriz Weisssche Reaktion in der Geburtshilfe. Presse méd. Ann. 22. Nr. 16.
76. King, The serum reaction in pregnancy and cancer by the coagulation method. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 24. p. 296.
77. Kirschbaum und Köhler, Die Differenzierung von Bakterien mittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 24.

78. Kjoergaard, S., Abderhaldens Reaktion. II. Om Reaktionen ved Graviditet dens Metodik og Specifitet; Undersógelser af Sunde Kvinder post-og praemenstruelt. (Über die Reaktion bei der Schwangerschaft, ihre Methodik und Spezifität; Untersuchungen von gesunden Frauen post- und prämenstruell.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 673, 690 u. 705—713. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. experiment. Therap. Bd. 22. Heft 1. p. 31—58. (O. Horn.)
79. — Abderhaldens Reaktion. (Übersichtsartikel.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 8—23. (O. Horn.)
80. *Kjoergaard, S., Die Reaktion von Abderhalden. Aus dem staatlichen Seruminstitut und der Entbindungsabteilung A des Reichshospitals. Hospitalstidende Nr. 12 u. 13. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 31.
81. — Über Abderhaldens Graviditätsreaktion, ihre Methodik und Spezifität. Untersuchungen von gesunden Frauen post- und prämenstruell. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. experiment. Therapie. Bd. 22. Heft 1. Münch. med. Wochenschr. Nr. 44. p. 3173.
82. Krupsky, A., Die klinische Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion. Russki Wratsch. Nr. 12.
83. Lahm, W., Zur Frage der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 23.
84. *Lampé, A. E., Serologische Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. bei Gesunden und Kranken. Studien über die Spezifität der Abwehrfermente. Münch. med. Wochenschr. Nr. 9.
85. *Lange, Carl, Erfahrungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren. Biochem. Zeitschr. Bd. 61. Heft 3/4.
86. — Untersuchungen über das Abderhaldensche Dialysierverfahren. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17.
87. Lettich, The serum diagnosis of pregnancy and of cancer. Brit. med. Journ. July.
88. Lichtenstein, Stephanie, und Hage, Über den Nachweis von spezifischen Fermenten mit Hilfe des Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 17.
89. Lindemann, Diskussion zu Abderhaldens Vortrag: Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Verein d. Ärzte zu Halle. Sitzg. vom 8. u. 15. Juli. Münch. med. Wochenschr. Nr. 44.
90. — W., Über Beeinflussung der Abderhaldenschen Reaktion durch Cholesterin. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 4. Heft 2.
91. Lindig, Paul, Zur Substratfrage bei der Anwendung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 30.
92. Lohmeyer, G., Über das Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität, puerperalen Erkrankungen und Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2.
93. Le Lorrier, Abderhaldensche Reaktion und Schwangerschaftsdiagnose. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 1. p. 20.
94. *Maccabruni, Contributo alla migliore conoscenza dei metodi di Abderhalden applicati alla siero diagnosi della gravidanza. Annali di Ost. e. Gin. I. Sem. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 13.
95. *Mayer, A., Über das Abderhaldensche Dialysierverfahren. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 2.
96. Melikjanz, O., Beitrag zur Technik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 23.
97. — Über die Anstellung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens mit der Kochschen Tuberkulinbazillenemulsion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27.
98. Meyer-Betz, Ryhiner, P. und W. Schweisheimer, Zur Frage der Spezifität und klinischen Brauchbarkeit der Abderhaldenschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 22. Zentralbl. f. Gyn. 31. p. 1119.
99. *Michaelis, L., und L. v. Lagermarck, Die Abderhaldensche Schwangerschaftsdiagnose. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7.
100. Mironowa, S. M., Serodiagnostik der Schwangerschaft nach Abderhaldens Dialysiermethode. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 803.
101. *Mosbacher, Ed., und Fr. Port, Beitrag zur Anwendbarkeit des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28.
102. *Nieden, Herm., Zur Methodik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 45.

103. Nieszytka, L., Untersuchungen zum Abderhaldenschen Verfahren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30.
104. *Oeller, H., und R. Stephan, Kritik des Dialysierverfahrens und der Abwehrferment-reaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31.
105. — Über den klinischen Wert der Abderhaldenschen Blutfermentreaktionen. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 21. Juli. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 43.
106. *Otto, R., und G. Blumenthal, Erfahrungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41.
107. Parhon, C., und Parhon Maria, Untersuchungen über die Serumreaktion von Abderhalden mit Milchdrüse bei Schwangeren und während der Laktation. Med.-chir. Kongr. rumän. Ärzte. Bukarest. April.
108. Partos, E., und R. d'Ernst, Beitrag zum Studium der Serodiagnostik der Schwangerschaft nach der Methode von Abderhalden. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Ann. 3. Nr. 3.
109. Peiper, Albrecht, Über Adsorptionserscheinungen bei der Abderhaldenschen Reaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29.
110. Pfeiffer, Herm., I. Mitteilung: Über das Auftreten peptolytischer Fermente im Serum verbrühter Kaninchen. II. Mitteilung: Über die Ausscheidung eines peptolytischen Fermentes im Harn bei verschiedenen Formen der Eiweisszerfallstoxikosen (Verbrühung und Hämolysinwirkung). Münch. med. Wochenschr. Nr. 20 u. 24.
111. Pollitzer, Der Nachweis peptolytischer Fermente nach Abderhalden ohne Dialyse durch Enteiweissung mittelst Chondroitinschwefelsäure. Wiener med. Ges. März.
112. Primsar, F., Beitrag zur Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
113. *Rohrhurst, K., Erfahrungen der Heidelberger Klinik mit der Abderhaldenschen Reaktion. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Heft 2.
114. *Rominger, Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Reaktion. Vortrag in der Freiburger med. Ges. Sitzg. vom 19. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28.
115. Rosenthal, F., und H. Biberstein, Experimentelle Untersuchungen über die Spezifität der proteolytischen Serumfermente. Münch. med. Wochenschr. Nr. 16.
116. Ross and Singer, Point to be considered in use of Abderhalden reaction. Arch. of Internal Med. Chicago. Oct. XL. Nr. 4.
117. *Schiff, E., Über die Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Reaktion in der Diagnose der Schwangerschaft. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14.
118. Schottländer, Z., Zur Theorie der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion sowie Anmerkungen über die innere Sekretion des weiblichen Genitales. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
119. Schwarz, E., Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Blutuntersuchungsmethode. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Juli.
120. Schwarz, Henry, Value of Abderhaldens Biologic Reactions to the Obstetrician and Gynecologist. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 5.
121. *Singer, Über die Spezifität des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 7.
122. Skeel und Stoner, Ein Jahr des Arbeitens mit dem Abderhaldenschen Verfahren. Med. Record. 17. Okt. p. 689.
123. Stephan, R., Die Natur der sogenannten Abwehrfermente. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 15.
124. Stoner, Willard und Skeel, The Abderhalden serological test for pregnancy a preliminary report of 150 cases. Cleveland med. Journ. Vol. 13. Nr. 6.
125. *Stresemann, Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens bei Schwangerschaft und gynäkologischen Erkrankungen, einschliesslich Karzinom. Gyn. Rundschau. Heft 17 u. 18.
126. Swart, S. P., und A. J. L. Terwen, Notiz zur Technik der Serumreaktion nach Abderhalden. Münch. med. Wochenschr. Nr. 11.
127. Tara, G., and P. Kochneva, Abderhaldens Test for Serodiagnosis. Russky Wratsch XIII. Nr. 26.
128. Thompson, Influence of the Thyroid on Pregnancy and Lactation. Surg., Gyn. and Obst. August 1913.
129. *Veit, J., Diskussion zu Abderhaldens Vortrag: Die experimentellen Beweise für das Vorkommen von Abwehrfermenten unter verschiedenen Bedingungen. Verein der Ärzte in Halle.] Sitzg. vom 8. u. 15. Juli. Münch. med. Wochenschr. Nr. 43.

130. Voelkel, E., Zur Serodiagnostik von Infektionskrankheiten mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 7.
131. De Waele, H., Zur Technik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 7.
132. *Wallis, M., und H. Williamson, The Serum Diagnosis of Pregnancy. Proc. Royal Soc. Med. Vol. 7.
133. *— The Value of Abderhaldens Tests in the Diagnosis of Pregnancy. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2.
134. Warfield, L., Die Anwesenheit von dialysablen Stoffen, die mit Abderhaldens Ninhydrin reagieren, im Harn von Schwangeren. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 6.
135. Wegener, Erich, Zur Frage der Geschlechtsspezifität der Abderhaldenschen Abwehrfermente und über die Beeinflussung der Abbauvorgänge durch Narkotika. Münch. med. Wochenschr. Nr. 32.
136. Weinberg, M., Zur Technik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens (Angabe eines Kochapparates). Münch. med. Wochenschr. Nr. 31.
137. — Technik des Dialysierverfahrens. Verein d. Ärzte in Halle. Sitzg. vom 15. Juli.
138. Welsch, H., Die Diagnostik der Schwangerschaft nach dem Verfahren Abderhaldens, ihre Anwendung für die gerichtliche Medizin. Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. Tome 21. Cah. 6.
139. Wohl, M. G., Der gegenwärtige Stand der Reaktion nach Abderhalden. New York. med. Journ. Bd. 99. Nr. 22.
140. Wolff, G., Die biologische Diagnose der Schwangerschaft nach Abderhalden. Monatsschr. f. Geb. 38. Heft 4.
141. Ysabolinsky, M. P., Die Abderhaldensche Reaktion und ihre Bedeutung für die Praxis. Nowoje w Med. Jahrg. 8. Nr. 5.

Das Serum von Schwangeren enthält proteolytische Fermente, die Plazentaeiweiss abzubauen imstande sind, während das Serum Nichtgravider diese Fermente nicht besitzt. Mittelst der optischen Methode und mittelst des Dialysierverfahrens wurden diese Feststellungen gemacht. Nach Abderhalden und Fodor (9) ergaben diese ganz verschiedenen Verfahren völlig übereinstimmende Resultate. Während bisher die Frage nach dem Abbau oder Nichtabbau von Plazentareiweiss durch Serum bestimmter Herkunft nur mittelst des Ninhydrins entschieden wurde, haben sie sie jetzt noch durch Stickstoffbestimmungen im Dialysat zur Entscheidung gebracht. Die Verfasser geben ausführlich an, wie die Versuche auszuführen sind und geben den Rat, immer, sowohl die Ninhydrinprobe als auch die Stickstoffbestimmung, im Dialysat anzustellen. Zu dem gleichen Resultate kommt Griesbach (55) bei seinen Versuchen.

Allmann (16) hatte bei seinen serologischen Untersuchungen nach Abderhaldens Dialysierverfahren bei Gravidität eindeutige Resultate, während sie bei Myomen, Karzinomen und entzündlichen Prozessen versagten.

Abderhalden bespricht in einem Vortrag im Verein der Ärzte zu Halle das Wesen und die Entstehung seiner Lehre. Er führt eine grosse Reihe von Apparaten zur Demonstrierung seiner Methodik vor. Er sagt, dass die ganze Schwäche seiner Methodik darin beruht, dass nur streng spezifische Substrate verwendet werden dürfen. Der Nachweis der Spezifität ist nur möglich mittelst genauer histologischer Untersuchung und biologischer Einstellung.

In der an den Vortrag von Abderhalden sich anschliessenden Diskussion fasst Budde (25) seine Ansicht über den klinisch-diagnostischen Wert der Abderhaldenschen Methode in folgenden Sätzen zusammen:

1. Abgesehen von der einwandfreien Beherrschung des rein Technischen muss die genaue histologische Untersuchung der Organe auf das peinlichste durchgeführt werden; denn die Feststellung der Kongruenz bzw. Inkongruenz zwischen dem die Abwehrfermente hervorrufenden und dem zur Untersuchung dienenden Gewebe ist für die Beurteilung der klinischen Anwendbarkeit der Methode von grösster Bedeutung.

2. Sämtliche Organe müssen unter strengen Bedingungen geaicht werden.

3. Als beweisend kann auch bei Beobachtung dieser Vorschriften nur der positive Ausfall einer Reaktion angesehen werden; bei negativem Ausfall stellen wir die Diagnose nur per exclusionem, da wir bei der anscheinend sehr strengen Spezifität der Abwehrfermente nicht generell sagen können: Karzinom negativ oder Sarkom negativ, sondern unser Urteil nur in bezug auf Tumoren von analogem Bau wie die zur Untersuchung dienenden Substrate fällen können.

4. Es müssen möglichst viele Organsubstrate für die Untersuchung verwandt werden; als massgebend für die Beurteilung der Methode sind streng genommen nur diejenigen Fälle anzusehen, bei denen die histologische Untersuchung nach Operation oder Sektion eine sichere Unterlage für den Vergleich zwischen Ursache und Wirkung des fermentativen Abbaues ermöglicht.

Veit (129) tritt ebenso wie früher für die Spezifität der Fermente der Gravidität für die Methode der Schwangerschaftsdiagnostik ein; abweichende Ergebnisse führt er auf Fehler in der Technik und auf einzelne noch weiter zu studierende Verhältnisse zurück. An seiner Klinik wurde infolgedessen auch weniger darüber gearbeitet, ob die Methode richtig ist, sondern darüber, welche weiteren Fortschritte dadurch gewonnen werden können.

v. Domarus und Barzieck (31) halten es auf Grund ihrer eigenen zahlreichen Untersuchungen über die Abwehrfermente für verfrüht, schon jetzt die Frage der praktischen Brauchbarkeit des Verfahrens zu entscheiden, geschweige denn, es bereits als diagnostisches Hilfsmittel am Krankenbett zu benutzen. Im ganzen haben sie 170 Fälle untersucht. Davon waren 66 sichere Graviditäten, 72 normale bzw. leichtkranke Fälle (nicht gravide, nicht karzinomkranke, nicht fiebernde) und 23 maligne Tumoren. Der Rest betrifft verschiedenartige Erkrankungen. Bei den 66 Graviditäten war in der grossen Mehrzahl starker Plazentaabbau zu finden, in vier Fällen hiervon fehlte dagegen, auch bei mehrfacher Untersuchung, der Plazentaabbau vollständig, in fünf Fällen war der Abbau äusserst schwach. Der Abbau anderer Organe durch Schwangerschaftsserum war verschieden. Oft wurde Leber abgebaut, ohne dass Zeichen einer Leberaffektion bestanden, ferner Niere, Magenkarzinom, Mammakarzinom, Schilddrüse, Grosshirn und Pankreas. In den vier Fällen von Gravidität, bei denen kein Plazentaabbau stattfand, gaben auch andere Substrate keine positive Reaktion. Ihre theoretische Auffassung, zu der sie ihre Untersuchungen geführt haben, sind kurz folgendermassen zu formulieren: Man braucht keineswegs die Spezifität gewisser im Blute kreisender Fermente, die auf bestimmte Substrate eingestellt sind, prinzipiell in Abrede zu stellen, und dennoch wäre die Möglichkeit denkbar, dass in vielen Fällen der spezifische Charakter dieser Fermente nicht zutage tritt, weil ihr Vorhandensein durch die gleichzeitige Gegenwart anderer, weniger spezifisch eingestellter Fermente maskiert wird. Dass derartige unspezifisch wirkende Fermente neben den spezifischen gewissermassen nebenher laufen, geht besonders deutlich aus ihren Versuchen über den Abbau von Blutungen hervor. Unter 66 Seren bauten 25 deutlich Blutserum ab. Es scheint demnach die Annahme am meisten für sich zu sprechen, dass man es mit einer Summe verschiedenartiger Fermentwirkungen zu tun hat, deren Komponenten in einer Reihe von Fällen zum Teil spezifischen Charakter tragen. Wenn nun in einem bestimmten Fall diese spezifischen Komponenten dominieren, so fällt das Gesamtresultat im Abderhaldenschen Sinne aus, während in anderen Fällen das spezifische Resultat latent bleibt.

Ecalle (32) hat bei einer grossen Anzahl Frauen nach den ersten Veröffentlichungen Abderhaldens Untersuchungen angestellt und hatte hierbei vollkommen unsichere Resultate erzielt. Er ging dann nach Halle, um bei Abderhalden die Methode genau zu lernen. Er kommt nun zu folgenden Schlüssen: Da das Schwangerenserum schon vom ersten Monat an proteolytische, anti-

plazentare Fermente enthält, gibt es stets positive Abderhaldensche Reaktion. Die Hauptsache ist, dass das Serum von einer gesunden Frau stammt. Die Reaktion bleibt im allgemeinen bis drei Wochen nach der Entbindung positiv. Falls der Fötus abstirbt, kann die Reaktion negativ werden. Dasselbe gilt von der Extrauteringravidität. Das Serum von Nichtgraviden hat in 30% positiv reagiert, allerdings war die Reaktion schwächer. Stammte aber das Serum von Nichtgraviden, die an stärkeren Blutungen gelitten oder Karzinom hatten, dann fiel die Reaktion stärker aus. Da Verf. annimmt, dass die Misserfolge zum Teil auf technische Mängel — vielleicht unzureichende Befreiung der Sera von Blutkörperchen — zurückzuführen sind, stellt er jetzt eine spektroskopische Untersuchung eines jeden Serums auf Hämoglobin an. Über die so gewonnenen Resultate erlaubt er sich noch kein Urteil. Jedenfalls schliesst er, dass eine negative Reaktion absolut sicher gegen das Bestehen einer Schwangerschaft spricht, dass aber eine positive Reaktion — in Anbetracht, dass auch nichtgravide, aber gynäkologisch kranke Frauen positiv reagieren — nur einen sehr zweifelhaften Wert hat.

Nach Echols (33) ist das Abderhaldensche Dialysierverfahren in seinem jetzigen Entwicklungsstadium hauptsächlich im negativen Sinne beweisend, d. h., wenn das Serum einer Frau eine negative Reaktion gibt, kann man sagen, dass sie nicht schwanger ist, hingegen kann man bei einer positiven Reaktion nur sagen, dass sie wahrscheinlich schwanger ist, denn nach der jetzigen Technik geben 10—15% von Nichtgraviden positive Reaktion.

Auch Eder (34) kommt zu dem Schlusse, dass man bei negativem Ausfall mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Schwangerschaft ausschliessen kann, dass aber eine positive Reaktion auch durch Karzinom, Lues und eitrige Prozesse hervorgerufen werden kann.

Fetzer und Nippe (40) kommen nach vielen angestellten Versuchen zu der Ansicht, dass die Leuko-Malachitgrün-Reaktion in der von ihnen angegebenen Form die schärfste und zuverlässigste Prüfung ist für die Hämoglobinfreiheit der zur Abderhaldenschen Reaktion zu verwendeten Seren und Substrate. Die Leuko-Malachitgrün-Reaktion ist geeignet, die Fehlerquellen, die in Verunreinigung der Seren und Substrate durch Hämoglobin zu suchen sind, rasch und sicher aufzudecken.

Fetzer (39) hat im ganzen 59 Seren untersucht und hierbei immer mindestens Doppelbestimmungen gemacht. Von intrauterin Graviden hat er 29 Seren untersucht. Mit Ausnahme eines Falles, bei dem die positive Reaktion so schwach war, dass eine Diagnose nicht ausgesprochen werden konnte, haben sie alle positiv reagiert. Die Stärke der Reaktion war wechselnd, meist jedoch war sie am Ende der Gravidität weit schwächer als in den ersten Monaten. Bei 19 sicher Nichtgraviden, bei denen weder Karzinom noch entzündliche fieberhafte Erkrankungen vorhanden waren, ist nur in einem Fall eine Fehldiagnose bei Myom zu verzeichnen. In allen übrigen Fällen hat das Serum Plazentaeiweiss nicht abgebaut. In dem Fall der Fehldiagnose wurde nachträglich die Hülse als schadhaft erkannt. Unter fünf Fällen von Karzinomkranken und von Patienten mit entzündlicher Adnexerkrankung war die Reaktion nur einmal positiv, und zwar bei einem Falle von ausgedehntem Douglasexsudat mit parametraner Eiterung, wobei es klinisch zweifelhaft blieb, ob der Abszess nicht auf Grund einer vereiterten Hämatocele e graviditate tubaria entstanden war. Ferner wurde die Reaktion angewendet bei fünf Fällen von ektopischer Gravidität, deren Vorhandensein durch die nachfolgende Operation bestätigt wurde. Die Reaktion hat in allen diesen Fällen durch deutlichen Abbau plazentaren Gewebes die Anwesenheit eines Schwangerschaftsproduktes ergeben. Andere Organe als Plazenta wurden durch Schwangerenserum in keinem Falle abgebaut.

Nach Flatow (41—44) wird Plazenta von jedem Serum — auch von männlichem — abgebaut. Die Sera von Graviden geben nicht immer die grösste

Reaktionsstärke. Die proteolytischen Fermente normalen Blutserums bauen das Organeiweiss der Plazenta völlig unspezifisch und auch quantitativ regellos ab.

Freund und Brahm (46), die im vergangenen Jahre über ihre Resultate, die sie bei Schwangeren und Nichtschwangeren mit beiden von Abderhalden vorgeschlagenen Methoden (Optik und Dialyse) berichtet haben, haben späterhin vorzugsweise nur mit der für die Praxis wärmer empfohlenen Methode des Dialysierverfahrens, und zwar unter strikter Befolgung der nach Abderhalden angegebenen verschärften Vorschriften gearbeitet. Sie haben 150 Fälle untersucht, darunter 114 von normaler und pathologischer Gravidität aus verschiedenen Monaten und 36 normale und pathologische Fälle von Nichtgraviden und Männern. Nur bei drei Nichtgraviden haben sie allein die optische Methode angewandt. Bei 103 Fällen von diagnostisch sichergestellten Graviditäten hatten sie 18,4% Versager, unter 32 Fällen von Nichtgraviden (darunter 10 Männer) 53,1% Versager. Versuche mit Vordialyse in 12 Fällen und nach dem Enteiweissungsverfahren nach Michaelis in acht Fällen fielen etwas günstiger aus. Die Vordialyse halten die Verff. besonders in den Fällen für angebracht, in denen das Serum allein mit ninhydrinreagierenden Stoffen stark angereichert ist, z. B. häufig bei Eklampsie, bei kachektischen Zuständen im Gefolge von Phthise und Karzinom. Das Enteiweissungsverfahren lieferte gute Resultate, aber die Reaktionen fielen schwächer aus, da wohl ein Teil der Abbaustufen durch das Koagulationsverfahren mit niedergerissen wird und sich so der Reaktion entzieht. Die Plautschen Befunde, nach denen bei der Dialyse auch unter ausschliesslicher Anwendung anorganischer Substrate (Kieselgur, Baryumsulfat, Talkum, Kaolin) ausgelöst werden, wurden unter 58 Fällen 40 mal bestätigt.

Für die Praxis kommt nach den Verff. das Abderhaldensche Verfahren zunächst noch nicht in Betracht und sie haben deshalb Vergleichsversuche mit der Antitrypsinmethode bei 64 Fällen angestellt. Die Resultate waren bei beiden Methoden nicht glänzend, aber immerhin zeigte sich ein Überwiegen der besseren Resultate auf Seiten der antitryptischen Methode. Ausserdem hat sie den Vorzug der technisch bequemeren Handhabung, der kürzeren Zeitdauer, der grösseren Billigkeit und leichteren Resultatprüfung.

Gruss (56) beschreibt ausführlich die Untersuchungsmethoden mit ihrer theoretischen Begründung und betont die Unverlässlichkeit der Dialysierhülsen. Die Dialysiermethode benutzte er bei 21 Puerperae stets mit positivem Resultat. Positive Reaktion wurde auch bei einigen entzündlichen Prozessen und Tumoren beobachtet. Bei Eklampsie wurden keine nennenswerten Unterschiede in der Reaktion konstatiert. Ohne klinische Beobachtung und ohne manuelle Untersuchung besonders in zweifelhaften Fällen ist es nicht möglich, durch die Reaktion eine sichere Diagnose zu stellen.

Hirsch (63) hat tierexperimentelle Versuche angestellt, um zu erforschen, ob die Abwehrfermente, die der tierische Organismus nach parenteraler Zufuhr von Plazenta- resp. von Uteruskarzinomgewebe mobil macht, insofern spezifisch sind, dass das Serum der mit Plazentagewebe behandelten Tiere nur Plazentagewebe, das der mit Uteruskarzinomgewebe behandelten Tiere nur Uteruskarzinomgewebe abbauende Abwehrfermente aufweist. Als Versuchstiere benutzte er Hunde und Kaninchen. Er spritzte ihnen mehrere Male teils intravenös, teils intraperitoneal äusserst fein zerteiltes Plazenta- resp. Uteruskarzinomgewebe ein. Das Gewebe wurde mittelst Äther und Chloräthyl gefroren und dann ganz fein geschnitten. Das Blut wurde dann aus der Karotis entnommen. Die Organe wurden streng nach den Abderhaldenschen Vorschriften und nach den Anforderungen von Joh. Fischer (Deutsche med. Wochenschr. 1913, S. 2138 und 2141) behandelt.

Die Versuche haben ergeben, dass das Serum der mit Plazentagewebe behandelten Tiere nur Plazentagewebe, nicht jedoch Uteruskarzinomgewebe abgebaut haben und ebenso umgekehrt.

Später beschreibt er (64) eine neue Methode zur quantitativen Verfolgung der Abwehrfermentwirkung. Sie beruht darauf, dass die durch den Abbau eines bestimmten Substrates durch spezifische Fermente bewirkte Peptonbildung in einem Serum eine Konzentrationsänderung verursacht, die durch den Vergleich mit einer unter gleichen Bedingungen aufgehobenen Probe desselben Serums ohne Substrat mit Hilfe des Löwe-Zeissschen Interferometers quantitativ bestimmt werden kann. Diese Untersuchungen ergaben eine völlige Spezifität der Abwehrfermente.

Nach Hüssy (66) kommen falsche Ergebnisse äusserst selten vor, höchstens 1 %. Diese erklären sich meist durch technische Fehler oder durch schlecht geprüfte Hülsen. Die Hauptfehlerquelle liegt in der Schwierigkeit, eine einwandfreie Plazenta herzustellen, die mit Ninhydrin absolut nicht mehr reagiert. Die Höchster Farbwerke haben nun ein trockenes, einwandfreies, haltbares Plazentaeiweiss hergestellt, das an Stelle des bisher angewandten, ausgekochten Plazentagewebes verwendet wird, und mit dem der Verfasser gute Resultate erzielt hat. Über das neueste Präparat der Höchster Farbwerke „haltbare feuchte Plazenta" erlaubt er sich noch kein Urteil.

Jaffé und Pribram (67) haben experimentelle Untersuchungen über die Spezifität der Abwehrfermente mit Hilfe der optischen Methode angestellt und sagen, dass die von Abderhalden festgestellte Organspezifität der Abwehrfermente im Tierversuch eindeutig nachweisbar ist, wenn man die Versuchsbedingungen so wählt, dass die Verhältnisse der Physiologie und Pathologie nachgeahmt werden.

Nach den Versuchen von Kastan (74) über die Bedeutung der kaseinspaltenden Fermente hat es den Anschein, als ob es mit der Ninhydrinreaktion gelänge, die Spaltung des Kaseins nur bei puerperalen oder laktierenden Frauen nachzuweisen. Das Serum gravider Frauen, das Serum von Männern und normalen Frauen zeigte niemals Spaltungserscheinungen mit der erwähnten Farbreaktion. Hierbei war es ganz gleichgültig, ob die Puerperalen völlig normal waren oder ein psychisches oder organisches Nervenleiden aufwiesen.

Kjoergaard (78—81) prüfte bei mehr als 300 Sera die Abderhaldensche Reaktion. Der Unterschied, der durch die Reaktion zwischen Schwangeren und Nichtschwangeren nachgewiesen werden kann, ist nur quantitativer Natur. Man kann durch Modifikationen nachweisen, dass jedes Serum gegenüber Plazentagewebe proteolytische Fähigkeit hat. Deshalb muss bei Versuchen grosses Gewicht auf die quantitativen Verhältnisse gelegt werden. Bei Dialysierversuchen bekommt man eine genauere Beurteilung des proteolytischen Vermögens durch Aufstellung einer Reihe von Versuchen mit aufsteigender Dialysezeit. Das Serum von Schwangeren reagiert stärker als das Serum normaler Individuen, doch kann die proteolytische Fähigkeit auch bei Krankheiten (Karzinom, Salpingitis, Achylie, Metrorrhagien usw.) vermehrt sein, so dass das Serum solcher Patienten stärker reagieren kann als das Serum von Schwangeren. Der diagnostische Wert muss aus diesen Erfahrungen beurteilt werden. Die normal vorkommende proteolytische Fähigkeit ist bei der Frau zyklischen Schwankungen unterworfen; von Menstruation zu Menstruation mit Steigerungen in dem prämenstruellen Stadium. Diese prämenstruelle Steigerung veranlasst ähnliche Reaktionen wie bei Gravidität und spielt deshalb eine grosse Rolle neben der theoretischen Bedeutung, die sie möglicherweise für die Erklärung der proteolytischen Fähigkeit während der Schwangerschaft hat.

Lampé (84) unterscheidet streng zwischen einer Organspezifität und einer Artspezifität der Abwehrfermente. Nach seinen Untersuchungen besteht keine Artspezifität, wohl aber eine absolute Organspezifität. In rein diagnosti-

scher Hinsicht ist der grosse Wert der Abwehrfermente bei der Karzinom- und Schwangerschaftsdiagnose nach seiner Meinung ausser jedem Zweifel.

Auf Grund seiner zahlreichen Untersuchungen schliesst Lange (85), dass das Abderhaldensche Dialysierverfahren in der von ihm angegebenen Form nicht immer richtige Resultate haben kann, insbesondere konnte er eine Spezifität der Serumfermente bei Graviden nicht feststellen. Die Fehlresultate schwankten bei verschiedenen Erkrankungen zwischen 30 und 65%.

Maccabruni (94) erhielt einen positiven Erfolg bei etwa 50 Schwangeren; bei vier Fällen war die Reaktion eine zweifelhafte oder eine negative. Bei allen Kontrollversuchen fiel die Reaktion beständig negativ aus. Die Abderhaldensche Reaktion kann daher sehr gute Dienste für die Schwangerschaftsdiagnose leisten. Die Reaktion tritt schon zu Anfang der Schwangerschaft ein und hält mindestens zwei Wochen nach der Entbindung an. Gelegentliche Krankheiten während der Schwangerschaft und des Wochenbettes üben keinen Einfluss auf den Ausgang der Reaktion aus. Dieselbe fällt auch bei Traubenmole und bei extrauteriner, noch fortschreitender oder erst seit kurzer Zeit unterbrochener Schwangerschaft positiv aus. Gelegentlich wird das Plazentargewebe auch vom fötalen Serum verdaut. Die Zerebrospinalflüssigkeit Gravider besitzt kein Verdauungsvermögen auf das Plazentaeiweiss — Manchmal erhält man positive Reaktion aus dem Gemisch von fötalem und mütterlichem Serum; die verdauende Wirkung scheint eine wechselartige zu sein. Amnionflüssigkeit sowie Harn des Fötus können bisweilen eine scheinbar positive Reaktion geben wegen der in ihnen schon vorher bestehenden dialysierbaren Stoffe. (Cesare Decio.)

Unter 94 sicher Graviden haben bei den Versuchen von Mayer (95) vier Plazenta nicht abgebaut. In einer dieser Fehlreaktionen lag eine starke Anämie vor. Man könnte daran denken, dass darum die Schutzstoffbildung unterblieb. Indes hat ein anderer Fall mit Anämie positiv reagiert. Zwei weitere Fälle der Fehlreaktionen litten an starker Emesis in der Frühschwangerschaft. Bei einem derselben konnte er nach Ausheilung der Emesis eine positive Reaktion feststellen. Da drei andere Fälle von Emesis positiv reagierten, spricht der negative Ausfall der Reaktion vielleicht für die toxische Form des Schwangerschaftserbrechens und der positive Ausfall für die nichttoxische. Von ähnlichen Gesichtspunkten aus hat man nach dem Ausfall der Abderhaldenschen Reaktion eine Prognose bei der Eklampsie zu stellen versucht, ohne aber noch zu einem bestimmten Resultat gekommen zu sein. Auch Urin Eklamptischer hat Mayer auf Plazenta einwirken lassen, um ihn auf Schutzstoffe gegen Plazenta zu unteesuchen. Es lässt sich aber vorerst noch nicht sagen, ob sich Unterschiede ergeben zwischen normalem Urin und solchem von Patienten mit Graviditätstoxikosen.

Auch durch Muttermilch wurde Plazenta abgebaut, ein Zeichen, dass in der Muttermilch Schutzkörper auf den Säugling übergehen können. Im Fruchtwasser wurden noch keine Schutzfermente gefunden, während das zugehörige Kind sie besass. Vielleicht ist daraus zu schliessen, dass das Fruchtwasser kein Transsudat der mütterlichen Gefässe sein kann, in denen ja Schutzfermente sind. Blasenmole wurde verschieden stark, aber immer schwächer als Normalplazenta abgebaut.

Unter 71 Nichtgraviden haben 14 Fehlreaktionen gegeben. Unter diesen 14 waren 7 maligne Tumoren. Mayer betont, dass es ein Unrecht wäre, aus diesem Grunde die Abderhaldensche Reaktion als nicht spezifisch zu verwerfen. Er hat fernerhin noch Untersuchungen bei gynäkologisch erkrankten Frauen angestellt.

Michaelis und Lagermarck (99) können, obgleich sie die Vorschriften Abderhaldens genau befolgt haben, nicht bestätigen, dass sich Schwangerenserum anders verhält als das Serum von Nichtschwangeren und Männern. Serum + Plazenta reagierte bald positiv, bald negativ, ebenso Serum allein. Da die

Dialysierhülsen oft als Grund der Misserfolge angegeben wird, arbeiteten sie später mit der von Michaelis und Rona angegebenen Methode: Enteiweissung des Blutserums mit Hilfe von kolloidalem Eisenhydroxyd, ohne aber andere Resultate zu erzielen..

Das Gesamtergebnis der Versuche von Mosbacher und Port (101) war folgendes:

Von	50 Graviden	25 Männern	25 Frauen (nongravidae)
waren	70 % +	56 % +	28 % +
	20 % −	36 % −	28 % −
	10 % + −	8 % + −	44 % + −

Ob dieses unbefriedigende Resultat an den nicht ausschaltbaren Fehlerquellen der mangelhaften Methodik – unzuverlässige Durchlässigkeit der Hülsen für Seidenpepton – oder an der Nichtspezifität der Abwehrfermente oder an beiden gelegen ist, wollen sie dahingestellt sein lassen. Jedenfalls wollen sie von einer Anwendung der Methode bei inneren Erkrankungen vorerst absehen.

Nieden (102) kommt durch Untersuchungen über die Methodik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens zu dem Schlusse, dass nur trocken sterilisierte Reagenzgläser zu benützen sind, da z. B. bei Verwendung eines mit Äther ausgeschwenkten Reagenzglases beim Vorhandensein ninhydrinreagierender Stoffe die Reaktion, die sonst negativ ausfallen würde, in eine stark positive umgewandelt wird.

Nach den Erfahrungen, die R. Otto und G. Blumenthal (106) mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren gesammrlt haben, lässt sich eine Spezifität der sogenannten „Abwehrfermente" nicht nachweisen. Gravidensera bauen fast regelmässig Plazenta ab, aber dem positiven Ausfall der Reaktion kann nur eine beschränkte diagnostische Bedeutung zugesprochen werden, da auch andere Sera, besonders die von Karzinomkranken, mit Plazenta eine positive Ninhydrinreaktion geben. Der negative Ausfall spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit gegen bestehende Gravidität. Auch das Serum von Dementia praecox-kranken Männern gibt mit Plazenta stets eine positive Reaktion.

Oeller (104) berichtet über die Resultate, die er in Gemeinschaft mit Stephan bei der Untersuchung von ca. 500 Seren mittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens erhalten hat. Er hat weder mit der Originalmethode Abderhaldens noch mit weitgehenden Verschärfungen der Methode klinisch brauchbare Ergebnisse erzielt. Seine Resultate sind kurz gefasst folgende: In Gravidenseren kreist in einem sehr hohen Prozentsatz der Fälle ein Körper, der koaguliertes Plazentaeiweiss zu spalten vermag, der aber in der Abderhaldenschen Versuchsanordnung sicher nicht spezifisch ist, denn sowohl Karzinom- und Luesseren, als auch Seren von Hochfiebernden etc. bauen ebenfalls Plazenta ab. Eine fragliche Reaktion wird auch manchmal mit Normalserum und Plazenta als Substrat erzielt. Durch eine einfache Modifikation der Originalmethode kann gezeigt werden, dass der Unterschied in der Abbaufähigkeit der einzelnen Seren nur ein quantitativer ist.

Der klinische Wert des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens in der jetzigen Form kann also mit dem Wert der Resultate der „Antitrypsinbestimmung" nach Brieger-Trebing verglichen werden. Mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren weist man eine an sich völlig unspezifische Fermentsteigerung nach bei Graviden, Karzinomkranken, Nephritiden etc., also bei Zuständen, bei denen sich eine erhöhte Hemmung der Kasein-Trypsinverdauung nach Brieger-Trebing findet, bedingt durch den vermehrten Gehalt der betreffenden Seren an Spaltprodukten.

Seit den Feststellungen von Stephan ist auch erwiesen, dass diejenigen Körper in Gravidenseren, die von Abderhalden als spezifische Fermente angesprochen wurden, überhaupt keine Fermente sind, sondern den Bau von Anti-

körpern besitzen, die in Verbindung mit dem Komplement Fermenteigenschaften annehmen. Die Zahl der Untersuchungen mit einer neu ausgearbeiteten Dialysiermethode (Inaktivierung der Seren, Reaktivierung durch Meerschweinchenkomplement, quantitative Verwendung von Organeiweissextrakten als Antigen) ist noch zu gering, um ein Urteil zu fällen. Die Komplementbindungsmethode hat bisher auch nur Gruppenreaktionen ergeben.

Puppel hat nach einigen Biuretreaktionen nunmehr nur die Ninhydrinreaktion ausgeführt. Bei schwacher Blaufärbung setzte er nochmals 0,2 ccm Ninhydrin zu. In seltenen Fällen hatte er Fehldiagnosen, die er auf fehlerhafte Technik zurückführt. Er hält die Reaktion für spezifisch.

Rohrhurst (113) berichtet über seine Untersuchungen:

1. Das Abderhaldensche Dialysierverfahren gibt bei bestehender Gravidität, auch schon in den ersten Wochen und Monaten, fast ausnahmslos eine positive Reaktion. Der positive Ausfall spricht jedoch nicht unbedingt für das Bestehen einer Schwangerschaft, da auch in einzelnen Fällen von Erkrankungen des Genitalapparates die Reaktion positiv wird. Ist dagegen die Reaktion negativ, so kann man mit grösster Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein einer Schwangerschaft ausschliessen.

2. Bei normalen Nichtgraviden und bei Männern ist die Reaktion negativ.

3. Zur Differentialdiagnose zwischen Extrauteringravidität und Adnextumor lässt sich die Reaktion bei der jetzigen Technik nicht verwerten, da sie zwar bei extrauteriner Schwangerschaft, aber in einem Teil der Fälle auch bei anderen Erkrankungen der Adnexe ein positives Resultat liefert.

Rominger (114) sagt in seinem Vortrag, dass nach seinen Erfahrungen die Abderhaldensche Reaktion in ihrer bisherigen Anordnung noch keine klinisch brauchbare Methode darstellt.

Hingegen schliesst Schiff (117) aus seinen Versuchen, dass die Fermente, die im Blute von Schwangeren kreisen, nur Plazentaeiweiss abbauen und dass sich diese Fermente auch nur im Blute von Schwangeren finden. Sie sind also spezifisch. Demnach kann die sorgfältig ausgeführte Abderhaldensche Reaktion immer Aufschluss geben, auch wenn die klinische Diagnose unsicher ist.

Die Schlüsse, die Singer (121) aus seinen Versuchen zieht, die er streng nach den von Abderhalden in der zweiten Ausgabe seines Werkes vorgeschriebenen Forderungen angestellt hat, sind folgende:

1. Die strenge Spezifität der Abwehrfermente ist bis heute noch nicht einwandfrei erwiesen. Es scheint, dass bei verschiedenen, aber in eine Gruppe gehörenden Stoffen (Eiweiss, Fett, Kohlehydrate) ein nur die Glieder dieser Gruppe abbauendes Ferment entsteht (Gruppenspezifität).

2. Das Eliminieren der Fehlerquellen bei dem Dialysierverfahren ist nicht vollständig gelungen und darum gehört diese Methode heute noch in das Bereich der Kliniken und Laboratorien.

Stresemann (125) hat bei 105 Fällen Untersuchungen angestellt. Die ersten 36 Fälle führte er nach den ersten Angaben Abderhaldens aus. Bei diesen baute ein Teil der Seren von graviden Frauen auch Karzinomgewebe ab, während umgekehrt auch die Seren von Karzinomträgerinnen Plazentagewebe abbauten. Ferner war auch bei einer ganzen Anzahl von gynäkologischen Erkrankungen die Reaktion mit Plazentagewebe und Karzinomgewebe positiv, obgleich sowohl Schwangerschaft als Karzinom klinisch sicher nicht vorlag. Nach den inzwischen von Abderhalden neu angegebenen Verschärfungen der Vorschriften für das Dialysierverfahren stellte es sich heraus, dass die Fehldiagnosen wohl auf eine nicht genügende Blutleere des angewandten Organgewebes zurückzuführen sei. Nach den neuen Angaben wurden nun 70 weitere Fälle untersucht, die zu folgendem Ergebnis führten: Die Seren aller graviden Frauen bauten Plazentagewebe ab, keines aber Karzinomgewebe. Die Seren aller an Karzinom erkrankten Frauen bauten Karzinomgewebe ab, aber nicht

Plazentagewebe. Bei allen Frauen, die weder mit Plazentagewebe noch mit Karzinomgewebe eine positive Reaktion gaben, konnte auch Schwangerschaft beziehungsweise Karzinomerkrankung ausgeschlossen werden. Fünf klinisch sicher nicht gravide Frauen gaben mit Plazentagewebe eine positive Reaktion. Diese Fälle betrachtet Stresemann als Versager, als Versuchsfehler, die trotz peinlich genauer Beachtung aller Vorschriften leicht vorkommen können und auch noch weiter vorkommen werden. Auf Grund der Ergebnisse seiner Untersuchungen scheint die Abderhaldensche Fermentreaktion eine spezifische zu sein. Eine Einführung in die allgemeine Praxis ist wegen der vielen Fehlerquellen und technischen Schwierigkeiten noch nicht möglich. Die Reaktion kann vorläufig nur in gut eingerichteten Laboratorien ausgeführt werden, und selbst hier werden einzelne Fehldiagnosen vorkommen.

Wallis (132 und 133) hat das Serum von 80 Frauen sowohl mittelst der optischen als auch mittelst der dialysierenden Methode untersucht. Unter diesen 80 Frauen waren 20, die teils in den letzten drei Monaten der Schwangerschaft waren, teils bereits geboren hatten, 30 Frauen im 2.—4. Monat gravid und 30 nicht gravide. Die Nichtgraviden hatten alle maligne Krankheiten (maligne Geschwülste und Syphilis). Alle schwangeren und im Puerperium befindlichen Frauen gaben mit der optischen und mit der dialysierenden Methode positive Reaktionen, während die Nichtschwangeren bei beiden Methoden durchweg negativ reagierten. Er hält die Reaktion für wertvoll und glaubt, dass Misserfolge nur durch eine fehlerhafte Technik hervorgerufen werden.

IV.

Physiologie der Geburt.

Referent: Fräulein M. M. Becker, cand. med., Berlin.

Allgemeines.

1. Adair, F. L., Obstetric diagnosis. Postgraduate. Tome 28. p. 1096. 1913. (Die rektale sowie abdominale Untersuchung sind der Infektionsgefahr wegen der vaginalen vorzuziehen. Die abdominale Untersuchung zu erleichtern dient folgender Handgriff: Vom Fundus aus Zusammenpressen des flektierten Fötus, in der Mittellinie des Uterus Eindrücken der Hand, so dass der Föt auf der einen, das Fruchtwasser auf der anderen Seite ist.)
2. Baughmann, Greer, The training of the auxiliary expulsory muscles of labor. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. p. 111. (Verf. empfiehlt vom 14. Jahre ab Gymnastik zu treiben. Beinheben im Liegen, Rumpfdrehen im Stehen, Aufrichten des Rumpfes. Während der Gravidität Massage der Bauchmuskeln, Tragen eines Korsetts. Fortsetzen der Gymnastik im Wochenbett.)
3. Blumenfeldt, Ernst, und Albert Dahlmann, Zur Kenntnis des tierischen Elektrometrogramms. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 493. (Die Verf. haben das tierische Elektrometrogramm studiert. Das Ergebnis ihrer Arbeiten lässt sich dahin zusammenfassen, dass die spontanen oder künstlich erzeugten Kontraktionen des Uterus sich meist mechanisch gut registrieren lassen. Ausschläge im Saiten-Galvanometer werden

stets früher wahrgenommen, als die Uteruskontraktionen ansetzten. Sie schliessen auf einen sicheren Zusammenhang zwischen dem elektrischen und mechanischen Verhalten der Uterusmuskulatur.)

4. Guzzoni degli Ancarani, Arturo, La dilatazione dell' orificio uterino nell' ultimo mese di gravidanza. Gazz. ital. d. levatr. Jahrg. 3. p. 81. (Verf. hält die Erweiterung des Muttermundes im letzten Monat für ein Zeichen der Zwillingsschwangerschaft.)
5. Frets, G. P., Das menschliche Sakrum. Gegenbauers morphol. Jahrb. Bd. 48. p. 365.
6. Hoehne, O., Über die Leistungsfähigkeit der äusseren Untersuchung während der Geburt mit Bemerkungen zu F. Unterbergers Aufsatz in Nr. 4 des Zentralbl. f. Gyn.: „Eine Methode zur Bestimmung der Grösse des Muttermundes intra partum durch äussere Untersuchung. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 509. (Von verschiedensten Seiten wird der Versuch gemacht, die äussere Untersuchung noch weiter auszudehnen, als bisher schon geschieht. Hoehne ist der Meinung, dass die Lage des Kontraktionsringes bei leerer Blase und während der Wehe eine Entscheidung darüber gibt, wie weit der Muttermund erweitert ist. Ist ein Kontraktionsring noch nicht fühlbar, so ist der Muttermund noch nicht fünfmarkstückgross. Am deutlichsten markiert sich der Kontraktionsring in der Eröffnungsperiode bei Erstgebärenden. Mit Unterberger und Schwartz glaubt Hoehne aus dem Stande des Kontraktionsringes tatsächlich die Weite des Muttermundes erschliessen zu können.)
7. Hoffmann, E., Zur Blutgerinnung und zum Blutbilde bei normalen, hyperthyreotischen und hypothyreotischen Schwangeren und Wöchnerinnen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. (Die vorgenommenen Untersuchungen erstrecken sich auf die Gerinnung, auf die morphologischen Bestandteile und auf den Gefrierpunkt des Blutes.)
8. Jardine, R., The retraction ring as an obstruction in labour. Med. Press. Circ. Vol. 97. p. 32. (Verf. nimmt an, dass der Kontraktionsring einige Zentimeter höher als der innere Muttermund liegt. Drei Arten von Fällen: 1. der Kontraktionsring bildet sich über dem vorliegenden Kopf, 2. er bildet sich oberhalb des Kopfes, 3. er bildet sich über dem vorliegenden Steiss. Therapie für Nr. 1 bei lebendem Kind: Sectio caesarea, bei totem die Perforation. Dieselbe Therapie für den zweiten Fall. Bei Nr. 3 wird in Narkose ein Bein heruntergeholt und die Extraktion angeschlossen.)
9. Markoe, James W., A revival of the obstetric chair. Bull. of the lying-in hosp. of the City of New York. Vol. 9. p. 296. (Markoe hält sich für verpflichtet, einen neuen Gebärstuhl zu konstruieren, weil er es für richtig hält, dass die Kreissende während des grössten Teiles der Geburt sitzt.)
10. Rooy, A. H. M. J. van, Über schmerzlose Geburten. Nederl. Maandschrift voor Verlosk. en Vrouwenz. Jahrg. 3. Nr. 5. p. 288. (Van Rooy beschreibt einen Fall, in dem eine Kreissende ohne jedes Mittel ihr Kind schmerzlos an das Licht der Welt beförderte, ohne dass Hysterie oder Tabes vorlag.)
11. Schlapobersky, I. P., Zur Frage der Leitung von Geburten ohne vaginale Untersuchung. Prakt. Wratsch. Jahrg. 13. p. 20. (Verf. erinnert wegen der Infektionsgefahr der vaginalen Untersuchungen Kreissender an die Untersuchung per rectum. Gute Orientierung der Lage des Kopfes, des Beckens, der Fontanellen- und Schädelnähte. 47 Fälle ganz ohne vaginale Untersuchung geleitet, und nur einmal bei Retention von Eihautresten eine einmalige Temperatursteigerung bis 38,6° beobachtet.)
12. Schwaab, A., Une chaise-lit obstétricale. Presse méd. Jahrg. 22. p. 289. (Ein leicht tragbares Rahmengerüst aus gezogenen Stahlröhren mit verstellbaren Rückenlehnen, Fuss-, Hand- und abnehmbare Kniestützen bilden den Gebärstuhl, der besonders für die Austreibungsperiode gedacht ist. Die Wehen können auf ihm besser verarbeitet, der Damm besser geschützt werden.)
13. Schwarzenbach, E., Der diagnostische Hinterdammgriff. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 965. (Ein höchst einfacher äusserer Handgriff, der manche innere Untersuchung erspart und eine vortreffliche Diagnose des Kopfstandes stellen lässt.)
14. Sellheim, Hugo, Die Geburt des Menschen nach anatomischen, vergleichend-anatomischen, physiologischen, physikalischen, entwickelungsmechanischen, biologischen und sozialen Gesichtspunkten. Herausgegeben von E. Opitz, Wiesbaden. J. F. Bergmann, 1913. (Den Hauptinhalt des Buches bildet eine Analyse der Geburtsmechanik, die auf physikalischen Grundlagen aufgebaut ist und in einer Reihe sehr glücklich gewählter Schlagworte und klarer, zum Teil recht drastischer Abbildungen

in einer didaktisch ganz hervorragenden Art erläutert wird. Die Darstellung hat gegen früher an Einfachheit und Anschaulichkeit bedeutend gewonnen.)

15. *Sieben, Walter, Über das Blut des Weibes in der Geburt und im Wochenbett. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. p. 236.
16. *Terhola, Sauri, Über Blutveränderung während der Geburt, Laktationsperiode und der ersten Menses post partum. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1.
17. Tuller, M. B., The management of obstetrical cases. Med. Council. Vol. 19. p. 179. (Nichts Neues, nur will Verf. stets zur Nachgeburtslösung mit den Fingern eingehen.)
18. Unterberger, jun. F., Eine Methode zur Bestimmung der Grösse des Muttermundes intra partum durch äussere Untersuchung. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 164. (Unterberger schliesst sich gleichfalls der Auffassung Hoehnes an. Bei vollständigem Verstrichensein des Muttermundes ist der Kontraktionsring vier Querfinger über der Symphyse fühlbar. Verf. will gleichfalls möglichst die innere Untersuchung durch diese Erfahrung einschränken.)
19. Veit, J., Das untere Uterinsegment und seine praktische Bedeutung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1382. (Verf. hält die Behauptung Sternbergs, dass der sog. Isthmus uteri sich nur mikroskopisch unterscheiden liesse, für einen bedenklichen Rückschritt. Aus anatomischen und klinischen Gründen hält er an der früheren Auffassung, der Dreiteilung in Uteruskörper, unteres Uterinsegment und Cervix, fest und erläutert ganz ausführlich, weshalb diese makroskopische Einteilung in den verschiedenen Schwangerschaftsstadien wie in allen Fällen von Überdehnung des unteren Uterinsegments geboten ist. Die schon vor Aschoff von Waldeyer und Sappey eingeführte Bezeichnung „Engpass" verwirft der Verf., er bleibt bei dem Worte unteres Uterinsegment und glaubt, damit am besten dem Verständnis seiner Schüler dienen zu können. Für die Praxis ist die Kenntnis des unteren Uterinsegments sehr wichtig, um die Gefahr einer drohenden Uterusruptur rechtzeitig zu erkennen, und von der grössten Bedeutung für geburtshilfliche und gynäkologische Operationen, s. Zweifel Nr. 22.)
20. Werboff, J., Die Gebärmutter des Weibes, ihre normale Arbeit und ihre Zerreissung während der Geburt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5. p. 250. (Verf. verteidigt im ersten Teil seiner Arbeit die Meinung, dass allein Schwäche, nicht übermässige Kraftäusserung, die Quelle aller Uterusrupturen ist. Im zweiten Teil spricht Werboff über die Physiologie des Geburtsaktes, und über die Uteruskontraktionen, ferner empfiehlt er eine Bauchbinde, die durch festeres und lockeres Zuschnüren die Geburt erleichtert und beschleunigt.)
21. Werner, Paul, und Emil Kolisch, Vergleichende Untersuchungen über die Giftigkeit von Harn, Serum und Milch (Kolostrum) während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes mit besonderer Berücksichtigung der Eklampsie. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1.
22. Zweifel, P., Über das untere Uterinsegment. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1376. (Verf. schliesst sich im grossen und ganzen der Auffassung von Veit (s. Nr. 20) an, und verlangt auf Grund der bis jetzt veröffentlichten Fälle, in denen während des Beginnens oder in den ersten Stadien der Geburt der Tod eingetreten war, und die seine Anschauungen über das Aussehen des unteren Corpussegmentes bei der Sektion bestätigten, dass dem fraglichen Uterusteil seiner Wichtigkeit in der Geburtshilfe wegen ein besonderer Name gegeben werden müsse.)

Sieben (15) ist nach vielen Beobachtungen zu folgenden Resultaten gekommen: Nicht nur die absolute Eindickung spielt bei der Blutveränderung während der Geburt eine grosse Rolle — sondern auch der starke Zerfall und die rege Neubildung roter Blutkörperchen. Erythrozyten und Hämoglobin zeigen durchschnittlich im Wochenbett ein ähnliches Verhalten wie nach sonstigen Blutverlusten — beide Faktoren fallen erst langsam ab, dann steigen sie wieder langsam auf. Ferner konstatiert Sieben während der Gravidität eine nicht sehr hochgradige, aber deutliche Leukozytose, die erst in der zweiten Woche nach der Gravidität ihr Ende erreicht. Die neutrophilen polynukleären Leukozyten sinken von der Geburt bis zum Ende des Wochenbettes ununterbrochen ab. Ein ähnliches Verhalten wie diese zeigen die Lymphozyten, jedoch macht sich in der Hälfte der Fälle schon in der ersten Woche nach dem ursprünglichen

Fall ein leichtes Wiederansteigen der Kurve bemerkbar. In einzelnen Fällen wurde sogar die Lymphozytose der Geburt im Wochenbett übertroffen. Die eosinophilen Zellen fehlen lange nicht so oft gleich nach der Geburt wie in der Literatur angegeben ist (in den Fällen Siebens nur in 50%). Die Linie der Eosinophilen geht mit den stark schwankenden Lymphozytenkurven parallel.

Die mononukleären Mast- und Übergangszellen sind im allgemeinen gleich nach der Geburt aus dem Blute verschwunden. Auch treten sie im Wochenbett meist nur spärlich auf. Weder aus dem Status, noch der Anamnese, noch dem Wochenbettverlauf lassen sich ursächlich wirkende Faktoren entnehmen, noch sind irgend welche Ähnlichkeiten mit den Kurven einer der drei weissen Hauptzellenarten festzustellen.

Die Untersuchungen Terholas (16) über Blutveränderungen während der Geburt, Laktationsperiode und der ersten Menses post partum hatten ungefähr folgende Resultate. Die Zahlen der Erythrozyten bleiben während des Partus pro Kubikeinheit Blut auf derselben Höhe wie zwischen 80. und 569. Tage post partum, in wenigen Fällen sind sie niedriger. Der Hämoglobingehalt weicht nicht nennenswert ab. In 50% der Fälle folgt auf den Partus ein Sinken der Erythrozyten- und Hämoglobinwerte. Wenige Tage post partum nehmen die roten Blutkörperchen wieder zu, dieser Zustand hält 1—4 Monate an. Hämoglobingehalt hält nicht Schritt mit der Zunahme der Erythrozyten, er bleibt zurück. Das Sinken der Gesamtzahlen der Leukozyten, sowie der Neutrophilen in der ersten Woche schreitet $^2/_3$—2 Monate, eventuell länger, fort. Die Eosinophilen verschwinden zur Zeit der Geburt aus dem Blute, um nach dem Partus zu steigen. Monozyten, Mast- und Riesenzellen zeigen keine nennenswerten Veränderungen. Auch die Kernlappenzahl zeigt in den meisten Fällen keine grosse Veränderung.

Geburtshilfliche Asepsis.

1. Agazzi, Antonio, Per la desinfezione delle mani. (Utilità dell' uso del vapor d'acqua.) Ann. di ostetr. e ginec. Vol. 1. p. 321. (Beschreibung aller Verfahren, die der Verf. zwecks Händedesinfektion mit Wasserdampf ausgeführt hat.)
2. Ahlfeld, F., Der Kernpunkt in der Frage von der Bedeutung des Alkohols bei der Händedesinfektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 504. (Ahlfeld tritt erneut für die Wirksamkeit des Alkohols als Desinfiziens ein. Ein weiteres Mittel hinterher angewandt ist nicht nötig.)
3. Aumann und Storp, Untersuchungen über Grotan, ein neues Desinfektionsmittel. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 51. p. 398.
4. Bechhold, H., Von der Reinigung der Hände. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 77. p. 436. (Empfiehlt auf Grund seiner neuen Experimente, dem Alkohol Sublamin-Sublimat-Fibromnaphthol nachfolgen zu lassen.)
5. Blankmeyer, H. H., Obstetrical helps. National eclectic. med. Assoc. Quart. Vol. 5. p. 224. (Allgemeine Bemerkungen über geburtshilfliche Asepsis.)
6. Borrmann, K., Die Verwendbarkeit des Festalkols für die Hebammenpraxis. Hyg. Rundschau. p. 317. (Borrmann empfiehlt auf Grund von Reagenzglas- und praktischen Versuchen den Gebrauch des Festalkols sehr.)
7. Carson, H. W., Asepsis and how to secure it. London.
8. Chironi, Pietro, e Giacinto Giordano, Ricerche batteriologiche sulla disinfezione delle mani col metodo Liermann. Giorn. di med. milit. Jahrg. 62. p. 175. (Desinfektion der Hände mit Bolus alba und Alkohol ist schnell ausführbar, wird von den Händen gut vertragen und bedingt gründliche Keimverminderung.)
9. Costa, Romolo, Utilità dell' impiego del vapor d'acqua nella disinfezione della mano. Gazz. ital. d. levatr. Jahrg. 3. p. 113. (Waschen der Hände mit Seife, Bürste und einem

Desinfiziens, dann 10 Minuten Wasserdämpfe einwirken lassen. Bei Mangel an Seife und Bürste in der Privatpraxis empfiehlt Costa, die Hände 20 Minuten lang über einen Topf siedenden Wassers zu halten.)

10. Frank-Kaschau, Die Desinfektion der Haut mit Sterolin bzw. Jod-Sterolin. Zentralbl. f. Chir. Nr. 30. (270 Fälle bester aseptischer Resultate bei zweimaligem Sterolinanstrich. Vorzügliches Desinfiziens für die Hände des Operateurs.)
11. Gauss, Friedrich, Desinfektion in der Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 28. p. 1363. (Verf. hält die Einführung des Gummihandschuhes in die allgemeine geburtshilfliche Praxis für einen grossen Sicherheitskoeffizienten gegen puerperale Infektionen seitens des Arztes.)
12. Laubenheimer, K., „Festalkol" als Händedesinfektionsmittel. Hyg. Rundschau. Jahrg. 24. p. 501. (Festalkol reicht nicht als alleiniges Mittel aus.)
13. — Über neuere Händedesinfektionsmethoden. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. p. 846. (Vergleiche der einzelnen Desinfektionsverfahren.)
14. Martius, Heinrich, Wird die desinfizierende Kraft einer 1%igen Sublimatlösung durch Zusatz von Seife geschädigt? Hyg. Institut Bonn. Hyg. Rundschau. Jahrg. 24. p. 125. (Versuche mit Festalkol, Schmier- und Kernseife ergaben, dass eine Schädigung der baktericiden Kraft einer Sublimatlösung 1 : 1000 durch Seifenzusatz bis zu 4 g nicht stattfindet.)
15. Pakowski, J., Désinfection des mains par la solution iodée étendue, et accidents chloroformiques. Progr. méd. Jahrg. 42. p. 157. (Bereitung der dünnen Jodlösung aus Sparsamkeitsrücksichten mit denaturiertem Spiritus. Bei der Mischung beider entwickelten sich ausserordentlich starke Gase, welche viermal Kollaps bei der Chloroformnarkose hervorriefen.)
16. Slee, Arthur, Sterilisation and Desinfection. Practical directions for the general practitioner. Amer. Journ. of Clin. Med. Vol. 21. p. 50. (Nichts Neues.)
17. Tiginstra, S., Pourquoi l'action bactéricide de l'alcool est porté à son plus haut degré d'intensité par une concentration de 70%? Folia microbiol. Jahrg. 2. p. 162. 1913. (Versuche mit Kleberkügelchen zwecks Gewichtsbestimmung in verschiedenprozentigem Alkohol Im Alkohol bis 70% zunehmender Gewichtsverlust wegen Wasserverlust durch Osmose, die bei einer Konzentration von 70% am stärksten hervortritt. Von 80% an steigt der Gewichtsverlust wieder. Stärkere Konzentrationen verhindern wegen ihrer raschen Erhärtung der Oberfläche ein Durchdringen mit Alkohol.)
18. Wyss, Oskar, Über Phobrol (Chlor in Kresol). Med. Klinik. Jahrg. 9. p. 1767. 1913. (Phobrol bewirkt in 15 Sekunden vollständige Keimfreiheit der Hände.)
19. Zweifel, E., Über medikamentöse Scheidenspülungen bei schwangeren Frauen und während der Geburt. Med. Klinik. p. 1428. Ref. Therap. Monatshefte. p. 715. (Jede Spülung bei Schwangeren und Kreissenden mit normalem Scheidensekret ist überflüssig. Bei Schwangeren mit pathologischem Sekret werden, vorausgesetzt, dass es bis zur Geburt noch mehr als 10 Tage dauern wird, Spülungen mit ½%iger Milchsäurelösung, bei solchen kurz ante partum oder schon kreissenden zuerst mechanische Reinigung der Scheide mit Kochsalzlösung, dann Spülung mit ½%iger Sublimatlösung empfohlen.)
20. — Versuche zur Beeinflussung des Bakteriengehaltes der Scheide Schwangerer durch medikamentöse Spülungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. (44 Fälle, bei denen an Schwangeren wiederholte Scheidenspülungen mit verschiedenen antiseptischen Mitteln und destilliertem Wasser ausgeführt wurden. Vorübergehende Keimverminderung erzielten nur Spülungen mit Oxyzyanat-Sublimat-Lysoform und Kal. permang. Unbefriedigt waren die Erfahrungen bei Gebrauch von destilliertem Wasser, Borlösung und essigsaurer Tonerdelösung. Versuche mit Milchsäurelösung sind im Gange.)

Beckenmessung.

1. Dougal, Daniel, Some observations on pelvimetry. Journ. of Obst. and Gyn. Vol. 24. p. 263. 1913. (Grosse Erfahrung ist erforderlich, wenn man mit der Messung der Conj. diagon. auskommen will, da die Abzugsgrösse stark variiert.)

2. **Dougal, Daniel, A new form of pelvigraph. Journ. of Obst. and Gyn. Vol. 24. p. 257. 1913. (Nur die Abbildungen machen den komplizierten Beckenmesser, bei dem während der Messung die Beckenwände graphisch dargestellt werden, verständlich.)**
3. **Giuffrida, Frank, A plea for more pelvimetry. Atlanta Journ., Rec. of Med. Vol. 60. p. 541.**
4. **Kehrer, E. und F. Dessauer, Versuche und Erfahrungen mit der röntgenologischen Beckenmessung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. (Die röntgenologische Beckenmessung muss immer mehr als ein integrierender Bestandteil der klinischen Beckenuntersuchungen angesehen werden. Zwei Abbildungen zeigen den Apparat und seine Vorzüge. Am besten eignen sich Wöchnerinnen und magere Frauen. Nicht immer gelingt die Beckenmessung bei Schwangeren jenseits des vierten Mondsmonats wegen der Gewebe und Flüssigkeiten, welche die Röntgenstrahlen da durchqueren müssen.)**
5. **Kreiss, Röntgenologische Beckenmessung. Vortrag, geh. a. d. X. Kongr. d. Deutsch. Röntgen-Ges. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 759. (Ergebnisse der Kehrer-Dessauerschen Beckenmessapparate.)**
6. **Martius, Demonstration des Kehrer-Dessauerschen Beckenmessstuhles. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 40. p. 572. (In der Geburtshilfe wird die neue Methode von der einfachen Beckenaustastung und der röntgenologischen Messung übertroffen. Für die wissenschaftliche Ausmessung pathologischer Beckenformen sowie für die Herzgrössen- und Herzlagebestimmung hat die neue Methode grossen Wert.)**

Verlauf der Geburt.

1. **Büschel, Martini, Über schmerzlose Geburtswehen. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913. (Vier Fälle von Beobachtungen völlig schmerzlosen Geburtsverlaufs und Zusammenstellung von 11 weiteren in der Literatur bekannten, ähnlichen Fällen.)**
2. **Gjestland, G., Starke Blutungen bei der Geburt. Einen wie starken Blutverlust verträgt der Mensch? Norsk Magazin for Laegevidensk. 1913. p. 593. (Verf. wendet niemals Sekalepräparate, intrauterine Spülungen oder Tamponade an. Nach Credé und leichter Massage, oder nach Austastung der Uterushöhle und Entfernung etwaiger Plazentarreste stand meist die Blutung. Nach Beobachtungen an vielen Fällen können die Gebärenden ungefähr die Hälfte ihrer gesamten Blutmenge verlieren.)**
3. **Richter, J. und V. Hiess, Über das für die erste Geburt günstigste Alter. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 6.** (26091 Fälle, bei denen der Einfluss des Alters **auf den Verlauf der ersten Geburt** untersucht wurde. Die Verfasser fanden vom **17.—26. Lebensjahre** keine wesentlichen Unterschiede in der Geburtsdauer und der Häufigkeit der operativen Eingriffe. Vom 28.—30. Jahr an steigt der Prozentsatz an Nachgeburtsstörungen, Dammrissen, mütterlicher Morbidität und Mortalität. Das grösste Durchschnittsgewicht zeigen 29—30jährige I para. Bei 14—27jährigen Erstgebärenden ist ein Knabenüberschuss auffallend, die häufigsten Komplikationen sind in den Entwickelungsjahren [14—17].)
4. Schumann, Edward, Der Geburtsmechanismus vom Standpunkt der vergleichenden Anatomie, nebst Bericht über Falle von Dystokie bei wilden Tieren. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. p. 637. (Eine ausserordentlich interessante, gutillustrierte Arbeit. Die vergleichende Naturbeobachtung ergibt, dass der Geburtsmechanismus bei Tieren im Prinzip dem beim Menschen durchaus gleich ist und dass auch die gleichen Störungen vorkommen.)
5. Zweifel, E., Erfahrungen an den letzten 10000 Geburten mit besonderer Berücksichtigung des Altersbildes. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. (10000 Geburten, an denen der Einfluss, den das Lebensalter der Kreissenden auf die Lage des Kindes und auf den Verlauf der Geburt im allgemeinen ausübt, zu ermitteln gesucht wurde. Säulenkurven geben die graphische Darstellung. Die Altersklassen teilte der Verf. ein bis zum 20. Jahre und von da ab in Perioden von fünf zu fünf Jahren. Im ersten Teil bespricht Zweifel die verschiedenen Arten von Kindeslagen ihrer Häufigkeit nach und den Alterseinfluss auf sie bei Erst- und Mehrgebärenden. Im zweiten Teil werden

die vorbereitenden sowie entbindenden Operationen, ferner auch die Operationen bei Erst- und Mehrgebärenden besprochen. Verf. behauptet nach allen seinen Beobachtungen, dass die Häufigkeit operativer Eingriffe bei Erst- wie bei Mehrgebärenden mit zunehmendem Lebensalter immer grösser wird.)

Wehenmittel.

1. Airila, Y., Zur Kenntnis der Pituitrinwirkung. Skandinav. Arch. f. Physiol. Bd. 31. p. 381. (Experimente an Kaninchen.)
2. Barchan, Eduard, Über Anwendung von Sekakornin, Pituglandol und β-Imidatolyläthylamin während der Geburt. Inaug.-Diss. Jena. Münchn. med. Wochenschr. p. 2380.
3. Bertolini, G., L'opoterapia ipofisaria in ostetricia. Fol. gyn. Vol. 9. p. 147. (43 eigene Fälle. Allerhand Bedenken werden auf Grund der Erfahrungen mitgeteilt.)
4. Bischoff, C. W., Hypophysenextrakt und Atonia uteri. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 549. (Nach Pituitrinanwendung besteht oft die Gefahr der Atonie.)
5. Brodhead, George, Pituitary extract in obstetrics. New York. Med. Journ. Vol. 99. p. 1289. (Nichts Neues.)
6. Cohn, Robert, Pituglandol bei Placenta praevia. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1430. (Ein Fall von günstiger Pituglandolanwendung in der Eröffnungsperiode bei Placenta praevia. Es handelte sich um eine starke Blutung fünf Wochen ante terminum bei einer 26jährigen Erstgebärenden. Muttermund für die Fingerkuppe einlegbar, Kopf beweglich im Beckeneingang. Eine Pituglandolinjektion hatte nach ¾ Stunden zur Folge, dass die Blutung stand und der Kopf fest in Beckenmitte trat. Normaler Geburtsverlauf. Das Kind wurde leider totgeboren, doch hatte dies seine Ursache in einer vorzeitigen Lösung der Plazenta. Dringender Rat des Verfassers, bei nicht unmittelbar lebensbedrohlicher Placenta praevia-Blutung in der Eröffnungsperiode einen Versuch mit der Injektion eines Hypophysenextraktes zu machen, da die Infektionsgefahr dadurch beseitigt wird.)
7. Bucura, Konstantin, Wehenverstärkung bei der Geburt. Wiener med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1588. (Die Hypophysenextrakte wirken wehenerregend und wehenstärkend in der Austreibungsperiode. Pituitrin soll nur sub partu gegeben werden, bei Uterusatonie wirken die Sekalepräparate und das Adrenalin ganz verlässlich. Vor Abgang der Plazenta hält Bucura das Pituitrin nicht für ganz ungefährlich. Bei Fehl- und Frühgeburtsleitung hat sich das Präparat nicht bewährt. Gar nicht anzuwenden ist das Präparat bei Sklerose der Koronararterien, Nephritis mit Blutdrucksteigerung, bei akuter Anämie, Eklampsie, Cervixnarben und -strikturen, sowie bei Dehnung des unteren Uterinsegments. Trotz aller Vorzüge der Hypophysenextrakte wird Vorsicht geboten. Verf. erinnert an althergebrachte Massnahmen, die Wehentätigkeit nicht erlahmen zu lassen, ferner an Chininverabfolgung zwecks Wehenerregung.)
8. Ten Doesschate, A., Collaps na inspuiting van pituitrine. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Heft. Nr. 6. p. 397. (Mitteilung eines Falles, wo wegen Wehenschwäche 1 ccm Pituitrin injiziert wurde und wo eine Stunde post partum ein Kollaps auftrat, welchen Verf. dem Pituitrin zuschreibt.) (Mendes de Leon.)
9. Edgar, J. Clifton, Pituitary extract in uterine inertia. Americ. Journ. of Obst. and Dis. of women and childr. Vol. 68. p. 20. (Verf. empfiehlt die Anwendung des Pituitrins in der Austreibungs- und Nachgeburtsperiode.)
10. — Use of pituitary extract in ostetrics. Monthly Cyclop. Vol. 28. p. 74. (70 Fälle. Warnung vor der Anwendung in der Eröffnungsperiode.)
11. Ehrenfest, Hugo, Drugs in uterine inertia. Americ. Journ. of Obst. and Dis. of women and childr. Vol. 68. p. 331. (Chinin, Zucker, Ergotin und Pituitrin als Wehenmittel.)
12. Esbensen, K. A., Der Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe. Ugeskr. for Laeger. Jahrg. 76. p. 635. (166 Fälle. Erfolge gut, Abortus kann dadurch nicht provoziert werden. Keine Atonie post partum beobachtet. Weder Herzfehler noch Albuminurie und Nephritis stellen Kontraindikationen zur Anwendung von Hypophysenextrakt dar. Bei Eklampsie wird vom Gebrauch abgesehen.)

13. Esch, P., Über Dosierung und Erfolge von intramuskulären Pantopon-Skopolamininjektionen bei Kreissenden. Münchn. med. Wochenschr. p. 690.
14. Everke, Pituitrin und Ruptura uteri. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 553. (Ein Fall von Uterusruptur durch Pituitrininjektion bei einem Missverhältnis von Kopf und Becken.)
15. v. Fellenberg, Diskussion. Gyn. Ges. d. Deutschen Schweiz. 11 u. 12. Juli. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1399. (Fellenberg macht stets sofort nach der Geburt des Kindes eine Pituglandolinjektion und erzielt dadurch in wenigen Minuten unter ganz geringen Blutverlusten die Geburt der Plazenta. Bei Atonie empfiehlt er Hypophysenpräparate mit Sekakornin verbunden.)
16. Fisahn, L., Das Pituglandol „Roche" in der Geburtshilfe des allgemeinen Praktikers. Med. Klinik. Jahrg. 10. p. 160. (Pituglandol subkutan injiziert wirkt vortrefflich, erspart manchen operativen Eingriff. Ungefährlich für Mutter und Kind. In Verbindung mit Pantopon verliert die Geburt an Schmerzhaftigkeit.)
17. Foges, Arthur, Die Anwendung der Hypophysensubstanzen in der Geburtshilfe. Wiener med. Wochenschr. Jahrg. 64. p. 1004. (Verf. ist der Meinung, dass das Pituitrin bei Mangel an Wehen in der Eröffnungsperiode erfolglos ist und dass ebenso bei beginnendem Abortus keine Wirkung zu beobachten ist. Auch ist er der Überzeugung, dass bei ungenügender Erweiterung des Muttermundes strikturartige Kontraktionen auftreten können. Er will daher das Mittel nur anwenden in der Austreibungsperiode, empfiehlt es aber auch in der Nachgeburtsperiode zur Bekämpfung atonischer Blutungen.)
18. Fournier, De l'emploi de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse dans le placenta praevia, la délivrance à terme et la rétention placentaire post abortive. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 370. (Drei auf Pituitrin sehr günstig reagierte Fälle.)
19. Fröhlich, Alfred, Die Pharmakologie der Hypophysensubstanzen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 20. p. 1061. (Akute Wirkungen erzeugen nur die aus dem Infundibularteil der Hypophyse gewonnenen Präparate, die aus dem Vorderlappen gewonnenen dagegen haben keinerlei spezifische Wirkungen. Reichliche Versuche an Tieren zwecks Wirkung des Hypophysenextraktes auf den Blutdruck, die Niere, die Herztätigkeit, auf den Gang der Atmung und auf den Uterus.)
20. Gall, Piero, Indikationen und Kontraindikationen der Hypophysenextrakte in der geburtshilflichen Praxis. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. p. 394. (300 Fälle, bei denen das Präparat von Hofmann-Laroche „Pituglandol" benutzt wurde. Bei Beckenend., Querlage, drohender Uterusruptur, Herz- und Nierenkrankheiten, sowie bei Eklampsie soll man es nicht geben.)
21. Gardlund, W., Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 543. (50 Fälle. Hypophysenextrakt ist ein gutes, aber kein ganz zuverlässiges Wehenmittel, wirkt gar nicht, wenn die Geburt noch nicht im Gange ist, wirkt in der Austreibungsperiode nicht besser als in der Eröffnung. Intravenöse Darreichung gefährlich für das Kind. In einigen Fällen trotz Wehenverstärkung kein Fortschreiten der Geburt. Häufigere Nachgeburtsblutungen nicht direkt durch Hypophysenextrakt bedingt.)
22. Gillespie, William, The problem of using oxystocic drugs during labor. Lancet-Clin. Vol. 111. p. 572. (Der Verf. hält Pituitrin und gleiche Präparate für ebenso schädlich als Secale cornutum.)
23. Gryd l, J., Pituitrin, ein wehenanregendes Mittel. Casopis lékaruo cesk. 1913. Nr. 52. p. 1645. (Sieben Fälle, bei denen Pituitrin sehr gut wirkte. Keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen, speziell Nachblutungen, vom Verf. beobachtet.)
24. Guggisberg, Referat über Wehenmittel. Gyn. Ges. d. Deutschen Schweiz. 11 u. 12. Juli 1914. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1397. (Verf. teilt alle Wehenmittel ein in künstliche und natürliche Funktionsmittel. Zu den künstlichen Funktionsmitteln gehören die Sekalepräparate, Hydrastis canadensis und Hydrastininum hydrochloricum. Die Sekalepräparate bewirken starke Tonussteigerung und Beschleunigung der Bewegung, sie erhöhen den Blutdruck und wirken gangränerzeugend und krampferregend. Hydrastis canadensis ist unbrauchbar als wehenerregendes Mittel, zu empfehlen dagegen ist das Chinin. Zu den natürlichen Funktionsmitteln rechnet Verf. alle die Stoffe, die in den Drüsen mit innerer Sekretion gebildet werden. Pituitrin ist ein sehr gutes Präparat, jedoch erzeugen hohe Dosen tetanusartige Sym-

ptome. Adrenalin ist wenig brauchbar, da es im Organismus rasch zerstört wird. Ferner nimmt der Verf. an, dass die Thyreoidea und Plazenta wehenerregende Substanzen enthalten.)

25. Harrison, George Tucker, Uterine inertia, its treatment. Americ. Journ. of obstetr. and Dis. of women and children. Vol. 68. p. 79. (Kampf gegen die heissen Scheidenspülungen intra partum zur Anregung von Wehen.)

26. Hendley, P. A., Pituitrin in labour. A record of sixty cases, with notes on its administration. Brit. Med. Journ. Nr. 2782. p. 906. (60 Fälle mit ausserordentlich gutem Erfolg. Dreimal trat Blutung post partum auf, die aber auf erneute Pituitrininjektion sofort standen.)

27. Herron, D. A., Pituitary products in obstetrics. St. Paul Med. Journ. Vol. 16. p. 237. (Anwendung in 31 Fällen, darunter fünf post partum.)

28. Hirsch, Josef, Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41. (Verf. erkennt den Wert der Hypophysenextrakte an, die Methode des Dämmerschlafes sub partu für die häusliche Praxis verwirft er. Pantopon-Glanduitrin und zuletzt etwas Ätherinhalation wirkt gut bei krankhaft aufgeregten Kreissenden. Post partum injiziert er Sekakornin und Hypophysenextrakt.)

29. Labhardt, Diskussion zu Guggisberg. Gyn. Ges. d. Deutschen Schweiz. 11. und 12. Juli 1914. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1399. (Grossartige Erfolge nach Pituglandolinjektionen in der Austreibungsperiode, Nachgeburtsperiode und bei Atonie. Kombination mit Sekakornin empfiehlt Verf. auch. Bei der Behandlung des fibrilen Abortes leistet das Pituglandol Hervorragendes.)

30. Lindemann, Howard Edward, Pituitary extract in obstetrics. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. p. 232. (Pituitrin wirkt fast nicht bei der Geburtseinleitung, gute Erfolge bei Wehenschwäche sub partu. Verf. empfiehlt je nach der Cervixerweiterung bis auf vier Finger Durchgängigkeit nur die Hälfte der Anfangsdosis zu injizieren und auch bei Missverhältnis zwischen Becken und Kopf will er lieber mit kleineren Dosen wegen der Rupturgefahr beginnen.)

31. Losinsky, Über Pituitrin in der Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 589.

32. Madill and Allan, Pituitrin in Labour. Journ. of Obst. and Gyn. Vol. 25. Nr. 5. p. 299. (147 Fälle, auch bei Nachgeburtsblutungen und Placenta praevia mit Erfolg angewendet. Als Kontraindikation sind Vitium cordis und Nephritis anzusehen.)

33. Malinowsky, M., Tokodynamometrische Untersuchungen über die Wirkung des Pituitrins auf die Uteruskontraktionen unter der Geburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 1. (Verf. stellte Untersuchungen mit dem Tokodynamometer an. Durch Pituitrin wird sicher eine spezifische Wirkung auf den Uterus ausgeübt, und zwar bleibt bei mittlerer Dosis der physiologische Charakter der Wehen erhalten. Am besten wendet man es an während der Ausstossungsperiode oder gegen den Schluss der Eröffnungsperiode. Im Beginn der Eröffnungsperiode wirkt es schädlich. Der extrauterine Druck während der Wehenpausen erfährt auch eine Steigerung nach der Pituitrineinspritzung. Eine besonders gute Wirkung bei Mehrgebärenden konnte nicht festgestellt werden. Stürmische Wehen in verschieden hohem Grade seien sehr oft. Als Dosis für das Präparat empfiehlt er 1 ccm. Wiederholung des Mittels ist erlaubt. Die Wirkung des Präparates beginnt 2—10 Minuten nach der Injektion. Die mittlere Wirkungsdauer beträgt ungefähr eine Stunde. Nur in 6% der Fälle blieb es wirkungslos. Störungen in der Nachgeburtsperiode wurden nicht beobachtet. Als einzige unangenehme Nebenerscheinung wurden Übelkeit, Herzklopfen, Gesichtsblässe beobachtet, aber nur in 2% der Fälle. Bei Herz- und Nierenkrankheiten will er es nicht ohne weiteres anwenden.)

34. Marek, R., Weitere Erfahrungen mit Pituitrin. Lékar. Rozhledy. Jahrg. 21. p. 29. (Hat meist gute Erfolge erzielt.)

35. McCord, James Robert, The present states of pituitrin in obstetrics. Atlanta Journ. Rec. of Med. Vol. 61. p. 60. (Nichts Neues. Als Indikationen sieht Verf. Wehenschwäche in der zweiten Geburtsperiode, post partum-Blutungen, Subinvolutio uteri an. Als Regelwidrigkeiten können folgen: Nachblutungen, Uterusruptur, vorzeitige Ausstossung der Plazenta und Tetanus uteri.)

36. Metzger, L'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique. Ses indications et ses contre-indications. Revue mens. de Gyn., d'obst. Jahrg. 9. Nr. 2. p. 155. (Nichts Neues.)

37. Metzlar, C., Pituglandol. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Helft. Nr. 12. p. 760 bis 762. (Holländ.) (Zwei Fälle von Placenta praevia und einen Fall von Wehenschwäche mit gutem Erfolge und ohne Schädigungen durch Pituglandolinjektionen in kurzer Zeit beendet.) (Lamers.)

38. Mosbacher, Emil, Klinisch-experimentelle Beiträge zur Frage: Thyreoidea und Wehentätigkeit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 362. (Fütterungsversuche an Katzen und Meerschweinchen zwecks Prüfung der pharmakologischen Wirkung der Thyreoidea ergaben mit zwei Ausnahmen unter 32 Tieren lauter Aborte. Adrenalin fördert die Wirksamkeit des Schilddrüsenextraktes auf den Uterus. Die daraufhin an kreissenden Frauen unternommenen Versuche ergaben für Thyreoglandol bei 41 Fällen 12 mal, für die Kombination mit Adrenalin bei 12 Fällen siebenmal ausgesprochene Vermehrung und Verstärkung der Wehen, Fortschritt der Geburt jedoch nicht zu beweisen.)

39. Nichols, C. L., Pituitrin. Therapeutic Gaz. Juli. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1464. (Nichts Neues. Nephritis, Myokarditis, Arteriosklerose und drohende Uterusruptur sieht Verf. als Kontraindikationen für Pituitrin an.)

40. Oppenheimer, Hermann, Pituitrin in der Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 501. 1913. (400 Fälle, gute Erfolge, bei Wehenschwäche gegen Ende der Eröffnungs- und innerhalb der Austreibungsperiode injiziert. Vergeblich mit Pituitrin sub partu behandelte Fälle neigen in 50% zu Blutungen in der Plazentarperiode und post partum placentae, wobei sich dann die Kombination des Pituitrins mit Sekakornin empfiehlt.)

41. — Bemerkungen zu Bischoffs Aufsatz: „Hypophysenextrakt und Atonia uteri" in dem Zentralblatt f. Gyn. Nr. 15. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 869. (Ein erfolgloser Fall, Forzeps muss angelegt werden, eine schwere Atonie folgt.)

42. Procopio, Warum soll man den Hebammen die Anwendung des Hypophysenextraktes nicht gestatten? Sep.-Abdr. Gazz. ital. delle Levatrici. 1913. (Hypophysenextrakt ist in den Händen des Arztes ein ausgezeichnetes Mittel, aber öfters bedingt es Störungen, so dass der Arzt operativ einschreiten muss. Deshalb warnt Verf., Hebammen die Anwendung des Präparates zu erlauben.)

43. Rinkbieter, W., Das isolierte Kaninchenohr als überlebender Gefässapparat zur Prüfung von Gefässmitteln, speziell Adrenalin und Hypophysin. Zeitschr. f. d. ges. experim. Med. Bd. 1. p. 355. 1913. (Durch die Versuche des Verf. werden auch die bisherigen Ergebnisse von Adrenalin- und Hypophysinwirkungen am Kaltblüter bestätigt.)

44. Rongy, A. J., und S. S. Arluck, Pituitrin, its abuse and dangers. New York. Med. Journ. Vol. 99. p. 878. (Auch Rongy und Arluck sind auf Grund von 300 Fällen der Meinung, dass Wehen durch Pituitrin nicht hervorgerufen werden. Die Wirksamkeit des Präparates ist nur von kurzer Dauer. Man soll es daher nicht in der Eröffnungsperiode geben. Die Verfasser fürchten auch bei Hindernissen durch enges Becken und fehlerhafte Lage den Eintritt einer Uterusruptur. Wenn bei Unterbrechung der Schwangerschaft behufs künstlicher Frühgeburt schon Wehen hervorgerufen worden sind, werden sie günstig durch das Präparat beeinflusst. Im übrigen aber soll man das Präparat im wesentlichen bei Wehen in der Austreibungsperiode bei ganz tiefstehendem Kopf geben.)

45. Rowland, Pituitary extract in obstetrics. Med. Journ. Vol. 56. p. 161. 1913. (Pituitrin eignet sich in Verbindung mit anderen Mitteln gut zur Beendigung eines Abortes und zur Einleitung der Geburt. Grösste Wirkung in der Austreibungsperiode, es erspart viele Zangen. Für das Kind hat Pituitrin keine Gefahr. Nicht anzuwenden ist es in toxischen Fällen mit erhöhtem Blutdruck.)

46. Santi, Emilio, Vergleichendes Studium über die Wirkung des Hypophysenextraktes von trächtigen und nichtträchtigen Tieren auf die glatte Muskelfaser. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 432. (Die Kurven der Muskelzusammenziehung zeigen in Experimenten von Santi eine grössere Höhe, wenn man statt Kochsalzinjektion Hypophysenextrakt von einem nichtträchtigen Tier einwirken liess. Eine weitere Steigerung tritt ein bei dem Extrakt von trächtigen Tieren. Ebenso liess sich der ermüdete Muskel wieder zur Kontraktionstätigkeit bringen. Je weiter die Trächtigkeit vorgeschritten war, desto stärker war der Kurvenausschlag. Verf. schliesst also, dass der Hypophysenextrakt von trächtigen Tieren wirksamer ist als der von nichtträchtigen.)

47. Sheill, Pituitrin in Labour. Journ. of Obst. and Gyn. Vol. 25. Nr. 5. p. 300. (26 Fälle. Pituitrin, intramuskulär gegeben, hatte schnellen Erfolg.)

48. Slaitschewsky, A. W., Beobachtungen über die Wirkung des Pituitrins in der Geburtshilfe. Zeitschr. f. Eisenbahnmed. u. Sanitätsw. Jahrg. 3. p. 34. (14 Fälle. Einmal nur Forzeps. Beim Abortus war das Pituitrin unwirksam.)
49. Tassius, Albert, Über Wehenmittel. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 513. (Recht gute Erfolge wurden mit Chinin erzielt, sowohl in der Eröffnungs- als auch in der Austreibungsperiode angewandt, auch bewirkt es künstliche Frühgeburt. Pituitrin, Pituglandol, Glanduitrin und Koluitrin wirken am besten in der Austreibungsperiode. Pituitrin erspart oft die Zange, unterstützt in der Abortbehandlung die Eröffnungsperiode, leistet bei postpartalen Blutungen gute Dienste. Bei künstlichen Frühgeburten dagegen nicht zu empfehlen. Pituglandol 2 ccm + Sekakornin 2 ccm ist vortrefflich bei Eklampsie, Placenta praevia, bei Uterus- und postpartalen Blutungen. Sekakornin, intra partum angewendet, bewirkte in 9 bei 24 Fällen Dauerkontraktionen, die fünfmal ein totes, zweimal ein tief asphyktisches Kind zur Folge hatten, auch macht es Schmerzen an der Injektionsstelle. Es eignet sich am besten für die Periode post partum, doch stets erst nach Austritt der Plazenta.)
50. Thelin, Korreferat über Wehenmittel. Gyn. Ges. d. Deutschen Schweiz. 11. und 12. Juli. 1914. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1398. (Am besten wirken die Hypophysenextrakte in der Austreibungs- und am Ende der Eröffnungsperiode, ungeeignet sind sie als Abortivum. Intravenöse Injektionen sub partu wirken energischer, haben jedoch bei der Mutter Blässe, Zyanose, Oppression, beim Kind Verlangsamung der Herztöne zur Folge. Sekalepräparate, Massage, heisse Spülungen sind bei postpartalen Blutungen den Hypophysenextrakten vorzuziehen.)
51. Turenne, A., L'extrait hypophysaire dans la pratique obstétricale. Ann. de gyn. et d'obst. Jahrg. 40. Tome X. p. 708. 1913. (11 Fälle vorzüglichster Wirkung. Bei Abort und zur Einleitung einer Frühgeburt wenig brauchbar. Auf den ruhenden Uterus wirkt es negativ, deutlich wirkt es am Ende der Gravidität, am meisten während der Austreibungsperiode. Keine schädlichen Nebenwirkungen für Mutter und Kind. Hypophysenextrakt scheint die Milchabsonderung zu vermehren und die Urinverhaltung nach der Geburt zu beheben.)
52. Untiloff, Zur Frage über die Wirkung des Pituitrins auf die isolierte Gebärmutter. Festschr. f. Prof. Pobedinsky, Moskau. p. 157. (Experimente am überlebenden Kaninchenuterus. Am besten eignet sich zu Versuchen der puerperale Uterus. Der virginelle kontrahiert sich sehr schwach, der trächtige ist untauglich, weil die Früchte Kontraktionen auslösen können.)
53. Voigt, J., Einige Bemerkungen zu dem Aufsatze von Dr. Grumann, Altona-Bahrenfeld: „Zur Kasuistik der Pituitrinwirkung". Münchn. med. Wochenschr. 1913. p. 1436. Frauenarzt. Jahrg. 29. p. 156. (Das Pituitrin ist unschuldig an der Bildung der Mastdarmcervixfistel.)
54. Walthard, Diskussion über Wehenmittel. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1399. (Experimentelle Versuche, die zeigen sollen, in welcher Weise die Sekrete endokriner Drüsen gegenseitig in der Beeinflussung des Uterusmuskelpräparates sich unterstützen.)
55. Watschnadse, K. D., Beobachtungen über die Wirkung des Pituitrin in der geburtshilflichen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Exaterinodar, nebst Mitteilungen aus der Literatur. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 29. p. 557. (55 Fälle, keine schädlichen Nebenwirkungen beobachtet. Am besten wirkt Pituitrin in der Austreibungsperiode und bei atonischen Blutungen, geringer Effekt bei Frühgeburten.)
56. Weber, Über Hypophysenextrakte als Wehenmittel. Inaug.-Diss. Kiel. Berl. klin. Wochenschr. p. 899. (Bei Wehenschwäche und Wehenstillstand sowohl in der Eröffnungs- als auch in der Austreibungsperiode gute Erfolge. Hypophysenextrakte sollen nicht injiziert werden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt und des Abortus, bei Uterusatonie in der Nachgeburtsperiode. Vorsicht ist geboten, wenn die kindlichen Herztöne schlecht sind.)
57. Wellmann, E., Resultate mit Hypophysenextrakten als wehenanregende und blutstillende Mittel bei der Geburt. Diss. Freiburg i. Br. 1913.
58. Wolff, K., Zirbeldrüsenextrakt in der geburtshilflichen Landpraxis. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 32. p. 1557. (54 Fälle, darunter 28, bei denen die Wirkung des Präparates eine ganz ausgezeichnete war, ebenso bei 15 Fällen in der Nachgeburtsperiode mit gutem Erfolg angewandt. Bei 11 Fällen [sieben Erstgebärende mit rigiden Weichteilen und vier Mehrgebärende mit sehr grossen Kindern] musste trotz ausgiebiger Anwendung von Hypophysenextrakt die Geburt durch Forzeps beendet werden.)

59. Wormser, Diskussion über Wehenmittel. Gyn. Ges. d. Deutschen Schweiz. 11. und 12. Juli. 1914. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1399. (Verf. empfiehlt Tenosin in der Nachgeburtsperiode, ebenso die Kombination Pituitrin-Sekakornin. Er warnt vor der kombinierten Anwendung Pantopon-Sekakornin bei stillenden Müttern, da alle Opiate den Kindern schaden.)

Nachgeburtsperiode.

1. Abel, Karl, Uteramin-Zyma, ein synthetischer Ersatz der Mutterkornpräparate. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17. p. 846. (Das synthetisch hergestellte Uteramin, ein Paraoxyphenyläthylamin, ist nicht nur ein vollkommener Ersatz der Mutterkornpräparate, sondern es übertrifft diese noch durch seine immer gleichmässige Zusammensetzung, durch seine vollkommene Ungiftigkeit und durch den Ausfall aller toxischen Nebenwirkungen. Die Rückbildung des Uterus geschieht nach der Entbindung energischer und schneller als nach Verabreichung von Mutterkornpräparaten. Eine einmalige Injektion von 1 ccm genügt; auch im Wochenbett bei Eihautretentionen wurden gleich gute Erfolge erzielt.)
2. Ahlfeld, F., Nachgeburtsbehandlung und manuelle Plazentalösung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 167. (Warnung vor überstürzten und gewaltsamen Manipulationen in der Nachgeburtsperiode, weil dadurch manuelle Plazentalösung nötig wird.)
3. Freeland, J. R., The relationship existing between the mechanism and management of the third stage of labor. A report of 2600 cases from the Rotunda Hospital, Dublin, Ireland. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. p. 302. (Ohne Nachhilfe durch Massage und Expressionsversuche erfolgt die Ausstossung der Plazenta nach Schultze in 82,5% unter 2600 Fällen. Nur in 5% aller Fälle sind die Eihäute unvollständig, dagegen fehlen sie in 15,4% der Fälle mit Lösung nach Duncan. Schultzes Mechanismus muss als normal und erstrebenswert angesehen werden, deshalb „Hand weg vom Uterus“ in der dritten Geburtsperiode.)
4. Karnicki, Alexander, Zur Sekakorninwirkung in der Nachgeburtsperiode. Przeglad lekarski. Nr. 1. (Die beste Gebärmutterkontraktion war nach Sekakornininjektion und Darreichung per os in den ersten zwei Wochenbettstagen festzustellen.)
5. Procopio, Über die beste Methode der Nachgeburtsleitung. Sep.-Abdr. a. Gazz. ital. delle Levatrici. 1913. Nr. 16. (Ahlfelds abwartende Methode ist sehr zu empfehlen. In 90 bis 95% aller Fälle, verläuft die Nachgeburtszeit völlig normal. Bei drohender Atonie oder schon bestehender Blutung bewirkt Hypophysenextrakt einen leichten Austritt der Plazenta, ebenso macht Pituglandol bei Plazentarretention die manuelle Lösung überflüssig.)
6. Vogt, Pituitrin in der Nachgeburtsperiode. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 49. (Pituitrin fördert die Loslösung der Plazenta, man kann es in der Nachgeburtsperiode trotz mehrmaliger Injektionen sub partu ruhig anwenden, bevor man zur manuellen Lösung schreitet. Auch bei Fehl- und Frühgeburten wartet Vogt und leitet die Nachgeburtsperiode mit Pituitrin ein. Verf. wendet zuerst Credé an, dann gibt er Ergotin und Pituitrin; keine gefährlichen Blutungen beobachtet.)

Narkose der Kreissenden.

1. Bar, Paul, L'anesthésie locale (méthode de Reclus) en obstétrique. Journ. des sages-femmes. Jahrg. 42. p. 1. (Die Methode hat sich in der Geburtshilfe sehr gut bewährt.)
2. Blankmeyer, H. H., Obstetrical helps. National eclectic. Med. Assoc. Quart. Vol. 5. p. 224.
3. Bürgi, Emil, Die Pantopon-Skopolaminnarkose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 125. p. 211. 1913. (Von allen Kombinationen des Skopolamins mit den Alkaloiden der

Opiumreihe wirken die von Pantopon-Skopolamin am besten, sie beeinflussen das Atemzentrum sehr gering, auch wird das Erbrechen weniger beobachtet. Bürgi empfiehlt für die Beseitigung von Wehenschmerzen die Anwendung von 0,02 Pantopon, kombiniert mit 0,0002 Skopolamin.)

4. Esch, P., Über Dosierung und Erfolge von intramuskulären Pantopon-Skopolamininjektionen bei Kreissenden. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. p. 690. (Esch stellt als Vorbedingung für die Injektion von Pantopon-Skopolamin das Vorhandensein guter Wehen hin. Ungefähr 75% erfolgreiche Injektionen. Wiederholt musste später noch Pituglandol gegeben werden. Drei von 200 Kindern wurden oligopnoisch geboren.)
5. Fuchs, H., Narkose und Anästhesie bei Geburten. Med. Klinik 1913. Nr. 30. (Übersichtsarbeit über die Geschichte der Anästhesie in der Geburtshilfe.)
6. Gellhorn, G., Lokale und spinale Anästhesie in Gynäkologie und Geburtshilfe. Journ. Amer. Med. Assoc. 1913. Bd. 61. Nr. 15. p. 1354. (Referiert im Bericht über die 64. Jahresversammlung der Amer. Med. Assoc. im Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1366.
7. Gromadzki, H., Novokain und Adrenalin in der geburtshilflichen Praxis. Przegl. chir. i gin. Bd. 10. Heft 2. (Novokain in Kochsalzlösung, vermischt mit Adrenalin wird vom Verf. aufs wärmste für alle kleineren Eingriffe während und nach der Geburt zur lokalen Anästhesie empfohlen.)
8. Hubbard, B. Roswell, Anesthetics in labor. National eclectic. Med. Assoc. Quart. Vol. 5. p. 157. 1913. (Der Gebrauch von H. M. & C.-Tabletten, von Morphium und Adrenalin, oder das Auflegen von mit Äther oder Chloroform getränkter Gaze ist während der Wehen recht zu empfehlen.)
9. Johannsen, Th., Weitere Erfahrungen mit der Pantopon-Skopolaminnarkose und Pantopon überhaupt. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 724. (Gute Erfolge mit Pantoponinjektionen zur Linderung des Wehenschmerzes.)
10. Klaus, H., Über Verwendung von Narkophin in der Geburtshilfe. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. p. 186. (90 Fälle. Narkophin lindert die Wehenschmerzen sehr gut, ist dem Pantopon gegenüber unschädlich. Nur in ganz seltenen Fällen Asphyxie der Kinder beobachtet. Narkophin wird sub partu in Form von Injektionen gegeben, um die Nachwehen aufzuheben in Form von Tabletten.)
11. Krönig, Erfolge des Dämmerschlafes bei Entbindungen. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1343. (3000 Entbindungen in Dämmerschlaf, keinerlei Schädigung der Mutter oder des Kindes nachgewiesen. Nachteilig nur ist die Möglichkeit des Eintritts von vorübergehenden Erregungs- und Verwirrungszuständen.)
12. Oertel, Christian, Laudanon in der Geburtshilfe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. (70 Fälle mit sehr zufriedenstellendem Erfolg.)
13. Ricci, A. Parmenide, Della rachianestesia in ginecologia ed ostetricia. Arch. ital. di ginec. Jahrg. 17. p. 77. (Empfehlung der Lumbalanästhesie auch in der Geburtshilfe, keine schädigende Beeinflussung von Geburt, Wochenbett und Kind.)
14. Siegel, P. W., Über Leitungsanästhesie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1451. (Der Verf. hält die Verwendung grosser Flüssigkeitsmengen für absolut notwendig, weil mit kleinen Mengen von 5—10 ccm für den Interkostalraum meist erfolglos gearbeitet worden ist.)
15. — Schmerzlose Entbindungen im Dämmerschlaf unter Verwendung einer vereinfachten Methode. Deutsche med. Wochenschr. p. 1049. (220 Fälle, mit nur 2% Versagern wurde Skopolamin-Narkophindämmerschlaf angewendet. Beim Durchschneiden des Kopfes leichter Chloräthylrausch. In der Eröffnungs- wie in der Austreibungsperiode wurde eine Geburtsverlangsamung beobachtet, ferner eine Operationsfrequenz zu 10% und eine Kindermortalität zu 2,15%.)
16. — Die paravertebrale Leitungsanästhesie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1416. (20 geburtshilfliche Operationen in reiner Leitungsanästhesie, d. h. in paravertebraler oder parasakraler, resp. in kombinierter paravertebral-parasakraler Anästhesie. Stets gute Erfolge. Bisher noch keine Kontraindikation. Ein kleiner, frequenter Puls ist als leichte Nebenerscheinung zu bemerken. Keine Nachwirkungen.)
17. Soli, Skopomorphinanalgesie in der Geburtshilfe. Rassegna d'obst. e ginec. Jahrg. 22. Nr. 11 u. 12. (176 Fälle, darunter nur acht vollständige Versager. Niemals schadet es der Mutter, von 177 Kindern waren drei tot, 10 asphyktisch geboren.)
18. Wayne-Babcock, W., Spinalanästhesie in Gynäkologie, Geburtshilfe und Bauchchirurgie. Journ. Amer. Med. Assoc. 1913. Vol. 61. Nr. 15. p. 1358. Ref. im Bericht über die 64. Jahresversamml. der Amer. Med. Assoc. im Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1365.

V.

Physiologie des Wochenbettes.

Referent: Privatdozent Dr. A. Hamm, Strassburg i. E.

I. Physiologie und Diätetik der Wöchnerin.

1. Allgemeines.

1. Bolaffio, M., Sur les lipoïdes du sang et sur l'action lipolytique du sérum dans l'état puerpéral. Ann. di ost. e gyn. Nov. 1913. p. 541—562. Ref. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 348. (Bolaffio stellt eine Graviditätslipämie fest, die gegen Ende der Schwangerschaft zunimmt, beim Geburtsakt ihr Maximum erreicht und dann nach der ersten Woche des Puerperiums allmählich verschwindet.)
2. Couvelaire, A., L'introduction à la chirurgie utérine obstétricale. Paris, Steinheil. Ref. in Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 3. p. 73. (Zahlreiche Abbildungen der Blutgefässe des puerperalen Uterus.)
3. Decio, Über den Gehalt an Fett und Cholesterin des Blutes von Schwangeren und Wöchnerinnen bei normalem und pathologischem Zustande. Ref. in Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. p. 494. (Im Wochenbett Abnahme des Blutes an Fett und Cholesterin, jedoch kein Zusammenhang zwischen dem Gehalt des Blutes an diesen Stoffen und den Lochien, der Uterusinvolution oder der Tätigkeit der Mamma aufzufinden.)
4. *Fabre et Petzetakis, Etude sur la bradycardie des suites de couches. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 3. p. 353—374.
5. Gayler, W. C., The dorsal position during the puerperium as a cause of retroversio uteri. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 62. p. 607.
6. Heil, K., Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochenbetts. Sammelreferat über das Jahr 1912. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 3. p. 99—117.
7. *Hofmann, E., Zur Blutgerinnung und zum Blutbild bei normalen, hyperthyreotischen und hypothyreotischen Schwangeren und Wöchnerinnen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 246—263.
8. Lhoste, M., Le lever précoce surveillé des accouchées. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 45. (Vorteilhafte Erfahrungen an 680 Wöchnerinnen der Lyoner Klinik durch Frühaufstehen am 4.—5. Tag.)
9. Osouf, M. L., Contribution à l'étude de la dilatation aiguë de l'estomac chez les nouvelles accouchées. Thèse d'Alger. 1913. Nr. 4. (Osouf hat bei Frischentbundenen relativ häufig akute Magendilatation nachweisen können, besonders nach Chloroformnarkose.)
10. Parazzi, P., A propos des causes des affections de la bouche et des dents durant l'état puerpéral. Ann. di ost. e gyn. Nov. 1913. p. 575—590. Ref. in Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 348. (Empfehlung salzreicher Kost zur Bekämpfung der Entkalkung der Zähne; ferner Anraten reichlicher antiseptischer Mundspülungen.)
11. Pellissier, M. P., De la tension artérielle, de la viscosité du sang total et de leurs rapports au cours de la grossesse normale et pathologique, pendant le travail et les suites de couches. Thèse de Paris. 1913. Nr. 407.
12. *Sieben, W., Über das Blut des Weibes in der Geburt und im Wochenbett. Dissert. Strassburg.
13. *Tertola, L., Über Blutveränderungen während der Geburt, Laktationsperiode und der ersten Menses post partum (mit 8 Tafeln und ausführlicher Literatur). Arch. f. Gyn. Bd. 103. p. 115—216.
14. La Torre, F., Come si deve nutrire una puerpera. (Considerazioni di pratica ostetrica.) Clin. ostetr. Jahrg. 16. Nr. 7 u. 8. (Klinische Beobachtungen über die zweckmässigste Ernährung der Wöchnerin.)

Während der Streit um die Zweckmässigkeit des Frühaufstehens der Wöchnerinnen sich beruhigt zu haben scheint, hat die Erforschung des Blutes sowie der Kreislaufsverhältnisse im Wochenbett aufs neue das Interesse der Geburtshelfer in Anspruch genommen. So publiziert L. Tertola (13) aus der Heinriciusschen Klinik ausführliche Studien über die Blutveränderungen, die er an 13 Fällen in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett bis zum Wiedereintritt der Periode machen konnte. Sie stehen im grossen und ganzen im Einklang mit den Resultaten, die W. Sieben (12) an 10 Fällen der Strassburger Frauenklinik gewann. Sieben resumiert dahin, dass die Erythrozyten und Hämoglobin im Wochenbett ein ähnliches Verhalten zeigen wie nach sonstigen Blutverlusten, d. h. zuerst einen langsamen Abfall und dann einen langsamen Anstieg beider Faktoren. Tertola fand unter der Geburt entsprechende Erythrozytenzahlen wie bei seinen letzten Untersuchungen (80—569 Tage post partum), ebenso entsprachen sich die Hämoglobinwerte dieser beiden Epochen; auf die Geburt folgte in der Hälfte der Fälle ein Sinken der Erythrozyten sowie der Hämoglobinwerte, bei der anderen Hälfte waren allerdings keine deutlichen Veränderungen wahrnehmbar. Hingegen konnte er in den meisten Fällen zwischen dem 10. und 40. Tage post partum das Eintreten einer „Steigerungsperiode" beobachten, die zu einer Erythrozytenvermehrung um durchschnittlich 31,2% führte und 1—4 Monate anhielt. Die Steigerung betrifft aber bloss die roten Blutkörperchen, nicht auch den Hämoglobingehalt, der nicht Schritt hält mit dieser Vermehrung der Erythrozytenzahlen. Es fand sich eine grössere Steigerung bei den Frauen, die während der ersten $1^1/_2$ Monate mit dem Stillen aufhörten. Der Eintritt der Menses fiel meist in die Steigerungsperiode. Auch über das Verhalten der weissen Blutelemente scheinen beide Autoren mit ihren exakten Methoden zu ziemlich übereinstimmenden Ergebnissen gekommen zu sein. Nach Sieben erreicht die Geburtsleukozytose erst in der zweiten Woche ihr Ende, und zwar sinken die neutrophilen polynukleären Leukozyten von der Geburt bis zum Ende des Wochenbetts ununterbrochen ab. Ein ähnliches Verhalten zeigen die Lymphozyten. Die Eosinophilen fehlten lange nicht so oft wie in der Literatur angegeben, hingegen fehlten die Mononukleären, Mast- und Übergangszellen im allgemeinen gleich nach der Geburt und traten auch im Wochenbett meist nur spärlich auf. Tertola fasst sich hierüber folgendermassen zusammen: Die polynukleären Leukozyten zeigen keine wesentliche Änderung während der ersten Woche, dann meist eine binnen acht Tagen post partum beginnende meist langsame Steigerung, die erst $^1/_2$—$2^1/_2$ Monate später aufhört. Die Eosinophilen verschwinden in der Geburt entweder völlig oder fast völlig und kehren dann in 2—4 Wochen und länger anhaltender Steigerung wieder. Das Sinken der Gesamtzahlen der Leukozyten sowie der absoluten und der prozentischen Zahlen der Neutrophilen schreitet noch nach der ersten Woche fort, dauert meist $^2/_3$—2 Monate an und ist häufiger nach der auf die Geburt folgenden Woche grösser als während derselben.

E. Hofmann (7) untersuchte die Blutgerinnungszeit bei normalen, hyperthyreotischen und hypothyreotischen Schwangeren und Wöchnerinnen. Während durch die Geburt die Gerinnungszeit in 50% der Fälle verkürzt ist, verzögert sie sich im Wochenbett allmählich und kehrt zur Norm zurück. Es besteht kein Unterschied bei den drei Kategorien.

Eine beachtenswerte Studie über die „physiologische puerperale Bradykardie" haben Fabre und Petzetakis (4) mitgeteilt, allerdings ohne Berücksichtigung der einschlägigen deutschen Literatur, so dass die Frage nur ungenügend gelöst wird. Während Hamm in seiner Inaug.-Dissertation (Strassburg 1903) nachgewiesen hatte, dass es sich bloss in etwa 10% der Fälle von langsamem Puls im Wochenbett um eine richtige Pulsverlangsamung handelt, sprechen sie jeden Fall von einer Pulsfrequenz zwischen 70—60 als „bradycardie légère", zwischen 60—50 als „bradycardie moyenne", zwischen 50—40 als „brady-

cardie forte" an. Den Eintritt der Verlangsamung sahen sie meist am dritten oder vierten Wochenbettstag, das Maximum am 7. bis 9. Tag, das Verschwinden am 18. bis 30. Tag. Je früher sie einsetzt, desto schneller verschwinde sie im allgemeinen.

Neben der „bradycardie totale vraie" unterscheiden Fabre und Petzetakis eine „bradycardie par arythmie sinusale" und eine „bradycardie totale avec arythmie sinusale", beides meines Erachtens Folgen der „respiratorischen Arythmie". Dass die „bradycardie par extra-systoles" äusserst selten ist, heben auch Fabre und Petzetakis hervor. Besprechung der Atropin- und der Amylnitritprobe sowie andererseits des „réflexe oculo-cardiaque" (Augapfelkompression). Fabre und Petzetakis sehen die Ursache der Verlangsamung in einer Vagusreizung reflektorischer oder toxischer Natur, jedenfalls nicht in einer Veränderung des Blutdrucks; auch kann sie nicht einfach die Folge der Bettruhe sein, da die Frauen nach Vorschrift der Lyoner Klinik am dritten bis vierten Tag das Bett verliessen.

2. Milchsekretion, Stillen.

1. Bouin et Ancel, Sur le rôle du corps jaune dans le déterminisme expérimental de la sécrétion mammaire. Soc. de biol. Paris, 31 Janv. (Bouin und Ancel weisen nach, dass mechanische Reizung des Uterus denselben sekretionsanregenden Einfluss auf die Milchbildung auszuüben vermag wie das Hormon des Corpus luteum, vorausgesetzt, dass die Mamma durch dieses Hormon bereits sensibilisiert war.)
2. Brodsky, C., Beobachtungen über die Laktation der Ammen. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 3 u. 4. (Protokollarische und tabellarische Mitteilungen über die Laktationsdauer und -menge sowie über die Änderungen der Laktation während der Menstruation.)
3. Bunge, G. v., Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen. Die Ursachen dieser Unfähigkeit, die Mittel zur Verhütung. Ein Vortrag. 7. verm. Aufl. mit einem polemischen Nachwort. München, E. Reinhardt. 40 p. 0,80 Mk. (380 neue Beweisfälle zu den 2400 der VI. Auflage.)
4. Cameron, H. Ch., A lecture on the causes of the failure of women to nurse their infants at the breast. The Lancet. Vol. 2. Nr. 13. p. 911—917. 1913. (Vorlesung über das Unvermögen der Frauen, ihre Kinder zu stillen.)
5. Cavagnis, G., Contribution clinique et expérimentale à l'étude de la sécrétion interne de la mamelle. Ann. di ostetr. e gyn. Nov. 1913. p. 563—574. Ref. in Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 348.
6. Deresse, Fr., Des causes qui empêchent les femmes d'allaiter. Rev. prat. d'obst. et de péd. Tome 27. Nr. 297 u. 298. (Statistik aus drei Kliniken [Marfan, Baudelocque und Tarnier] über die Stillfähigkeit der Frauen. Obwohl 80—82% vollkommen stillfähig waren, stillten bloss ca. 32%. Stillunfähigkeit in den höheren Ständen grösser als in den Arbeiterklassen.)
7. Grumme, Über die Möglichkeit, den Fettgehalt der Milch zu steigern. (Tierexperimentelle Studie.) Zeitschr. f. exp. Path. u. Therap. Bd. 14. p. 549—554. (Fütterungsversuche an Ziegen mit Malztropon. Durchschnittliche Vermehrung der Milchmenge um 18%, Erhöhung des Fettgehaltes um fast ein Drittel in drei gleichsinnig ausgefallenen Versuchsreihen.)
8. Hill, R. L., and S. Simpson, The effect of pituitary extract on the secretion of milk in the cow. Proceed. of the Soc. for exp. Biol. and Med. Vol. 11. Nr. 3. p. 82—85. (Durch intravenöse Injektion von Extrakt sowohl der ganzen Hypophyse wie bloss des Hinterlappens zeigte sich bei der Kuh ein deutliches Ansteigen der Milchsekretion, besonders eine Erhöhung des Fettgehaltes. Jedoch wurde diese künstliche Steigerung in der nächsten Milchperiode wieder ausgeglichen, so dass bei Untersuchung der Tagesmenge keinerlei Unterschiede gegenüber der sonstigen Milchsekretion nachweisbar sind.)
9. Hirsch, G., Beiträge zur Stillungsnot in München. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 64. (Statistische Mitteilungen über die Ermittelungsergebnisse beim Material der Poliklinik für Frauenleiden in München.)

10. Huët, G. J., Über die Wirkung der Laktagoga. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Heft 1. Nr. 17. p. 1353—1370. (Spricht den Laktagoga [Malztropon, Theinhardts Hygiama etc.] eine spezifische Wirkung ab; bloss leicht assimilierbare Nahrungsmittel, die bei unterernährten Müttern natürlich besonders empfehlenswert.)
11. Krosz, G., Beitrag zur Frage der Stillfähigkeit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 470—497. (Auf Grund des Materials an der Landesfrauenklinik in Magdeburg von 1911—1913 kommt Krosz zu folgendem Ergebnis: völlig stillunfähig waren 0,96% der Wöchnerinnen; ausreichend Stillfähige 86,61%, bei 12,43% bestand mangelhafte Stillfähigkeit. Für das bearbeitete Material kann von einer Abnahme der Stillfähigkeit nicht die Rede sein; er hält es für wesentlich, den Stillwillen und die Stillfreudigkeit der Mütter anzuspornen.)
12. Patein, G., et L. Devel, Variation du lait de femme selon l'âge après l'accouchement. Journ. de diététique et bactériothérap. 20 Nov. 1913. p. 312. (Die ausgedehnten Untersuchungen von Patein und Devel bestätigen die Anschauungen Barbiers, dass die Ammenmilch je nach dem Alter der Amme sowie je nach der Tageszeit sehr variieren kann; besonders im ersten Monat nach der Niederkunft bestehen beträchtliche Unterschiede im Gehalt von Fett, Milchzucker und Kasein.)
13. Stevenson, B. A., Report of Experiments to Test the Toxicity of Mother's Milk after Administration of Acetanilide. The Journ. of the Michigan State Med. Soc. April.
14. Zuckmayer, F., Über die Frauenmilch der ersten Laktationszeit und den Einfluss einer Kalk- und Phosphorsäurezulage auf ihre Zusammensetzung. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 158. p. 209—218. (Durch Verabreichung von Trikalkol (kolloidales, alkalilösliches Trikalziumphosphatkasein) mit der Nahrung konnte Zuckmayer den Kalkgehalt der Milch um ca. 10% steigern, aber nur dann, wenn das Mittel bereits während der Schwangerschaft verabreicht wurde; hingegen liess sich nach bereits erfolgter Entbindung eine regelmässige Erhöhung der Kalk- und Phosphorwerte nicht mehr erzielen.)

II. Physiologie und Pathologie des Neugeborenen.

1. Allgemeine Physiologie und Diätetik.

1. Benecke, M., Die Bedeutung einzelner Merkmale zur Altersbestimmung des neugeborenen Kindes. Dissert. Leipzig 1913.
2. *Benestadt, Wo liegt die Ursache zur „physiologischen" Gewichtsabnahme neugeborener Kinder? Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. Heft 1.
3. Betke, H., Die Couveusenbehandlung der Frühgeborenen und Lebensschwachen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 255. (Mitteilung der von 1902—1912 an der Heubnerschen Klinik mit der Couveusenbehandlung erzielten Resultate.)
4. Bondy, J., Das Gewicht des Neugeborenen und die Ernährung der Mutter. Wiener klin. Wochenschr. p. 14—16. (Hinweis auf die Abhängigkeit des Neugeborenen von der Ernährung der Mutter in der Schwangerschaft.)
5. Chapuis, R., La viabilité des nouveau-nés. Rev. méd. de la Suisse romande. Jahrg. 34. p. 58—61. (Eine 830 g schwere, etwas über 5 Monate getragene Frucht lebte 17 Stunden, eine andere, am Ende des sechsten Monats ausgestossene lebte über zwei Monate.)
6. Dalyell, E. J., Obligate Anaerobes in Alimentary Tract of Infants. Ref. in The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 22. p. 1985. (Von der 8. bis zur 48. Stunde nach der Geburt waren zwei obligate Anaerobier im Intestinaltraktus der Neugeborenen vorherrschend, erst am Ende der ersten Lebenswoche fanden sich Koliformen in der Mehrzahl.)
7. Devillers, A., Recherches de thermométrie chez le nouveau-né. Thèse de Paris. 1912. (Während beim Fötus in utero die fötale Temperatur die mütterliche um ca. 0,3° übersteigt, ist sie später sehr von äusseren Einflüssen abhängig.)
8. *Fellenberg, R. v., und A. Döll, Über die biologischen Beziehungen zwischen Mutter und Kind. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 285—318.

9. Flusser, E., Untersuchungen über die Gerinnbarkeit des Blutes in den ersten Lebenswochen. Monatsschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 12. p. 705—713. (Bei Icterus neonatorum beträgt die Blutgerinnbarkeit 11—12 Minuten gegenüber sonst $8^1/_4$ Minuten.)
10. Fossati, G., Les glandes sudoripares des foetus nés de mères albuminuriques ou éclamptiques. Ann. di ostetr. e gyn. Oct. 1913. p. 513—528. Ref. in Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 348.
11. Franz, Th., und A. v. Reuss, Beiträge zur Kenntnis des Harns der ersten Lebenstage. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 3.
12. Gaucher, L., Adaption du suc gastric à la coagulation et à la digestion du lait chez les nourrissons. Soc. de biol. de Paris. 7 Mars. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. p. 402. (Nachweis, dass Säuglinge, die mit Kuhmilch ernährt werden, mehr Magensaft produzieren als Brustkinder.)
13. Gaultier, P., L'examen des gardes-robes de nourrissons: indication diagnostiques et diététiques. Paris méd. 10 Janv. (Beschreibung der verschiedenen Stühle beim gesunden wie beim kranken Säugling.)
14. Grumeau, Etude médico-légale sur la viabilité des nouveau-nés. Thèse de Lille. 1913. Nr. 15.
15. Hellin, Z., Über eine noch unbekannte Eigenschaft des Blutserums von Neugeborenen und Schwangeren. Münchn. med. Wochenschr. p. 1331—1332. (Das inaktivierte Serum von Schwangeren sowohl wie das Nabelschnurblut zeigt einen grünlich opaleszierenden Schimmer und wird trüb, während das Blutserum von Männern keine derartige Veränderungen zeigt. Erklärung vorläufig unklar.)
16. *Joukovsky, V., Über die Metrorrhagien der neugeborenen Mädchen. Pediatria. (Russisch.) Bd. 4. Nr. 6. p. 474—482.
16a. Kaarsberg, J., An Barnet under Svangerskab og Fódsel. (Über das Kind während der Schwangerschaft und Geburt.) Vortrag. Ref. Tijdskr. for Sygepleje. Nr. 7. 7 p. (O. Horn.)
17. Kaznelson, R., Klinische Untersuchungen über Asymmetrie des Schädels bei Neugeborenen. Diss. München.
18. Keller, A., und W. Birk, Kinderpflegelehrbuch. II. Aufl. Berlin, J. Springer. 2 Mk.
19. *Lawatschek, R., Die enterale Resorption von genuinem Eiweiss bei Neugeborenen und darmkranken Säuglingen und ihre Verwertbarkeit als Funktionsprüfungsmethode. Prager med. Wochenschr. Nr. 16.
20. *Linzenmeier, G., Der Verschluss des Ductus arteriosus Botalli nach der Geburt des Kindes. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 217—252.
21. Maurel, M. E., Contribution à l'étude du thorax chez le nouveau-né. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 127. (Die kreisrunde Beschaffenheit des Brustkorbs der Neugeborenen ist aufzufassen als Anpassungserscheinung an den infolge der grösseren Körperoberfläche gesteigerten Sauerstoffumsatz des Säuglings.)
22. Maurel, E., Etude du thorax chez le nouveau-né. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 13. p. 517—544.
23. *Metschnikoff, E., Les diarrhées des nourrissons; études sur la flore intestinale. Ann. de l'Institut Pasteur. p. 89—120.
24. Noack, F., Der Übergang der mütterlichen Scheidenkeime auf das Kind während der Geburt. Inaug.-Diss. Halle.
25. *Opitz, H., Über Wachstum und Entwickelung untergewichtiger ausgetragener Neugeborener. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 3.
26. *Peller, S., Anthropometrische Untersuchungsergebnisse bei Neugeborenen jüdischer und nichtjüdischer Abstammung. Zeitschr. f. Demogr. u. Stat. der Juden. Jahrg. 10. Nr. 2. p. 23—25.
27. — Das Gewicht des Neugeborenen nach der sozialen Lage und dem Ernährungszustande der Mutter. Wiener klin. Wochenschr. p. 327—329. (Erwiderung auf Bondis Aufsatz.)
28. Pironneau, Le thorax en entonnoir chez le nourrisson. La Clin. infantile. p. 1—6.
29. *Pirquet, Cl. v., Über den Zusammenhang von Länge und Gewicht bei neugeborenen Kindern. Wiener med. Wochenschr. 1915. p. 37.
30. *Popoff, H., La pression sanguine chez les enfants sains. Thèse de St. Pétersbourg. 1913. Ref. in Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 364.
31. Rinne, H., Über das Verhalten der Blutelemente beim Fötus. Diss. Göttingen 1913.
32. Rumberg, P., Über die Kopfgeschwulst bei Neugeborenen. Diss. Göttingen 1913.

32a. Schmidgall, Gr., Bakteriologische Untersuchungen des Scheidensekrets der neugeborenen Mädchen. Diss. Strassburg und Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. p. 190.
33. Schütt, Über die Temperaturverhältnisse bei Neugeborenen. Diss. Giessen 1913.
34. Stolte, K., Betrachtungen und Erfahrungen über eine weniger schematische Behandlung von Säuglingen im Krankenhause. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. Heft 2. (Beherzigenswerte Ratschläge für Leiter von Säuglingsstationen.)
35. Tugendreich, G., Vorträge über Ernährung und Pflege des Kindes im ersten und zweiten Lebensjahre. F. Enke, Stuttgart. 1,60 Mk.
36. Uffenheimer, A., Gibt es einen „schädlichen Nahrungsrest" beim Säugling? Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. p. 2027—2030 u. 2066—2069. (Durch das regelmässige Auffinden des Kaseins in den Stühlen der Säuglinge ist das Vorhandensein eines Nahrungsrestes zweifellos erwiesen. Inwieweit es ein schädlicher Nahrungsrest ist, lässt sich vorläufig noch nicht sicher sagen.)
37. *Weihrauch, H. V., Die Ursache des ersten Atemzugs. Clevel. Med. Journ. Juli 1913.
38. *Weisswange, Das Baden der Kinder. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 90.
39. *Zacharias, E., Genitalblutungen neugeborener Mädchen. Med. Klin. Nr. 46.

Durch Prüfung der Bakterienagglutinine, Bakteriolysine und Hämagglutinine konnten Fellenberg und Döll (8) feststellen, dass eine prinzipielle Übereinstimmung im Verhalten des mütterlichen und des kindlichen Organismus nicht besteht. Die normalen Antikörper entstehen im Fötus autochthon, ihre Bildung ist eine natürliche Funktion der fötalen Körperzellen. Es besteht schon beim Fötus ein vollständig nach allen Richtungen fertig ausgebildeter Zellchemismus mit seinen vielgestaltigen Rezeptoren für Nahrung aller Art, von denen eine Anzahl auch auf pathogene Bakterien bereits eingestellt sind. Der Fötus ist also schon bei der Geburt, was seine normale Antikörperbildung und seinen Zellchemismus anbetrifft, ein eigenes Individuum und nicht von der Mutter abhängig.

Über den Zusammenhang zwischen der Länge und dem Gewichte bei Neugeborenen machte v. Pirquet (29) eingehende Untersuchungen durch Messungen und Wägung von je 200 Knaben und Mädchen der Schautaschen Klinik. Es ergab sich, dass die Knaben durchschnittlich um 1 cm länger sind als die Mädchen und dass dieser grösseren Durchschnittslänge der Knaben auch ein grösseres Durchschnittsgewicht entspricht. Das Gewicht steigt proportional der Länge an, überhaupt sind die Neugeborenen verschiedener Länge und verschiedenen Geschlechts einander geometrisch ähnlich; bloss im Fett- und Muskelansatz zeigen sich stärkere Variationen. Dass die Rasseneigentümlichkeiten schon beim Neugeborenen zum Ausdruck kommen, konnte Peller (26) dartun durch anthropometrische Messungen jüdischer und nichtjüdischer Abkömmlinge. Bei den Juden zeigte sich ein durchschnittlicher Rückstand der Erstgeborenen um 84 g gegenüber den Katholiken; auch sonstige anthropologische Eigentümlichkeiten liessen sich deutlich wahrnehmen.

Das Schicksal untergewichtiger ausgetragener Neugeborener hat H. Opitz (25) näher verfolgt. Von 73 derartigen Kindern haben sich die meisten ganz normal entwickelt; bloss schienen etwas häufiger „exsudative Diathese" sowie Ernährungsstörungen vorzukommen.

Benestadt (2) geht der Ursache zur „physiologischen" Gewichtsabnahme neugeborener Kinder nach. Nach ihm beruht die Abnahme, deren Dauer und Höhe vom Entwickelungsgrad des Kindes, seinem Geburtsgewicht und der Milchmenge der Mutter mit abhängig ist, auf einer Stoffwechselinsuffizienz, besonders des Wasserstoffwechsels. Die Ausscheidung grosser Stickstoffmengen im Harn spricht für mangelhafte Ausnutzung und Spaltung von Eiweissstoffen in den ersten Lebenstagen.

Als auslösendes Moment für den ersten Atemzug ist nach Weihrauch (37) vor allem die Reizung des Atemzentrums durch kohlensäureüberladenes Blut

anzusehen. Einen neuen Gesichtspunkt für die Lehre vom Verschluss des Ductus arteriosus Botalli nach der Geburt des Kindes stellt Linzenmeier (20) auf. Er kommt ebenso wie schon früher Walkhoff und Kirstein zu dem Resultat, dass keine der bisherigen Verschlusstheorien genügend erscheint. Linzenmeier hat auf Grund von Experimenten die Überzeugung gewonnen, dass das Hauptmoment für den plötzlichen Duktusverschluss gleich nach der Geburt die Drehknickung des Duktusrohres infolge der Herzverlagerung zu gelten hat, die ihrerseits wiederum eine Folge der Lungenentfaltung und Ausdehnung durch den ersten Atemzug ist.

Popoff (30) hat eine Zunahme des Blutdrucks im ersten Lebensjahr festgestellt und zwar von 34—74 beim Neugeborenen auf 49—100 am Ende des ersten Jahres. In den folgenden Lebensjahren steigt dann der Blutdruck viel langsamer. Bei Frühgeborenen und Lebensschwachen ist der Blutdruck am niedrigsten.

Über die Resorptionsverhältnisse des Neugeborenendarms hat Lawatschek (19) neue serologische Untersuchungen mitgeteilt. Die Durchgängigkeit des Darmes Neugeborener für heterologes Eiweiss besteht normalerweise über den 10. Lebenstag hinaus. Mit zunehmendem Alter scheint die Resistenz der Magendarmwand allmählich zu wachsen. Diese „Permeabilitätsreaktion“ auf genuines Eiweiss wurde bei älteren Säuglingen infolge schwerer Darmstörungen wieder positiv. Bei akuter Enteritis wurden die gleichen, ja sogar höhere Werte erreicht wie beim Neugeborenen.

Metschnikoff (23) wendet sich auf Grund experimenteller Untersuchungen an Affen gegen die neuerdings vielfach wieder vorgebrachte Anschauung, dass die Cholera infantium keine Infektionskrankheit sei. Er sieht im Bac. proteus den fast regelmässigen Infektionserreger, sowohl wegen seiner Anwesenheit in 93% der infizierten Stühle als wegen der Möglichkeit, beim höheren Affen durch Verfütterung mit Proteus experimentelle „Cholera infantium“ zu erzeugen. Für die Prophylaxe der Erkrankung spricht Metschnikoff der Ausrottung der Fliegen eine besondere Bedeutung zu.

Th. Franz und A. v. Reuss liefern interessante Beiträge (11) zur Kenntnis des Harns der ersten Lebenstage. Der erste von Neugeborenen gelassene Urin enthält in ca. der Hälfte der Fälle einen durch Essigsäure fällbaren Körper, der in den späteren Harnportionen sogar noch häufiger nachgewiesen wird, aber gegen den achten Tag hin allmählich verschwindet. Verf. sehen in der Eiweissausscheidung einen physiologischen Vorgang und machen die intra partum auftretenden Zirkulationsstörungen dafür verantwortlich. Auch die Indikan- und Nitratreaktion mit Diphenyldiamin war im Harn der ersten Lebenstage, namentlich zur Zeit der Übergangsstühle, sehr häufig positiv.

Merkwürdigerweise bekämpft Joukovsky (16) die heute, bei uns doch wohl allgemein angenommene Anschauung Bayers, dass die Genitalblutungen Neugeborener Folge einer durch innersekretorische materne Reize hervorgerufenen Uteruskongestion sind. Er sieht sie als etwas Pathologisches an, sah sie in 35 von 16 000 Fällen auftreten. Weit häufiger fand Zacharias (39) derartige Blutungen (in 2,5%) und zwar am häufigsten am sechsten bis siebenten Tage, überall bei großen Kindern mit hohem Gewicht (3150—4840 g).

Weisswange (38) übt Kritik an der in § 170 des neuen Sächsischen Hebammenlehrbuchs gegebenen Vorschrift, dass die Neugeborenen einmal nach der Geburt gebadet werden sollen und dann bis zum Abfall des Nabels nicht wieder. Wenn die Infektionsgefahr durch das Baden eine so grosse sei, dann müsse sie doch gerade für das erste Bad bei der noch völlig ungeschützten Nabelschnurwunde besonders schwer ins Gewicht fallen. Weisswange bespricht seine eigene Methode zur Versorgung des Nabelschnurrestes und weist darauf hin, dass die peinlichste Asepsis hierbei die Hauptsache sei, während man aus dem Baden oder Nichtbaden keine Kardinalfrage machen dürfe. Jedenfalls erblickt er

darin eine Inkonsequenz, dass man das erste Bad verlangt und die folgenden Bäder bis zum Nabelschnurrestabfall verbietet.

2. Natürliche und künstliche Ernährung des Neugeborenen.

1. Amidien, M., De l'allaitement au sein des ouvrières. Chambres d'allaitement. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 78. (Empfehlung der Einrichtung von „Stillkammern" in industriellen Betrieben, um den Arbeiterinnen einmal morgens und einmal abends Gelegenheit zum Stillen zu geben.)
2. Bauholzer, K., Der Einfluss des Nichtstillens auf das Schicksal der Neugeborenen. Inaug.-Diss. München 1913.
3. Bar, P., Comment faut-il comprendre ce terme: „Athrepsie des nouveau-nés et prématurés"? Journ. des sages-femmes. Jahrg. 42. Nr. 11. p. 81—84. Nr. 12. p. 89—91. (Die „Nichternährbarkeit" ist fast immer eine Folge der künstlichen Ernährung; die Säugetiermilch kann eben nie der Milch der Frau vollkommen gleichgemacht werden. Gelingt dem Neugeborenen der Umbau der fremden Eiweisskörper nicht, so entsteht eine Art chronischer Anaphylaxie, die zur Athrepsie führt. Die äusserst seltenen Fälle, wo Muttermilch nicht vertragen wird, erklärt Bar dadurch, dass die Mutter eine schwere Erkrankung durchgemacht hat, infolge deren die Milch Stoffe enthält, die ebenso wirken wie die nicht arteigene Milch.)
4. Benestad, G., Über die Ernährungsverhältnisse Neugeborener. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 674. (Hinweis auf die Wichtigkeit der Brustnahrung für die ersten Lebenstage auf Grund von Beobachtungen in Norwegen.)

4a. — Die Ernährungsverhältnisse Neugeborener. Norsk Mag. for Laegevidenskaben. p. 774. Cfr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 6. p. 674.

4b. — Von der Ursache zur „physiologischen" Gewichtsabnahme neugeborener Kinder. Med. Revue. Bergen. p. 86. Cfr. Jahrb. f. Kinderheilk. u. physische Erziehung. Bd. 80. Heft 1.

4c. — Ist Kolostrum ein unreifes Sekret einer insuffizienten Mamma? Med. Revue. p. 715. Cfr. Med. Klinik.

5. Dennett, R. H., The use of boiled Milk in Infant-feeding. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 23. p. 1991. (Unklare Schlussfolgerungen über den Wert der Milchabkochung.)
6. Brüning, H., Experimentelle Studien über die Entwickelung neugeborener Tiere bei längerdauernder Trennung von der säugenden Mutter und nachheriger verschiedenartiger künstlicher Ernährung. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. p. 85.
7. Czerny und Keller, Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Ein Handbuch für Ärzte. Franz Deutike, Verlag. Leipzig 1913.
8. M. Eysseric, De l'encouragement à l'allaitement au sein maternal. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 44.
9. Jaschke, R. Th., Die Zahl der Mahlzeiten beim Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 736. (Jaschke hält fünf Mahlzeiten für meist ausreichend und arbeitsparend.)
10. Klunker, Über Milchpasteurisierung, insbesondere über biorisierte Milch. Münchn. med. Wochenschr. p. 1823. (Empfehlung des Biorisators nach Lobeck (Leipzig) zur Haltbarmachung der Milch (in dem Apparat wird die Milch unter Druck von vier Atmosphären aufs feinste verstäubt und bloss wenige Sekunden auf 75° erhitzt; dann gelangt sie nach sofortiger Abkühlung direkt zur Abfüllung.)
11. Küster, H., Eine Kapillardesinfektionsmethode zur Entkeimung von Milch, Wasser u. dgl. Berl. klin. Wochenschr. p. 1557. (Desinfektion von Milch durch Durchschicken durch eine Kapillarröhre, die auf bestimmte Temperatur erwärmt wird; kurze Einwirkungsdauer der Wärme, der kein Teilchen entgeht, so dass die biologischen Reaktionen der Milch (Enzymgehalt, Aufrahmungsvermögen, Gerinnbarkeit) weitgehend erhalten bleiben.)
12. Langstein, L., Unrichtige Nahrungsbemessung bei der künstlichen Ernährung des Säuglings. (Empfehlung der Nahrungsbemessung nach dem Litersystem [„Gramma-Flasche"] und nach Grammen.)
13. Lassablière, P., Etude expérimentale sur la valeur alimentaire et thérapeutique du lait condensé. Acad. de méd. de Paris. 20 Janv. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. p. 401. (Lassablière empfiehlt von neuem kondensierte Milch als

Säuglingsnahrung, und zwar 1 Kaffeelöffel voll auf 40 g gekochtes Wasser, für die drei ersten Lebensmonate 1 Kaffeelöffel voll auf 60 g Wasser. Er hat 48 Säuglinge zwei Jahre lang genau beobachtet und festgestellt, dass Nährschäden sehr leicht vermieden werden können.)

14. Marfan, A.B., et L. Lagane, La peroxydase du lait de femme. Compt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Tome 76. p. 564. (Möglichkeit der Unterscheidung normaler Milch von Kolostrum und schlechter Milch vermittelst der Guajakreaktion.)
15. Moro, Über den Einfluss der Molke auf das Darmepithel. Berl. klin. Wochenschr. p. 1564. (Ausführliche Mitteilung im Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79. Heft 6 (Moro und seine Mitarbeiter). (Überlebender Kälberdarm nimmt aus Frauenmolke wesentlich weniger Milchzucker auf als aus Kuhmolke. Das heterologe Molkeneiweiss wurde als resorptionshemmendes Prinzip erkannt.)
16. Müller, E., und E. Schloss, Anleitung zur Herstellung der wichtigsten Nahrungsmischungen für den Säugling im Privathause. Med. Klinik. Jahrg. 10. p. 276—278.
17. Myers, A. W., A consideration of some practical breast-milk problems. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 14. p. 1179.
18. Neff, F. C., The Feeding of skimmed breast-milk. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 14. p. 1181. (Empfehlung abgerahmter Brustmilch bei verschiedenen intestinalen Störungen [dyspeptische Stühle, Pyloruskrampf, Ekzem etc.])
19. Ostrowsbi, St., Die Bedeutung der Larosanmilch als diätetisches Heilmittel bei Säuglingen. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 62. p. 181—189.
20. Phelps, E. B., and A. F. Stevenson, The Chemical Composition of Rubber Used in Nursing-Nipples and in Some Rubber Toys, Hyg. Lab. Bull. 96. U. S. P. H. S. p. 55. Ref. in The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 22. p. 1954. (Chemische Untersuchungen über die eventuell schädlichen Substanzen in den verschiedenen zu Hütchen oder Saugern verwendeten Gummiarten.)
21. Pouliot, L., La poudre de lait dans l'alimentation des nourrissons. Journ. de méd. de Paris. Jahrg. 34. p. 149. (Empfehlung des Mignot-Plumeyschen, keimfreien Milchpulvers besonders bei gastro-intestinalen Störungen.)
22. Progulski, Die Konservierung weiblicher Milch und deren Anwendung. Gyn. Rundschau. p. 452. Nr. 77.
23. Rietschel, H., Bemerkungen zu der Arbeit Jaschkes: „Neue Beiträge zur Physiologie und Technik der natürlichen Ernährung des Neugeborenen." Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 732. (Empfiehlt 6—7maliges Anlegen.)
24. Samelson, S., Über mangelnde Gewichtszunahme bei jungen Brustkindern. Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 10. p. 19—35.
25. Southworth, Th. S., The Influence of Starch on Infant Digestion. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 16. p. 1375. (Einfluss der Stärke auf die kindliche Verdauung.)
26. Steng, H., Die Milch brünstiger Kühe als Kindermilch. Dissert. Tübingen.
27. Tugendreich, G., Vorträge über Ernährung und Pflege des Kindes im ersten und zweiten Lebensjahre. II. Aufl. Stuttgart.
28. Wegener, W., Zur Frage der Ernährung kranker Säuglinge mit Larosanmilch. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. p. 359—363.

3. Säuglingsfürsorge (und Mutterschutz).

1. Bloch, A., Kritische Betrachtungen zu dem Geburtenrückgang in Deutschland und den zu seiner Bekämpfung vorgeschlagenen Mitteln. Dissert. Strassburg 1913.
2. Bonnaire, E., La loi Paul Strauss sur le repos des femmes en couches. Le rôle des dames visiteuses dans la lutte contre la mortalité infantile. Revue philanthrop. Tome 35. p. 129—146. (Bonnaire betont an der Hand der Sterbelisten von Paris die Vorzüge des Stillens [5% kindliche Mortalität] gegenüber Ziehkindersystem [30% Mortalität].)
3. Brouha, La protection des mères. La consultation des femmes enceintes. L'asile de la mère. Scalpel et Liège méd. Jahrg. 67. p. 744—746. (Besprechung der in Lüttich bestehenden Einrichtungen.)
4. Cannet, M. G., La protection des enfants du premièr âge en France. Thèse de Paris. 1913. Nr. 273. (Mitteilung der seit dem Rousselschen Gesetz erzielten Fortschritte.)

5. Casartelli-Cabrini, L., Die Durchführung der staatlichen Mutterschaftsversicherung in Italien. Volkstüml. Zeitschr. f. Arbeitervers. Jahrg. 20. Nr. 7. p. 80—82. (Schilderung der Durchführung des italienischen Mutterschaftskassengesetzes vom 6. April 1912.)
6. Chambrelent, M., Le rôle de l'accoucheur dans la lutte contre la mortalité infantile. Journ. de méd. de Bordeaux. 1913. Nr. 17.
7. Chapin, H. D., The Physicians field in infant feeding. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 14. p. 1177.
8. Davila, M., Etude sur les crèches municipales de Lyon. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 55.
9. Deutsch, A., Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Deutsche med. Wochenschr. p. 1661. (Empfehlung eines anscheinend sehr brauchbaren Ersatzapparates für den Soxhlet. Kessel für bloss sechs Flaschen, gleichzeitig geeignet zum Sterilisieren wie zum Kühlen der Milch. Der Apparat wird von B. B. Cassel in Frankfurt hergestellt und zum Preise von 12,50 Mk. in den Handel gebracht.)
10. Drouisseau, G., Le patronage maternel et la loi sur l'assistance aux femmes en couches. Revue philanthrop. Tome 34. Nr. 204. p. 649—662. (Besprechung der „loi Paul Strauss", die bezweckt, jede hilfsbedürftige Frau vier Wochen vor und nach der Entbindung zu unterstützen.)
11. Eckert, Über Säuglingsfürsorge in Unteroffiziersfamilien. Veröffentl. a. d. Geb. d. Militär-Sanitätswesens. Berlin, A. Hirschwald. 1 Mk.
12. Feldmann, H., Zur Frage der Entwickelung unehelicher Kinder im ersten Lebensjahr unter Berücksichtigung der Säuglingsfürsorgesystems in Kiel. Dissert. Kiel.
13. Fischer, A., Die hygienische Bedeutung der Mutterschaftsversicherung. Bemerkungen zu dem Vortrage des Herrn Prof. Max v. Gruber. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61, Nr. 23. p. 1288—1289. (Wendet sich gegen Grubers Anschauungen über Mutterschaftsversicherung [Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 1025], die Gruber wieder verteidigt [Nr. 23, p. 1289].)
14. — Mutterschutzbestrebungen um das Jahr 1800. Neue Generation. Jahrg. 10. p. 179 bis 190. (Historische Studie.)
15. Hess, A. F., The Neglect to provide for the infant in the antituberculosis program. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 25. p. 2176. (Empfehlung der Errichtung von „Tuberculosis-preventoriums" für Kinder.)
16. Koplik, H., The History of the first Milk Depot or Gouttes de lait with consultations in America. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 18. p. 1574.
17. Levant, A., La loi sur le repos des femmes en couches. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 3. p. 384. (Mitteilung des Gesetzes in Frankreich über die Ruhe der Wöchnerinnen sowie der darauf bezüglichen Erklärungen der „Académie de médecine".)
18. Patellani, Der Geburtenrückgang in Italien. Ginec. moderna. Jahrg. 7. Heft 1—4. (Ausführliche Arbeit mit vielen vergleichenden Tabellen, aus denen hervorgeht, dass der Geburtenrückgang in Italien noch nicht so zugenommen hat wie in Frankreich und Deutschland. In Italien müsse zunächst die enorm hohe Kindersterblichkeit bekämpft werden.)
19. Pulvermacher, Das Wöchnerinnenheim der Heilsarmee (1898—1913). Berlin.
20. Die Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien. Zeitschr. f. Kinderschutz u. Jugendfürsorge. Jahrg. 6. Nr. 5. p. 128—130. (Beschreibung von Zweck und Einrichtung der gelegentlich des Regierungsjubiläums des Kaisers gestifteten Reichsanstalt. 80 Betten für Säuglinge, 20 für ältere Kleinkinder, 30 Betten für Ammen oder Mütter, die mit ihren kranken Kindern in die Anstalt kommen. Ausbildung tüchtiger Berufspflegerinnen durch neunmonatliche Kurse.)
21. Retrouvey, M., La lutte contre la mortalité infantile à Nantes. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 80.
22. Rott, Umfang, Bedeutung und Ergebnisse der Unterstützung an stillende Mütter. Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. Bd. 3. p. 651—747. (Die Stillbeihilfe ist ein wichtiger Teil der Fürsorge. Träger der Organisation muss die Gemeinde sein, auf dem Lande der Staat. Der Staat soll die Krankenkassen veranlassen, obligatorisch die stillenden Mütter zu unterstützen.)
23. Thierry-Detaille, De la mortalité infantile dans les 4 prémières semaines. Thèse de Paris 1913.
24. Weinberg, W., Die Kinder der Tuberkulösen. S. Hirzel, Leipzig 1913. 160 p. 5 Mk. (Mitteilung des einschlägigen Stuttgarter Materials von 1873 bis 1902 [3246 Väter und 2022 Mütter].)

25. Weiss, S., Mitteilung der Sanitäts-Milchkommission in Wien. Wiener med. Wochenschr. Nr. 52. p. 2599. (Mitteilungen über die geplante systematische Untersuchung seitens der Sanitäts-Milchkommission mittelst „Milchanzeigekarte" über alle Fälle von eventuellen nachteiligen Wirkungen schlechter Kindermilch.)

4. Nabelversorgung.

1. Ahlfeld, F., Die Trennung des Neugeborenen von der Plazenta. Der Frauenarzt. Heft 7. p. 293. (Bekämpfung des Vorschlages Rachmanows, den Nabelstrang nach Aufhören der Pulsation mit der Schere zu durchtrennen, aber nicht zu unterbinden. Ahlfeld tritt für die von ihm empfohlene, bewährte Methode der Abnabelung ein.)

1a. Bovin, E., Nabelschnurberstung intra partum. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

2. Guseff, Über die Anwendung der Nabelklemme Bars. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 588.

3. Holste, C., Ein wasserdichter Nabeldauerverband für Neugeborene. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1156—1159. (Zur Erzielung einer möglichst grossen Sicherheit gegen Infektion des Nabels, ohne dabei auf das tägliche Bad zu verzichten, empfiehlt Holste einen Deckverband mit dem bei der Kleiderkonfektion für wasserdichte Wäsche neuerdings beliebten Gummistoff, der kein Wasser eindringen lässt, aber doch die Ausdunstung des Körpers nicht behindert. Ein quadratisches Stück von 6 cm Seitenlänge wird mit Leukoplast aufgeklebt, am sechsten Tage der Verband entfernt. Er beobachtete bei Benutzung des Dauerverbandes eine wesentlich schnellere Abstossung des Nabelschnurrestes als sonst.)

3a. Josephson, C. D., Über Nabelinfektion und Behandlung der Nabel bei Neugeborenen. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

4. Paulmann, O., Beitrag zur Frage der Abnabelung und der Versorgung des Nabelschnurrestes (nach dem Material der Kieler Frauenklinik aus den Jahren 1907—1910). Dissert. Kiel. (In der Kieler Frauenklinik wurde die Nabelschnur ganz kurz abgebunden, der Rest trocken behandelt unter Fortlassung des Bades. Unter 1429 Fällen kamen 12 Infektionen vor, von denen zwei zum Tode führten. Keine Nachblutung.)

5. Pirquet, Cl. v., Ein neuer Nabelverband für Neugeborene. Wiener klin. Wochenschr. 1915. p. 37. (v. Pirquet empfiehlt als Nabelverband einen 16 cm langen und 12 bis 16 cm weiten Trikotschlauch, der aus dem Crepe-Tetrastoffe gefertigt ist.)

6. Rachmanow, A. N., Methode der Nichtunterbindung der Nabelschnur. Ausgeführt bei 10000 Geburten in der städtischen Gebäranstalt in memoriam von Frau Abrikosowa in Moskau. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 590—492. (Nach Aufhören der Nabelschnurpulsation wird der Strang ca. 4 cm vom Nabelring entfernt durchschnitten und nur ausnahmsweise bei stärkerer Blutung unterbunden [in 17 $^{0}/_{0}$ der Fälle, die als pathologisch angesehen wurden]. Kein Tod an Verblutung, angeblich bessere Vernarbung des Nabels.)

5. Allgemeine Pathologie.

1. Baband, G., La méningite cérébro-spinale épidémique du nourrisson. Thèse de Paris 1912.

2. *Biddle, A. P., A consideration of two outbreaks of so-called pemphigus neonatorum. Journ. of cut. dis. Vol. 32. Nr. 4. p. 268 - 275.

3. Birk, W., Leitfaden der Säuglingskrankheiten für Studierende und Ärzte. Bonn, Marcus u. Weber. 256 p. 4,80 Mk. (Praktisches Handbuch nach der Czernyschen Schule.)

4. Bonnaire, E., G. Durante et G. Ecalle, Ulcère perforant du duodénum chez un nouveau-né. Gynéc. Tome 18. Nr. 3. p. 161—196. (Perforiertes Duodenalgeschwür bei einem siebentägigen Kinde. Ausführliche Erörterung der Ätiologie, exakte Literaturangaben.)

5. *Braillon et Brohau, Accidents respiratoires graves par hypertrophie du thymus chez un nourrisson de onze jours; radiothérapie; guérison. Journ. de méd. interne. Jahrg. 18. p. 73—74.

6. *Broca, Mammites des nouveau-nés. Rev. prat. d'obst. et de péd. Jahrg. 27. Nr. 296. p. 1—4.

7. Bühner, E., Über Hydramnion in Verbindung mit Hydropsfötus. Dissert. München.
8. Chtiftar, N. F., Sur l'insuffisance du pancréas chez les enfants prématurés. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 355. (Unverhältnismässig langsame Entwickelung des Pankreas bei den Frühgeburten; darauf will Chtiftar manche Verdauungsstörungen der zu früh Geborenen zurückführen.)
9. *Cole, H., N. and H. O. Ruh, Panphizoid of the Newborn (Pemphigus neonatorum). With report of an epidemic. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 14. p. 1159.
10. Croizier, M., Contribution à l'étude de l'oedème généralisé du foetus. Thèse de Lyon. 1913. Nr. 114. (Erörterung der noch sehr aufklärungsbedürftigen Pathogenese des fötalen Ödems auf Grund von 82 Beobachtungen.)
11. Dunoyer, A., De certaines contractures tétaniformes chez l'enfant nouveau-né. Thèse de Paris 1912.
12. Eckhard, H., Über den Tod und Scheintod der Neugeborenen. Dissert. München.
13. Fischer, A., Operierter Fall eines Nabelschnurbruches bei einem eintägigen Kinde. Pest. med.-chir. Presse. Jahrg. 50. p. 85. (Mit Erfolg operierter Fall.)
14. Haeberle, A., Über angeborene Pulmonalatresie und Aortenstenose. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. 0p. 24—131. (Beschreibung eines 48 Stunden post partum gestorbenen Falles von Atresie des Ostium pulmonalis mit rudimentärer Entwickelung des rechten Ventrikels bei gleichzeitig bestehender Trikusspidalstenose und geschlossenem Kammerseptum; ferner eines 1½ Stunden post partum gestorbenen Kindes mit hochgradiger Stenose des Ostium aortae mit Insuffizienz der Valvula mitralis und geschlossenem Foramen ovale [Folgen fötaler Endokarditis].)
15. *Heim, P., Über hypertonische Neugeborene und Säuglinge. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 51. Nr. 25. p. 1167—1169.
16. Hellseid, W. L., Über universellen Hydrops bei Neugeborenen. Inaug.-Diss. München 1913.
17. Hilgenreiner, H., Über angeborene Afterenge. Ein Fall von Atresia ani analis. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79. p. 11—23. (Seltener Fall von Anus fistulosus congenitus ad anum.)
18. Hill, R., Congenital pyloric stenosis. Surg., gyn. and obst. Vol. 18. Nr. 5. p. 616—620. (Von 10 operierten Fällen von angeborener Pylorusstenose wurden fünf geheilt, fünf starben.)
19. Hoffmann, Klaus, Beitrag zur Kenntnis der seltenen Missbildungen: Agnathus mit Synothie. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. p. 275—279.
20. *Jansen, M., Das Wesen und das Werden der Achondroplasie. Eine Abhandlung über Wachstumsstörung embryonaler Zellgruppen, verursacht durch Amniondruck in den verschiedenen Stadien der Skelettentwickelung (Anencephalie, Achondroplasie, Kakomelie]. Aus dem Engl. übers. von G. Hohmann und E. Windstosser. Stuttgart, Enke. 1913. 114 p. Mk. 5,—.
21. Klotz, R., Ein Fall von Acardius anencephalus mit partiellem Defekt beider Müllerschen Fäden. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 537—542. (Fall von fast totalem Defekt beider Müllerscher Gänge.)
22. Kraitmair, Kind mit amniotischen Fingerabschnürungen. Münchn. med. Wochenschr. p. 849.
23. Kreiss, Ph., Anus urethralis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 340—342. (Verschluss der Analöffnung, Kommunikation des Mastdarms mit der Harnröhre. Operation. Exitus kurz nachher.)
24. Lereboullet, P., et J. Moricand, Varicelle du nouveau-né par contagion maternelle. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Paris. Mai. Clin. inft. Tome 12. p. 169—172. (Pockeneruption eines Neugeborenen am 14. Lebenstage, während die Mutter am Vorabend der Niederkunft an Pocken erkrankt war.)
25. Linder, F., Über Hydrops foetus. Diss. München 1913. (Mutter litt an Schwangerschaftsnephritis, Vater war bleikrank.)
26. *Lutz, W., Zur Lehre der allgemeinen Wassersucht des Neugeborenen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 11.
27. Ménétrier, Méningite cérébro-spinale du nourrisson guéri par le sérum antiparaméningococcique. Soc. méd. des hôp. 17 Janv. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 6. p. 407. (Während fünf Injektionen von Antimeningokokkenserum versagten, ergab eine einzige Einspritzung von Anti-parameningokokkenserum sofortige

Besserung. Netter rät daher bei Meningitis prinzipiell zur sofortigen Anwendung beider Heilsera.)
28. *Peiser, J., Zur Therapie des Pylorospasmus bei Säuglingen. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Nr. 3.
29. *Pironneau, L'achondroplasie du nourrisson. Clin. infant. Jahrg. 12. p. 66—68.
30. *Reinhardt, E., Über Pemphigus neonatorum contagiosus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 14—27.
31. *Reuss, A. v., Die Krankheiten des Neugeborenen, in Enzyklopädie der klinischen Medizin. Berlin, J. Springer. 550 p.
32. Ribadeau-Dumas, L., La tuberculose du nourrisson: étude clinique, radiologique, prophylactique. La Clin. p. 2—5.
33. — et Boncompain, Etude clinique et thérapeutique de la sténose du pylore avec hypertrophie musculaire chez le nourrisson. Pathol. infant. Jahrg. 11. p. 23—38. (Klinische Übersicht.)
34. Richter, G., Über kongenitale Hydronephrosen. Dissert. Berlin 1913.
35. Schäfer und Haendly, Teratom der Nabelschnur. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 295—297. (Demonstration eines fast kindskopfgrossen Teratoms der Nabelschnur, ca. 5 cm vom kindlichen Nabel sitzend.)
36. Schwalbe, E., Die Morphologie der Missbildungen des Menschen und der Tiere. Ein Hand- und Lehrbuch für Morphologen, Physiologen, praktische Ärzte und Studierende. Jena 1913.
37. Schwartz, H., Über seltene Todesursachen beim Neugeborenen. Dissert. Göttingen 1913.
38. Steinschneider, E., Masern bei einem neun Tage alten Säugling. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 40. p. 441.
39. Walz, Strangfurche des Neugeborenen infolge Krampf des Gebärmutterhalses. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätsw. Bd. 47. p. 254—256.
40. Wolff, S., Zur Behandlung des Sklerems der Neugeborenen. Ref. in Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1980. (Empfiehlt Überhitzung der Kinder auf 40—42°. Heilung in drei Fällen.)

Eine wahre Lücke im Bücherschatz des Geburtshelfers füllt das in der Enzyklopädie der klinischen Medizin erschienene „Lehrbuch der Krankheiten des Neugeborenen" aus. Es ist dadurch besonders wertvoll, dass sein Verfasser, v. Reuss (31), als Leiter der Neugeborenenstation an der Schautaschen Klinik und gleichzeitiger Assistent an der dortigen Universitäts-Kinderklinik gerade über die sonst von den Pädiatern seltener gesehenen Störungen in den ersten Lebenstagen eine ausgiebige Erfahrung besitzt. Berücksichtigung der Literatur bis Ende 1912. Die Physiologie, natürliche und künstliche Ernährung, Geburtsverletzungen, Konstitutionskrankheiten, Erkrankungen der einzelnen Organe, hämorrhagische, infektiöse und septische Erkrankungen, die chronischen Infektionskrankheiten (Syphilis und Tuberkulose) und schliesslich die Allgemeinerkrankungen unklarer Ätiologie werden in klarer, erschöpfender Weise besprochen und durch 90 Textabbildungen illustriert.

Eine anschauliche Abhandlung über hypertonische Neugeborene und Säuglinge liefert P. Heim (15). Hypertonie ist eine Erscheinung von Neuropathie, die sehr leicht nach Ernährungsstörungen auftritt. Rückwärtsgespannter Kopf, starke Flexion der Extremitäten, unruhiger oberflächlicher Schlaf, Längenwachstum ohne Gewichtszunahme, häufig Pylorospasmus. Als beste Therapie gegen Pylorusspasmus empfiehlt J. Peiser (28) systematische Sondenernährung mit Ammenmilch und 1—2% Natr. bicarbonicum-Zusatz nach vorheriger Magenspülung. In zwei so behandelten Fällen hartnäckiger Art konnte er guten Erfolg nachweisen.

Dass trotz der modernen Antisepsis immer noch Epidemien von Pemphigus neonatorum in Anstalten vorkommen, beweisen die drei folgenden Mitteilungen. E. Reinhardt (30) berichtet über 23 Fälle von Pemphigus neonatorum contagiosus mit 22% Mortalität. Therapie: Reichlich Dermatol, Einwickeln der befallenen Körperteile in Bardelebensche Wismutbrandbinden.

Biddle (2) erstattet Bericht über zwei Pemphigusepidemien, deren erste 30% Mortalität aufwies, während bei der zweiten alle Kinder nach 3—4 Wochen wieder hergestellt waren, allerdings zum Teil unter Zurückbleiben starker Narben. Endlich machen Cole und Ruh (9) Mitteilung einer Epidemie von neun Fällen von Staphylokokken-Pemphigus. Bei einem einzigen tödlich verlaufenen Fall fanden sich die Staphylokokken auch in den inneren Organen. Cole hält den Pemphigus für identisch mit der Dermatitis exfoliativa (Ritter), hingegen will er scharf davon getrennt sehen die Impetigo contagiosa (streptogenes). Warme Empfehlung von Injektionen mit autogener Vakzine.

Über eine neue Indikation zur Anwendung der Röntgentiefentherapie machen Braillon und Brohau (5) eine interessante Angabe. Bei einem 11 Tage alten Säugling, bei dem infolge Thymusvergrösserung lebensbedrohliche Atemstörungen bestanden, konnte durch Röntgenbestrahlung volle Heilung erzielt werden.

Eine zusammenfassende Studie über die Mastitis der Neugeborenen veröffentlicht Broca (6). Die Brustdrüsenentzündung kann bei Neugeborenen beiderlei Geschlechts auftreten, fast immer als Folge von Unsauberkeit. Selten Inzision nötig. Phlegmone kann letal endigen.

Einen wertvollen Beitrag zur Lehre der allgemeinen Wassersucht des Neugeborenen liefert W. Lutz (26) durch Mitteilung der genauen Autopsie eines Falles von Hydrops congenitus. Die Mutter hatte Eiweiss und Ödeme. Wassermann bei Mutter und Kind negativ. Verf. fasst den Fall auf als fötale Bluterkrankung mit allgemeinem Hydrops. Blutbild ähnlich dem der myeloischen Leukämie. In den fötalen Organen starke Anhäufung von Zellen des erythroblastischen und myeloiden Systems. Ähnliches Krankheitsbild wie bei der myeloiden Leukämie. Der auffällige Befund des reichlichen Vorhandenseins kernhaltiger roter Blutkörperchen dürfte als Ausdruck einer schweren Anämie aufzufassen sein.

Die Theorie M. Jansons (20) über Wesen und Werden der Achondroplasie ist bei F. Enke in deutscher Übersetzung erschienen. Sie gipfelt in der Vorstellung, dass das übermässig gespannte Amnion imstande ist, weiche Teile des Embryos zusammenzudrücken, blutarm zu machen und so in ihrem Wachstum zu stören, während die übrigen Teile ihr Wachstum fortsetzen. Eine klinische Darstellung der Achondroplasie gibt Pironneau (29). Sie ist gekennzeichnet durch auffällige Kürze der Glieder; Körpergewicht zu hoch im Vergleich zur Länge. Vergrösserte Fontanellen, harte Diaphysen. Kongenitales Myxödem fehlt fast immer. Versagen der Schilddrüsenpräparate.

6. Diagnose und Behandlung der kindlichen Geburtsverletzungen.

1. Gfroerer, W., Zum Einfluss der Schädelimpression auf den Neugeborenen und seine körperliche und geistige Entwickelung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 101—117. (Mitteilung von 24 Fällen mit Schädelimpression, von denen sieben starben, 17 lebend aus der Klinik entlassen wurden. Von diesen starben fünf an interkurrenten, nicht mit der Impression in Beziehung stehenden Krankheiten, bei den übrigen konnte ein ungünstiger Einfluss der bestehenden Impression weder auf die physische noch auf die psychische Entwickelung der Kinder festgestellt werden. Diese Resultate rechtfertigen den an der Würzburger Klinik vertretenen konservativen Standpunkt.)
2. Hintzy, M. E., Contribution à l'étude des lésions traumatiques de l'orbite chez le nouveau-né au cours de l'accouchement. Thèse de Paris. 1913. Nr. 222. (Bei der hohen oder atypischen Zangenanlegung entstehen zwei Arten von Augenverletzungen, entweder Exophthalmus ohne Fraktur der Orbita oder Fraktur der Orbita ohne Exophthalmus.)
3. Kowitz, H. L., Intrakranielle Blutungen und Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna bei Neugeborenen und Säuglingen. Virchows Arch. Bd. 215. p. 233—246. (Durch fast 6000 Sektionen an Kindern unter zwei Jahren wurden bei 16,9% intra-

kranielle Blutungen oder deren Folgen nachgewiesen: am häufigsten sind die Durablutungen.)
4. Luftmann, A., Ein Fall von Erbscher Schulter-Armlähmung beim Neugeborenen. Dissert. München 1913.
5. Manton, W. P., Asphyxia neonatorum und ihre Folgen. Med. Record. Bd. 85. Nr. 19. (Hinweis auf die Bedeutung des bei asphyktisch geborenen Kindern so häufigen Obduktionsbefundes von punktförmigen Hämorrhagien im Hirn, in den Meningen und im Rückenmark als Folge übermässigen Hirndrucks. Die angeratenen prophylaktischen geburtshilflichen Massnahmen zur Vermeidung derartiger Hämorrhagien [u. a. prophylaktische Sectio caesarea] werden nicht kritiklos hingenommen werden.)

7. Syphilis des Neugeborenen.

1. Backhaus, Demonstration eines Falles von Parrotscher Pseudoparalyse (Scheinlähmung infolge kongenitaler Lues). Zentralbl. f. Gyn. p. 1190. (Bedeutende Besserung durch spezifische Behandlung.)
2. Grulce, C. G., Labarotory Diagnosis in Early Stages of Congenital Syphilis. Ref. in The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 22. p. 1979.
3. Lesser, F., und R. Klages, Über ein eigenartiges Verhalten syphilitischer Neugeborener gegenüber der Wassermannschen Reaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. (In der Hälfte der Fälle reagiert das Nabelvenenblut luetischer Föten mit Äther-Organextrakt positiv, mit alkoholischen Extrakten hingegen negativ. Derartige Befunde sind stets als positiv anzusehen. Prinzipiell sollte jedes Serum mit alkoholischen und ätherischen Extrakten geprüft werden.)
4. Meyer, E., Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Salvarsans auf die kongenitale Syphilis des Fötus bei Behandlung der Mutter. Münchn. med. Wochenschr. p. 1801—1804. (Eine nicht erkrankte Plazenta ist nach Meyers Versuchen für Arsen nicht durchgängig, wohl aber kann bei syphilitischer Erkrankung der Plazenta Arsen durch die Plazenta hindurchgehen. Die Erfolge der Behandlung der kongenitalen Lues des Kindes durch Salvarsan müssen wohl in der Hauptsache der primären Beeinflussung der mütterlichen Lues zugeschrieben werden. Die Wirkung ist wohl eine prophylaktische resp. hemmende in bezug auf die Erkrankung der Plazenta. Das Salvarsan wird von den Schwangeren gut vertragen. Abort und Blutungen treten nach intravenöser Salvarsaninjektion nicht auf, ein Absterben des Fötus danach ist nicht beobachtet worden. Von 37 mit Salvarsan und Hg genügend behandelten Müttern wurden 97,4% lebende Kinder geboren. Von sämtlichen 43 behandelten Schwangeren waren 86% der Kinder noch nach dem 10. Lebenstage am Leben, bloss 15,8% der Kinder wiesen bei der Geburt positive Wassermannsche Reaktion auf. Kinder syphilitischer Mütter müssen immer nach der Geburt antiluetisch behandelt werden.)
5. Monti, R., Die Behandlung der Lues congenita mit Embarin. Wiener med. Wochenschrift. Nr. 47. p. 2403. („Embarin" ist eine $6^2/_3$%ige Lösung von merkurisalizylsulfonsaurem Natrium, die noch 0,5% Akoin enthält. 1 ccm Embarin enthält 0,03 metallisches Hg. Monti empfiehlt Säuglingen jeden 2.—3. Tag vorsichtig 3—4 Teilstrich einer 1 g-Spritze zu geben; er hält das Embarin für die zweckmässigste Art der Quecksilbermedikation.)
6. Müller, C. A., Über die Blutbildungszellen in der Leber bei Syphilis congenita mit besonderer Berücksichtigung der Lymphozyten und Plasmazellen. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 116. Heft 5 u. 6. (Eingehende pathologisch-anatomische Untersuchungen.)
7. Roux, E., La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 59. (Empfehlung der Anstellung der Probe nicht vor dem 10. Tage, da die Reaktion erst nach einer gewissen Zeit post partum positiv wird; einen prognostischen Wert spricht er ihr ab.)

8. Icterus neonatorum.

1. Durham, R., Obliterating cholangitis associated with haemorrhage of the new-born. Long Island Med. Journ. Vol. 8. p. 92. (Schwerer Ikterus vom zweiten Tage ab, Blutungen aus Nase und Rachen. Exitus am Abend des vierten Tages. Leber nicht vergrössert, aber Gallengänge ausserordentlich dünn, anscheinend nicht funktionsfähig.)

2. *Heynemann, Th., Die Entstehung des Icterus neonatorum. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 788—828.
3. *Pfältzer, B., Der Kernikterus der Neugeborenen eine Infektionskrankheit. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 685—701.
4. *Schmitz, W., Untersuchungen zur Pathogenese und Klinik des Icterus neonatorum. Dissert. Giessen 1913.
5. Sheill, Sp., Congenital icterus. Lancet. Vol. 186. Nr. 19. p. 1316—1317. (Besprechung des „familiären Ikterus", der mit Blutungen aus Darm, Nase und Nabel einhergeht und meist unter Krämpfen tödlich verläuft. Zur Klärung der Pathologie hält Sheill exakte Blutuntersuchungen von Mutter und Kind für aussichtsreich.)

Eine Nachprüfung der Blutuntersuchungen Heimanns (1911) hat Schmitz (4) an der Opitzschen Klinik vorgenommen. Er kommt zum Resultat, dass der Icterus neonatorum in erster Linie auf einer Veränderung des Blutplasmas beruht, welche durch die Hämolyse der Erythrozyten bedingt ist. Der Icterus kommt in etwa 80% vor, ist also kaum als pathologisch anzusprechen. Neue Ideen sind in der Dissertation nicht zu finden. Hingegen hat Heynemann (2) die Frage des Icterus neonatorum in äusserst gründlicher Weise behandelt und ihrer Lösung nähergeführt.

Heynemann ist geneigt für die Entstehung des Icterus neonatorum in erster Linie eine abweichende und unvollkommene Funktion der Leberzellen beim Neugeborenen verantwortlich zu machen. Diese noch unvollkommene Leberzellenfunktion ist mehr oder weniger bei fast allen Neugeborenen vorhanden, aber je nach dem Grade der Funktionsabweichung sind Zeit des Auftretens, Stärke und Dauer des Ikterus verschieden. Begünstigt wird die Entstehung des Ikterus durch die Blutfülle der Leber und das um diese Zeit stattfindende reichliche Zugrundegehen von roten Blutkörperchen. Die Ursache des Zerfalls der Erythrozyten ist nach Beneke in einer gesteigerten Tätigkeit der Kupferschen Sternzellen zu suchen.

Hohes Interesse verdient die Publikation Pfältzers (3) über den „Kernikterus" des Neugeborenen: Ausführliche Mitteilung eines Falles von Kernikterus mit wachsiger Muskeldegeneration, bei dem die von Beneke vermutete Infektion mit Kolibazillen mikroskopisch und kulturell erwiesen werden konnte. Als Eingangspforte fand sich eine ausgedehnte Ösophagitis, es werden aber wohl auch die so häufigen „Stigmata ventriculi" in Betracht zu ziehen sein.

Sollte man nicht berechtigt sein, in diesem Falle von schwerstem Ikterus als Folge von Kolisepsis eine neue Stütze zu erblicken für die Anschauung Czernys, dass auch der gewöhnliche Icterus neonatorum auf einen leichten Infekt durch den Kolibazillus zurückzuführen ist?

9. Melaena neonatorum.

1. Bergen, O., Behandlung der Melaena neonatorum vera mittelst Gelatine. Dissert. Marburg.
2. Collander, P. J., The successful treatment of a case of hemophilia neonatorum. Ther. Gaz. Vol. 38. Nr. 5. p. 306—307. (Erfolgreiche Behandlung von Melaena mit zuerst 15 ccm väterlichem Blutserum, später dreimal 6—8 ccm Koagulose [Parke, Davis u. Co.] alle 12 Stunden.)
3. Kaufmann, Melaena neonatorum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 357. (Kind, am vierten Lebenstage erkrankt, wird durch Gelatineinjektionen geheilt.)
4. Lövegren, E., Weitere Blutbefunde bei Melaena neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79. p. 708—715. (Verlängerung der Koagulationszeit, fehlende Neigung der Rollenbildung sowie gewisse morphologische Veränderungen der Erythrozyten.)
5. Lusseau, M. G., Contribution à l'étude générale du melaena vera des nouveau-nés et notamment de sa pathogénie et de son traitement. Thèse de Paris 1913. Nr. 355. (In 10 Fällen 9 Heilungen erzielt durch Pferdeseruminjektionen.)

10. Ophthalmoblennorrhoe.

1. *Cassonte et Roche, Heilung von Ophthalmoblennorrhoe des Neugeborenen mit dem Nicolle-Blaizotschen Vakzin. Ann. de méd. et de chir. infant. Nr. 11. Ref. in Therap. d. Gegenw. Heft 8. p. 378.
2. *Credé-Hörder, Warum konnte die Blennorrhoe nicht abnehmen? Zentralbl. f. Gyn. p. 116—118.
3. Harman, N. B., Causes of blindness in eleven hundred children. Brit. Med. Journ. London. August 29. II. Nr. 2800.
4. *Klebanski, Recherches sur la durée de l'ophthalmie gonococcique du nouveau-né et sur le traitement par les sels d'argent et la vaccinothérapie. Rev. prat. d'obst. et de péd. Tome 27. Nr. 299. p. 97—116.
5. Lublinski, W., Silbernitrat oder Silbereiweiss? Eine therapeutische Frage. Berl. klin. Wochenschr. p. 1643. (Lublinski verwirft die modernen Silbereiweisspräparate als „minderwertige Surrogate".)

5a. Mohr, Derselbe Titel. Berl. klin. Wochenschr. p. 1926. (Entgegnung mit beachtenswerten Einwänden, die gerade auch für die Blennorrhoebehandlung der Berücksichtigung wert erscheinen.)

6. *Morax, V., A propos du traitement de l'ophthalmie gonococcique du nouveau-né. Ann. de gyn. et d'obst. Mars. p. 129—139.
7. Philippi, F., Blennorrhoea neonatorum. Diss. Strassburg 1913. (Mitteilung der Resultate an der Strassburger Frauenklinik in den 11 letzten Jahren. Unter 9141 Kindern 0,07% Frühinfektionen, 0,14% Spätinfektionen, 0,22% Infektionen überhaupt.)
8. *Puscariu, E., Le traitement de la conjonctivite gonococcique par l'éthylhydrocupréine. Compt. rend. des séanc. de la soc. de biol. Tome 76. Nr. 17. p. 831—832.
9. *Stargardt, Ätiologie der Blennorrhoea neonatorum. Ärztl. Verein Hamburg. 12. Mai. Ref. in Deutsche med. Wochenschr. p. 1830.
10. Stevenson, M. D., Prophylaxis of Ophthalmia neonatorum. Ohio State Med. Journ. Columbus. August. Nr. 8. p. 455—518.
11. *Sussmann, Über die Einschlussblennorrhoe der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. p. 778. Vortr. Ges. f. Geb. u. Gyn. 24. Okt. 1913.
12. Tassius, Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, ihre Therapie und Prophylaxe. Vortr. d. Gyn. Ges. Breslau. 17. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 693 u. 834. (Diskussion.) (Unter 13735 Geburten fand Tassius in 1,22% Blennorrhoe und zwar 0,42% mit positivem, 0,80% mit negativem Gonokokkenbefund, und zwar überragen bei beiden Arten die Spätinfektionen. Fordert obligatorische Einführung des Credéisierens, obwohl er dabei 95% Argentumkatarrhe sah.)
13. — A., Über Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, ihre Prophylaxe und Therapie. Der Frauenarzt. Bd. 29. Heft 3. p. 98. (Mitteilung der Beobachtung von über 13000 Kindern an der Baummschen Hebammen-Lehranstalt; Vergleich des Wertes der Prophylaxe sowie der verschiedenen Prophylaktika.)
14. Tivnen, R. J., Blindness, caused by ophthalmia neonatorum. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 63. Nr. 20. p. 1756.
15. *Weekers, L., Le prophylaxie de la conjunctivite gonococcique des nouveau-nés. Journ. d'accouchem. Tome 35. Nr. 19. p. 167—169.
16. *Wolffberg, Noviformbehandlung der Blennorrhoea neonatorum. Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. des Auges. Jahrg. 17. p. 163.

In weiterer Verfolgung seiner Bemühungen um die Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoe hat Crede-Hörder (2) eine Rundfrage an sämtliche Direktoren der Frauenkliniken und ophthalmologischen Anstalten gerichtet und teilt deren Ergebnis ausführlich mit.

Besonders interessant sind die Antworten betr. obligatorischer Einführung der Prophylaxe, die durchaus nicht einstimmig als erwünscht bezeichnet wird (unter 51 Gynäkologen bloss 25 Anhänger der obligatorischen Prophylaxe).

Auch Weekers (15) wendet sich gegen die ärztliche Anzeigepflicht, er erwartet sich viel mehr Erfolg von einer gründlichen Aufklärung der Hebammen und des Publikums.

Von hohem theoretischen Interesse und nicht geringerer praktischer Wichtigkeit ist die neue Lehre von der „Einschlussblennorrhoe" der Neugeborenen.

Schon 1908 hatte Stargardt (9) in einem Falle abakterieller Neugeborenenblennorrhoe eigenartige Einschlüsse in den Epithelzellen der Bindehaut nachweisen können, die morphologisch mit den von v. Provaceck und Halberstädter kurz zuvor veröffentlichten Einschlüssen beim Trachom identisch waren. Dieser Befund ist seither mehrfach bestätigt worden und man neigt zur Annahme, dass das Virus in den „Einschlüssen" der Epithelzellen enthalten ist. Man hat diese „Einschlussblennorrhoe" sogar auf Affen (Pavian) übertragen können. Von dem gonorrhoischen Katarrh unterscheidet sich das klinische Bild häufig durch den geringen Grad der Entzündung. Dieselben Einschlüsse sind auch in den Vaginalepithelien der betreffenden Mutter nachgewiesen worden, die Übertragung erfolgt also in derselben Weise wie bei der Gonokokkeninfektion.

Ganz ähnliche Mitteilungen hat Sussmann (11) in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin vorgetragen und durch zahlreiche mikroskopische Demonstrationen erläutert. Er glaubt fast die Hälfte der Augeneiterungen Neugeborener auf Einschlussblennorrhoe zurückführen zu können (Stargardt mindestens 40%). Da die Inkubation 5—9 Tage beträgt, dürften die sog. „Spätinfektionen" in der Hauptsache als „Einschlussblennorrhoeen" zu deuten sein. Das Sekret ist weniger dickrahmig und reichlich als bei der Gonokokkenblennorrhoe. Es besteht eine starke Neigung der Konjunktiva zu Blutungen. An das akute Stadium schliesst sich ein sehr protrahiertes Stadium der papillären Schwellung der Schleimhaut. Komplikationen von seiten der Hornhaut sind bisher niemals beobachtet. Die Prognose erscheint daher gut. Die einfachen Katarrhe der Neugeborenen sind keine Einschlusserkrankungen. Die gleichen Einschlüsse wie im Auge sind in der Genitalschleimhaut der Eltern (Mütter und Väter) gefunden und von dort auf Affen übertragen worden. Die Erkrankung lässt sich von Affe auf Affe (auch auf die Genitalschleimhaut) weiterimpfen. Es scheint sich somit bei der Einschlussblennorrhoe um eine gonorrhoeähnliche, aber durch das Einschlussvirus hervorgerufene Geschlechtskrankheit zu handeln.

Über auffällig günstige Heilungen von Ophthalmoblennorrhoe mit der Nicolle-Blaizotschen Vakzine berichten Cassonte und Roche (1). Hingegen rät Morax (6) auf Grund einer genauen Beobachtung von 110 innerhalb sieben Jahren am Hôpital Lariboisiere behandelten Fällen, neben der wohl empfehlenswerten Vakzinetherapie von Nicolle und Blaizot nicht zu verzichten auf die bewährte Applikation von Silbernitrat (2—3%) und Argyrol. In einer ähnlichen Beobachtungsreihe kommt Klebanski (4) zum Schluß, dass die Dauer der gonorrhoischen Ophthalmoblennorrhoe zwischen 8 und 90 Tagen schwankt, im Mittel 35 Tage beträgt. Die kombinierte Behandlung mit $AgNO_3$-Lösung und Ardysol (1 : 5) ist wirksamer als die mit Höllensteinlösung allein (bloss 16,5% statt 25% Hornhauttrübungen), hingegen scheint die Vakzinebehandlung ohne Einfluss auf den Verlauf. Über günstige klinische und experimentelle Ergebnisse mit dem Morgenrothschen Äthylhydrocuprein berichtet Puscariu (8). Wolffberg (16) hinwiederum hat in drei Fällen von Blennorrhoe einen günstigen Erfolg gesehen mit 10% Noviformsalbe.

VI.

Pathologie der Gravidität.

Referent: in Vertretung Prof. Dr. J. Veit.

Schwangerschaftstoxämien, Hyperemesis gravidarum, Ptyalismus gravidarum.

1. Aguilar, I. M., Gegenwärtiger Begriff der Schwangerschaftsintoxikation. Gac. méd. del Sur. de Esp. Vol. 31. Nr. 16. p. 365—373. Nr. 17. p. 399—406.
2. Austin, Cecil Kent, On the iso-serum treatment of the incoercible vomiting of pregnancy. Med. Rec. Vol. 85. Nr. 16. p. 705—707. (Zusammenfassender Bericht; von 20 Fällen 18 geheilt.)
3. Barbey, A., Behandlung eines Falles von Ischias in der Schwangerschaft mit Ringerscher Lösung. Zentralbl. f. Gyn. p. 113. (Verf. berichtet einen Fall von Heilung einer Dermatose durch subkutane Injektion von Ringerscher Lösung und weiter einen Fall von Ischias, bei dem — nach vergeblichen anderen Versuchen — durch subkutane Injektion Ringerscher Lösung, und zwar im ganzen sechsmal, die Ischias geheilt wurde. Wenn auch in anderen Fällen Ischias andere Ursachen haben mag, so nimmt er in seinem Falle Schwangerschaftstoxikose als Ursache an.)
4. Beloux, J., Vomissements incoercibles de la grossesse. (Toxémie ou névrose?) Arch. des malad. de l'appar. dig. et de la nutrit. Jahrg. 8. Nr. 4. p. 211—225. (Beloux lehnt die Vergiftung als Erklärung des unstillbaren Erbrechens ab. Es beruht vielmehr auf neuropathischer Grundlage. Die Fälle sollen daher psychisch behandelt werden.)
5. De Bengoa, R. Becerro, Fälle von Graviditätsintoxikation. 3. span. Kongr. f. Gyn., Geb. u. Päd. Crón. méd. Valencia. Jahrg. 25. Nr. 592. p. 257—259. 1913. (Vier Fälle durch Blutserum normaler Schwangerer geheilt.)
6. Bertino, Sulle autointossicazioni gravidiche. Gaz. ital. d. Levatr. p. 129.
7. Blöte, H. W., Over de oorzaak van den ongunstigen invloed van zwangerschap op tuberculose. (Über die Ursache des ungünstigen Einflusses der Schwangerschaft auf Tuberkulose.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Nr. 10. p. 637—645. (Holländ.) (Von 100 Schwangeren reagierten 37% positiv nach Pirquet; von 81 Wöchnerinnen 62%. Wurde statt Tuberkulin ein Jequirityextrakt benutzt, dann zeigten von 62 Schwangeren 38% und von 57 Wöchnerinnen 67% eine positive Reaktion. In Übereinstimmung mit Entz findet Verf. also, dass die Pirquetschen Papeln die Folge eines rein lokalen Vorganges in der Haut sind und mit Immunitätsvorgängen im Organismus in keinerlei Zusammenhang stehen. Die Resultate mit der Pirquetschen Reaktion stimmen andererseits mit den früheren Erfahrungen von Stern überein. In 20 von 34 Fällen mit negativem Pirquet während der Schwangerschaft wurde die Reaktion im Wochenbett positiv. Die Schwangerschaft setzt also deutlich das Vermögen auf reizende Stoffe zu reagieren herab; daran ist das eventuelle Ausbleiben der Pirquetschen Reaktion bei Tuberkulösen während der Schwangerschaft zuzuschreiben. Es besteht ein inniger Verband zwischen dieser herabgesetzten Reaktionsfähigkeit und dem deletären Einfluss der Schwangerschaft auf den Verlauf einer Tuberkulose.) (Lamers.)
8. Bondy, Zur Lehre von der Hyperemesis gravidarum. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 17. Febr. Zentralbl. f. Gyn. p. 873. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 751. (21 Fälle; darunter zwei Todesfälle. Ein schwerer Fall wurde durch Schwangerschaftsserum geheilt. Verf. nimmt eine Toxikose an, zu der nervöse Einflüsse hinzukamen.)
9. Brickner, S. M., The role of the glands of internal secretion in the genesis of fibroma molluscum gravidarum to which is appended the report of a hitherto undescribed pigmentation of the nails arising during pregnancy. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. Vol. 38. p. 601—612. 1913. (Fibroma molluscum in der Schwangerschaft sieht

Verf. als eine Folge der Ovarialstörung, resp. des Aufhörens der Ovarialfunktion an, verbunden mit gesteigerter Tätigkeit der Glandula pituitaria und der Nebennieren. In gleicher Weise deutet er bezüglich der Ätiologie die Pigmentation einzelner Fingernägel.)

10. Cerecedo, M., Die wirksamste Behandlung unstillbaren Erbrechens. Siglo méd. Jahrg. 60. Nr. 3116. p. 546—549. 1913. (Heilung durch Adrenalin. Sieben Fälle.)
11. Coles, Str., Die Schwangerschaftstoxämie. Ther. Gaz. Mai. (Nichts Neues.)
12. Colorni, Herpes zoster eine Schwangerschaft komplizierend. Revue mens. de gyn., d'obst. Déc. 1913. (Der Herpes wird als Vergiftung durch die Schwangerschaft aufgefasst. Von Serumbehandlung ist nicht die Rede.)
13. Curtis, A. H., Vomiting of pregnancy treated by injection of blood of normal pregnant women. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 62. Nr. 9. p. 696. (15 ccm Blut, intramuskulär, Besserung; drei weitere mit defibriniertem Blut, Heilung.)
14. Dantin, Contribution à l'étude de la sérothérapie dans les vomissements graves de la grossesse et les dermatoses gravido-toxiques. Thèse de Bordeaux. 1913. p. 143. (Heilung durch Behandlung mit Serum oder konzentrierter Salzlösung.)
15. Delagénière, H., Unstillbares Schwangerschaftserbrechen und Appendizitis. Arch. prov. de chir. Nr. 11. 1913. Nov. (Annahme, dass das unstillbare Erbrechen bei Schwangerschaft meist auf peritoneale Reizung zurückzuführen ist, u. a. auch auf die Appendix.)
16. Delhez, F., Zwangerschap en alcohol. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Deel III. Nr. 3. p. 163—173. (Holländ.) (Referierende Betrachtung.) (Lamers.)
17. Dubrisay, L., Deux cas de vomissements incoercibles traités par l'avortement provoqué. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. 8. Nr. 11. p. 670—673. 1913. (In dem ersten Fall kam die Patientin trotz Unterbrechung der Schwangerschaft zum Tode, die Operation ist also wohl zu spät eingeleitet worden.)
18. Farani, A., Ein Fall von „Polyneuritis gravidarum". Zentralbl. f. Gyn. p. 802. (Führt die Erkrankung auf Intoxikation zurück. Auch im Wochenbett hält die Erkrankung an. Heilung durch Strychnin, Massage, Seebäder und Faradisation. Verf. selbst hält den Gegenstand aber noch nicht für genügend geklärt.)
19. Ferroni, Schwangerschaftstoxämie und Ren pelvicus congenitus mit Stieldrehung. Soc. ost. gin. della Emilia. (Bei einer 9. Gebärenden schwere Albuminurie mit Erbrechen; deshalb künstlicher Abort. Demnächst Schmerzen links vom Uterus, bedingt durch eine Geschwulst, die als Niere erkannt wurde. Sie wurde entfernt. Verf. erklärt die schweren Erscheinungen durch Stieldrehungen dieser Niere.)
20. Gaifami, P., A propos de la sérothérapie des intoxications gravidiques. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. 8. Nr. 10. p. 586—596. 1913. (Durch Injektion von Blutserum Schwangerer erreichte Verf. erhebliche Besserung der perniziösen Anämie, sowie bei Dermatosen und Prurigo.)
21. Goenner, A., Ein durch künstlichen Abort geheilter Fall von perniziöser Anämie und ein ebensolcher von schwerem unstillbaren Erbrechen in der Schwangerschaft, nebst Bemerkungen über Indikationen und Technik des künstlichen Abortes. Korresp.-Blatt f. Schweiz. Ärzte. Jahrg. 44. Nr. 14. p. 417—421. (Je ein Fall der Art.)
22. Handfield, Jones, Renal inadequacy in its relation to puerperal toxaemia. Clin. Journ. Vol. 43. Nr. 17. p. 266—270. (Die Frauen mit Niereninsuffizienz sieht Verf. als prädisponiert für Vergiftung an.)
23. Haughton, S., The prophylaxis and treatment of pre-eclamptic toxaemia and eclampsia. Indian. Med. Gaz. Vol. 49. Nr. 4. p. 137—141. (Die als Vergiftung angedeuteten präeklamptischen Erscheinungen sollen mit Bettruhe in verdunkeltem Raum, Isolierung, Diät und Kochsalzklysmen behandelt werden. Von einer spezifisch gegen die Vergiftung gerichteten Behandlung weiss Verf. nichts.)
24. Heimann, Fr., Zur Serumbehandlung der Schwangerschaftsdermatosen. Therap. d. Gegenw. Jahrg. 55. Heft 4. p. 159—160. (Juckendes Erythem; nach der ersten Injektion von Schwangerenserum Besserung; nach zwei weiteren Injektionen Heilung. Man braucht nicht stets Schwangerenserum zu nehmen. Jedes andere Serum hilft ebenso.)
25. Herrgott, A., Vomissements incoercibles et rétroversion de l'utérus gravide. Journ. de méd. de Paris. Jahrg. 33. Nr. 49. p. 958—960. 1913. (Verf. ist bereit, die Toxämie als Ursache des Erbrechens anzuerkennen, will aber auch die Lage des Uterus beachtet wissen.)

26. Hidden, J. H., Acidosis as an etiological factor in the toxemias of pregnancy. Therap. Rec. Vol. 9. Nr. 97. p. 8—11. 1913. (Verf. nimmt als Ursache der Schwangerschaftsvergiftung die Ansammlung von Azeton an. Er will daher Milch und Kohlehydrate reichlich geben, besonders auch Natrium bicarbonicum. Bei Misserfolgen Abortus.)

27. De Jong, H. E., De gevolgen van alcoholisme voor de nakomelingschap. (Die Folgen des Alkoholismus für die Nachkommenschaft.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Deel. III Nr. 8. p. 469—510. (Holländ.)

28. Kamerling, M., Twee gevallen van foetus compressus. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Helft. Nr. 23. p. 2154—2155. (Holländ.) (In beiden Fällen waren es im vierten Monat abgestorbene Zwillinge, die nach der Geburt des am Leben gebliebenen, mit der Plazenta ausgestossen wurden.) (Lamers.)

29. Kellner, H., Beiträge zur Frage des unstillbaren Schwangerschaftserbrechens. Diss. Erlangen 1913. (Sammelreferat.)

30. Le Lorrier, V., Le traitement médical des vomissements graves de la gestation d'après les données les plus recentes. Clin. Paris. Jahrg. 8. Nr. 40. p. 631—632. 1913. (Verf. stimmt der Erklärung des unstillbaren Erbrechens als Folge plazentarer Toxämie zu. Zuckerinfusion, Tropfeinläufe gemacht. Bei Misserfolgen mit Diät empfiehlt er Injektion mit Ringerscher Lösung oder Schwangerenserum.)

31. Lepage et Tiffeveau, Notes sur deux cas de vomissements graves de la grossesse. Ann. de gyn. Tome 10. 1913. p. 625. (Ein Fall durch Schwangerschaftsserum geheilt. Im zweiten Fall Abortus notwendig.)

32. Mc Chesney, W. E., Vomiting of pregnancy. Med. Council. Vol. 19. Nr. 6. p. 224. (Diät. Einführung von zwei Finger in die Vagina in Kniebrustlage.)

33. Merrill, Th. C., Clonus in the toxemia of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 3. p. 447. (Muskelzuckungen sind in der Schwangerschaft ein Zeichen für das Drohen von Eklampsie. Verf. hält es für einen Beweis von Toxämie.)

34. Meunier et M. Lafay, Vomissements incoercibles de la grossesse. Guérison par le chlorhydrate d'adrénaline en injections hypodermiques. Tours méd. Jahrg. 9. Nr. 9. p. 177—181. 1913. (Heilung durch Injektion von Chlorhydrat-Adrenalin.)

35. Perazzi, P., Intorno alle cause delle affezioni della bocca e dei denti nello stato puerperale. Ann. di ostetr. e ginec. Vol. 35. Nr. 11. p. 575—590. 1913. (Der Speichelfluss der Schwangerschaft wird erklärt durch Kongestion, durch Schwangerschaftsintoxikation und durch Mikroorganismen infolge der chemischen Veränderung des Speichels. Verf. will infolge davon antibakteriell vorgehen.)

36. Péry, Toxidermie gravidique guérie par la sérothérapie. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. Nr. 4. p. 282—286. (Nässendes Ekzem an den Genitalien, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Ausbreitung des Ekzems auf den Unterleib und die Arme heilte Verf. durch Injektion von Diphtherieheilserum. Er benutzte dieses Serum, weil er ein anderes nicht zur Hand hatte. Heilung erfolgte in kürzester Zeit.)

37. Plicque, A. F., Les vomissements incoercibles de la grossesse et leur traitement. Bull. méd. Jahrg. 28. Nr. 50. p. 645—647. (Diät, Suggestion, Medikamente, Organextrakte, Serum als Therapie; erst wenn dies alles nichts hilft, Abort.)

38. Rongy, A. J., A preliminary report on the treatment of toxaemias of pregnancy with placental serum. New York State Journ. of Med. Vol. 14. Nr. 1. p. 21—24. (Heilung durch Injektion von fötalem Serum.)

39. Roos, S. F., Heilung eines Falles von Schwangerschaftsdermatose mit Ringerscher Lösung. Aus der Bezirkshebammenlehranstalt zu Strassburg i. E. Zentralbl. f. Gyn. p. 867. (Schon nach einmaliger Injektion von 30 ccm Besserung. Nach der zweiten Injektion von 50 ccm fast vollständige Heilung. Nach der dritten Injektion Heilung. Es handelte sich um Zwillingsschwangerschaft, von denen das eine Kind lebend geboren wurde.)

40. Roullier, De l'étude des modifications de quelques éléments de l'urine chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles. Thèse Paris. 1913. (Die Annahme des Verfassers, dass die Veränderungen bei Erbrechen der Schwangeren denen hungernder und unterernährter Personen gleichen, hat wohl keine grosse Bedeutung für die Pathogenese, ist vielmehr nur als ein Beweis anzusehen, dass die zur Beobachtung gekommenen Personen durch die Erkrankung schon schwer gestört waren.)

41. Ryhiner, P., Über Hyperemesis gravidarum. Dissert. Basel 1913.
42. Sakaki, C., Adrenalin gegen das unstillbare Schwangerschaftserbrechen. Internat. Beitr. z. Pathol. u. Therap. d. Ernährungsstör. Bd. 5. Heft 3. p. 379—382. (Heilung durch absolute Bettruhe und 1 g Adrenalinlösung pro Tag. Verf. legt Wert auf die Lipoide der Plazenta.)
43. Simon, Frédericq, Castration au cours de la grossesse. Journ. Belge de Gyn. et d'obst. Juillet. Nr. 7. p. 520. (Vier Fälle werden mitgeteilt. In drei Fällen wurde trotz der Kastration am Ende der Schwangerschaft ein normales Kind geboren. Verf. fordert also auch während der Schwangerschaft die Entfernung ein- oder doppelseitiger Ovarialtumoren. Kommt es zur Fehlgeburt, so hängt das nicht mit dem Fehlen der Ovarien oder des gelben Körpers nach Fränkel zusammen, sondern weil der Operationsschock zu gross war.) (Heimann.)
44. Smith, Richard R., Toxemia of early pregnancy. Journ. of the Michigan State Med. Soc. Vol. 13. Nr. 5. p. 293—296. (Drei Fälle, welche trotz Abortus starben. Als Beweis für die toxische Natur der als besonders bedenklich bezeichneten Fälle von Erbrechen in der Schwangerschaft sieht Verf. die Ammoniakvermehrung des Harns an. Verf. hat übrigens vor der Einleitung des Abortes nichts spezifisch Entgiftendes vorgenommen.)
45. Stolper, L., Zur Ätiologie und Diagnose der Hyperemesis gravidarum. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 3. p. 85—99. (Verf. ist gleichfalls der Meinung, dass das Erbrechen als Vergiftung von den Zellen der Eiperipherie herstammt. Der Entgiftungsmechanismus hat gelitten. Verf. nimmt an, dass Leber, Corpus luteum und die Plazenta selbst eine Rolle spielen. Die Hormone dieser Drüsen gelangen zur Leber und wenn die Entgiftung nicht genügend stattfindet, so beweist das nicht eine mangelhafte Tätigkeit der Leber, sondern nur eine mangelhafte Tätigkeit dieser Drüsen, welche das Sekret zur Leber liefern sollten. Verf. legt besonderen Wert auf das Konstatieren einer Zerstörung der Zuckerassimilation.)
46. Sutton, R. L., A clinical note on fibroma molluscum gravidarum. Amer. Journ. Med. Sc. Vol. 147. p. 419. (Verschlimmerung in der Schwangerschaft, Besserung nach der Geburt.)
47. Thies, Ptyalismus in der Schwangerschaft, geheilt durch Injektion von Pferdeserum. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 445. (Starker Speichelfluss im sechsten Monat durch 20 ccm Pferdeserum geheilt.)
48. La Torre, F., Una causa dei vomiti gravidici non ancora rilevata. Clin. ostetr. Jahrg. 16. Nr. 1. p. 1—9. (Verf. nimmt an, dass der Kopf, der im Fundus liegt, die Ursache des Erbrechens sei.)
49. Treub, H., Schwangerschaftsdermographie. Nederl. Maandschrift voor Verlosk. en Vrouwenz. Jahrg. Nr. 5. p. 280—288. (Deutung als Vergiftung.)
50. Voron, Reflexions sur un cas de vomissements graves de la grossesse suivi de mort. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. Nr. 3. p. 204—213. 1913. (Trotz künstlichen Abortes trat der Tod ein; gleichzeitig war Zucker nachgewiesen im Harn.)

Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft.

1. Allen, Tuberculosis and pregnancy. Virginia Med. Semimonthly. p. 116. (Nichts Neues.)
2. Anderes, E., Unterbrechung der Schwangerschaft und Sterilisation auf abdominellem Wege in einer Sitzung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 4. p. 443. (Verf. will in einer Sitzung vorgehen. Laparotomie, Spaltung des Fundus quer zwischen den Tuben, Entfernung des Eies, Naht der Uteruswunde, Resektion der Tube mit Schluss des Peritoneums über ihr.)
3. Barbail, Contribution à l'étude de la scarlatine pendant la grossesse. Thèse de Toulouse. 1913.
4. v. Bardeleben, H., Die Prinzipien des therapeutischen Eingriffes bei Lungentuberkulose und Schwangerschaft. Med. Klinik. XII. p. 440. (Russisch.) (Wiedergabe der bekannten Ansichten des Verf.)

5. Berkowitz, Pregnancy complicated by typhoid fever with hemorrhage and relapse; delivery at term; report of the bacteriological and serological findings in mother and Child. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 827. (Heilung sechs Wochen vor der Geburt.)

6. Credé-Hörder, Tuberkulose und Schwangerschaft. Med. Reform. Jahrg. 22. Nr. 2. (Verf. steht auf einem Mittelweg, weder bei Beginn der Erkrankung noch bei sehr schlechtem Zustande soll man die Schwangerschaft unterbrechen. Ein künstlicher Abortus ist angezeigt bei schwachen Tuberkulösen im ersten Stadium und vorgeschrittenen Stadien, sowie bei Fällen progressiver Tuberkulose in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Heilstättenbehandlung wird warm empfohlen.)

7. Davis, E. P., Infection with the Bacillus coli communis complicating pregnancy labor and the puerperal state: its medical and surgical treatment. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 222. Transact. Med. Soc. State of New York. April 28/30. (Davis hat in einem Vortrag seine Ansicht über Bact. coli niedergelegt. In der Schwangerschaft hat der Keim Bedeutung besonders für die Entstehung der Pyelitis, die nach Verf. oft gleichzeitig mit Appendizitis vorkommt. Letztere will er stets operieren. Übrigens bringt Davis auch die Cholecystitis mit dem gleichen Keim in Zusammenhang.)

8. Dützmann, Die einzeitige Ausführung des künstlichen Aborts und der Tubensterilisation bei Tuberkulose und Schwangerschaft. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 219. (Russ.) (Verf. will die Operation vaginal ausführen. Spaltung der vorderen Wand. Entleerung des Uterus. Tubensterilisation durch Resektion von Tubenstücken; die Stümpfe werden nachher in das Lig. latum versenkt.)

9. Ebeler, Tuberkulose und Schwangerschaft. Prakt. Ergebn. VI. 1. (37 Fälle von künstlicher Unterbrechung von Schwangerschaft wegen Tuberkulose. Methode verschieden. Gute Zusammenstellung des jetzigen Standes der Frage.)

10. Fidelholz, A., Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus bei Lungentuberkulose. Diss. Strassburg 1913. (Zusammenstellung von 20 Totalexstirpationen des graviden Uterus wegen Tuberkulose. In 12 Fällen später Besserung, vier blieben unverändert, zweimal Verschlimmerung.)

11. Freund, H., a) Konsultationen zwischen Gynäkologen und Internisten bei Schwangeren mit Tuberkulose und Herzfehler. b) Gleichzeitiger Abortus artificialis und tubare Sterilisation. Unterelsäss. Ärzteverein. Strassburg. Offiz. Protokoll, 28. Febr. Deutsche med. Wochenschr. p. 930. (Freund verlangt bei der Komplikation der Schwangerschaft mit Tuberkulose und Herzfehler entschieden Beratung mit internen Medizinern. Er empfiehlt, wenn die Unterbrechung geboten ist, die Entleerung der schwangeren Gebärmutter durch den Kaiserschnitt mit sofortiger tubarer Sterilisation.)

12. Hofmann, E., Zur einzeitigen Aborteinleitung und Tubensterilisation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. 2. p. 320. (Zuerst Laparotomie in der Medianlinie, dann Spaltung des graviden Uterus, Herausdrücken des Eies, Entfernung der hypertrophischen Decidua mittelst Curette, Abbinden der Tuben, Versenkung der Tubenstümpfe zwischen die Blätter des Peritoneum, Schluss der Bauchwunde.)

13. Imhofer, R., Der gegenwärtige Stand der Frage Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. Nr. 11. p. 111. (In den ersten fünf Monaten soll bei Kehlkopftuberkulose stets der Abortus eingeleitet werden mit sofortiger Sterilisation; dagegen soll man die künstlichen Frühgeburten nicht vornehmen. Abkürzung der Geburt eventuell sehr zu empfehlen.)

14. Jung, Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung und Tubensterilisation. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 40. Nr. 2. p. 103. (Verf. lehnt alle sozialen Momente als Indikation ab. 23 Fälle. 8 Tubensterilisation.)

15. Lasagna, Tuberculose laringea e gravidanza. Arch. ital. di ost. XXV. p. 10. (Drei Fälle. Empfehlung frühzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft.)

16. Lesser, F., und R. Klages, Über ein eigenartiges Verhalten syphilitischer Neugeborener gegenüber der Wassermannreaktion. Aus der Univers. Frauenklinik der Charité in Berlin. Deutsche med. Wochenschr. p. 1309. (Mahnung zur Vorsicht bei der Wassermannreaktion bei Neugeborenen. Man sollte stets mit verschiedenen Antigenen arbeiten.)

17. Mirto, Intorno ad alcuni casi di colera in gravidanza. Artc. ost. 1913. p. 342. (Statistisches.)

18. Permin, G. E., Nogle Tilfaelde af Abortus provocatus ved Lungetuberculose. (Einige Fälle von Abortus provocatus bei der Lungentuberkulose.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 865—874. (Sechs Fälle. Als Indikation wird aufgestellt: Verschlechterung eines schon bestehenden tuberkulösen Prozesses — früh in der Schwangerschaft. Alle Fälle verliefen ohne Komplikationen; es kam keine Progression der Lungentuberkulose.) (O. Horn.)
19. Pou, Acute infectious myelitis complicating pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 1052. (Nach Geburt einer durch die Krankheit abgestorbenen Frucht langsame Besserung.)
20. Real, C., Künstlicher Pneumothorax während der Schwangerschaft. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose. XXIX. p. 310. (Ein Fall mit günstigem Verlauf.)
21. Sarkissiantz, De l'avortement et de la stérilisation artificielle en un temps. Presse méd. Jahrg. 22. Nr. 11. p. 109—110, 191. (Verf. will gleichfalls die beiden Operationen mit einer Narkose vornehmen. Zuerst Desinfektion, dann Dilatation, Entfernung des Eies, Ausschabung und Tamponade; direkt hinterher die Eröffnung der Bauchhöhle von der Scheide aus mit Durchtrennung beider Tuben.)
22. Schenck, B. R., Pulmonary tuberculosis and pregnancy. Journ. Mich. State Med. Soc. Vol. 13. p. 157. (Genaues Individualisieren.)
23. Seitzingen, Tuberkulose und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Erlangen 1913. (Einschreiten im zweiten und dritten Stadium, in letzterem möglichst früh.)
24. Sergent, E., Tuberculose et grossesse. Rev. prat. d'obst. p. 47. (Nicht grundsätzlich künstlicher Abortus. Kalkdiät. Adrenalin.)
25. Simson, H. J. F., and J. M. Bernstein, Remarks on infection by B. coli in the puerperium and an infection conditions of pregnancy. Brit. Med. Journ. I. p. 749. (Drei Fälle von Wochenbetterkrankung derart.)
26. Spaeth, Tubensterilisation oder vaginale Korpusresektion bei tuberkulösen Frauen. Geb. Ges. zu Hamburg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1164. (Verf. will zur Sterilisation des Corpus etwas oberhalb des Orif. ext. exzidieren, und zwar keilförmig durch vaginale Operation, wobei er möglichst viel experitoneal bleibt. Er zieht diese Operation der Tubensterilisation vor.)
27. Thompson, Acute dilatation of the stomach complicating pregnancy. New York Med. Journ. Vol. 99. p. 934. (Ursache unklar.)
28. Warthin, A. Sc., Miliary tuberculosis of the placenta with incipient pulmonary tuberculosis of the mother becoming latent after the birth of the Child. Journ. Amer. Med. Assoc. 1913. p. 1951.

Sonstige Erkrankungen in der Schwangerschaft.

1. Albrecht, Zur Therapie der Schwangerschaftspyelitis. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 485. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6. p. 841. (Verf. will frühzeitig mit Harnleiterkatheterismus und Nierenbeckenspülung beginnen, weil sonst die Gefahr besteht, dass die Erkrankung später nicht mehr geheilt werden kann.)
2. Albrecht, Hans, Die einseitige akute infektiöse Nephritis und Perinephritis. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. Heft 6. (In allen Fällen, in denen die akute infektiöse Nephritis nicht auf dem Boden einer Pyelocystitis entstanden ist und die schweren Erscheinungen nach dem Ureterenkatheterismus und eventuell Spülbehandlung nicht alsbald zurückgehen, will Verf. die Niere freilegen und je nach dem Befund operieren.)
3. — Komplikation der Schwangerschaft mit Ileus infolge Abknickung des Dickdarmes durch einen entzündlichen Netztumor. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 26. Febr. Zentralbl. Nr. 36. p. 1222. (Im fünften Monat im Anschluss an eine Hernienoperation Ileus entstanden durch einen entzündlichen Netztumor. Resektion des Tumors und des Colon transversum. In der Heilung Kotfistel; deshalb Entleerung des Uterus im sechsten Monat und langsame Heilung der Kotfistel.)
4. Amann, Cholelithiasis und Schwangerschaft. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 25. Jan. in Nürnberg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1076. (Erkrankung im fünften Monat der Schwangerschaft. Der Tumor zeigt sich als Erkrankung der Gallenblase

mit einem nussgrossen Stein. Auch der Proc. vermiformis ist krank. Heilung durch Operation.)

5. Amann, Darmruptur durch stumpfe Gewalt bei Gravidität. Münchn. gyn. Ges. 18. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1454. (Fall in der Schwangerschaft. Blutabgang, schwere Erscheinungen. Bei der acht Tage nach dem Fall vorgenommenen Laparotomie etwa 20 cm oberhalb Valvula Bauhini der Dünndarm verletzt. Demnächst trat Abortus ein und unter Bildung einer Dünndarmbauchdeckenfistel, die später geheilt wurde, genas die Patientin.)
6. Andrews, Acute abdominal pain in pregnancy. Clin. Journ. Vol. 42. p. 353. 1913. (Warnung davor, den Sitz der Schmerzen in den Uterus zu verlegen.)
7. Arbekow, Ein Fall von akuter gelber Leberatrophie während der Schwangerschaft. Festschr. Pobedinsky. p. 211. (Schwerer Fall. Künstlicher Abortus. Tod.)
8. Audebert, Cholecystite gravidique. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. II. p. 735. 1913. Ann. de Gyn. Janv. (Dabei vorübergehend Hämophilie. Schwangerschaft ungestört. Angeblich Erblichkeit.)
9. Austin, The dose of hexamethylenamine. New York Med. Journ. Vol. 99. p. 603.
10. Aymerich, G., Ricerche sperimentali sulla intossicazione tabagica in gravidanza. Ann. di ost. 1913. p. 361. (Experimente an Tieren. Hiernach kein schädlicher Einfluss des Tabaks auf die Schwangerschaft anzunehmen.)
11. — Alterazioni placentari in donna cardiopatica. Ginec. 1913. p. 429. (Stauung von Blut im intervillösen Raum. Bildung von weissen Infarkten.)
12. Bandioli, A., Un caso di mielite trasversa in gravidanza. Istituto clin. di Milano 1913. p. 337. (Wehen regelmässig, Fehlen der Bauchpresse, deshalb Zange nötig.)
13. Barris, J. M., The treatment of pregnancy complicated by morbus cordis by means of caesarean section under spinal anaesthesia. R. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. p. 238. March 5. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 25. p. 186. Vol. 26. p. 291. (Ein Fall derart mit Genesung. Erwähnung von vier ähnlichen Beobachtungen.)
14. Bondy, Akute Funktionsstörung im uropoetischen System während der Schwangerschaft. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 17. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 6. p. 838. (Im ersten Falle handelt es sich um Verringerung des Urins mit leichter Benommenheit. Annahme einer doppelseitigen Pyonephrose; sofortige Entbindung durch Hysterotomie. Heilung. Verf. nimmt reflektorische Anurie an. Im zweiten Falle Pyelitis, die plötzlich schwere Allgemeinstörungen hervorruft. Auch hier sofortige Hysterotomie und Heilung.)
15. Brickner, Die Rolle der Drüsen mit innerer Sekretion bei der Entstehung des Fibroma molluscum gravidarum. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. 4. (Die Ansicht des Verf., dass das Fibroma molluscum durch Drüsen mit innerer Sekretion entsteht, wird vom Verf. eigentlich durch nichts bewiesen. Nicht einmal durch die Erfolge der Therapie.)
16. Cathelin, Die sogenannte Schwangerschaftspyelonephritis. Allg. Wiener Med. Zeitg. p. 136, 148. (Bacterium coli-Infektion auf Grundlage der Toxämie der Schwangerschaft.)
17. Chevassu, La pyélonéphrite gravidique. Ann. de gyn. et d'obst. Juin. Tome 11. p. 369. (Verf. nimmt als Ursache der Pyelonephritis mit Pinard eine vorher bestehende Störung der Niere an, tritt aber für die Infektion auf dem Blutwege ein. In erster Linie besteht für ihn die allgemeine Behandlung, wobei er auf die Vakzine nicht übermässig grossen Wert legt. Den Katheterismus der Ureteren wendet er nicht in allen Fällen an. Immerhin muss man ihn in einzelnen Fällen vornehmen und durch ihn ist die Unterbrechung der Schwangerschaft seltener geworden.)
18. Coenen, Ileus bei Situs inversus mit Gravidität. Berl. klin. Wochenschr. p. 177.
19. Davidovitch, Morbus Basedowii und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Berlin 1913. (Ein Fall.)
20. Decio, Über einige Thrombosen bei Schwangeren. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia. (Verf. sucht die Ursache in mechanischen Momenten.)
21. Dervaux, Cancer du sein et grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 271. (Schnelles Wachstum in der Schwangerschaft.)
22. Dobkevitch, De la chorée au cours de la grossesse. Thèse de Paris. 1913. (Prognose meist ernst. Künstliche Schwangerschaftsunterbrechung oft nicht von Erfolg.)
23. Dorman, The bacillus coli infections during pregnancy and the puerperium. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 487.

24. Dreyfuss und Traugott, Über eine durch Schwangerschaft bedingte schwere Hirnerkrankung. Med. Klinik. p. 13. (Die schweren Hirnerscheinungen in dem vorliegenden Falle wurden mit einem Schlage durch die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt. Verf. erklärt den Fall als bedingt durch eine Störung der Harmonie der inneren Sekretion der verschiedenen Organe.)
25. Elfer, Katatonie mit besonderer Berücksichtigung des Verlaufes der Gravidität. Inaug.-Diss. Kiel 1913.
26. Engelhorn, Zur Ätiologie der Pyelitis gravidarum. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 25. Jan. in Nürnberg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1077. (Verf. nimmt an, dass es sich um Heraufsteigen des Prozesses von der Blase aus handelt; er versucht dieses durch klinische Untersuchungen nachzuweisen.)
27. Faas, Schwangerschaftstetanie. Inaug.-Diss. Erlangen 1913.
28. Farani, Ein Fall von „Polyneuritis gravidarum". Zentralbl. f. Gyn. p. 802. (Toxämie abgelehnt. Besserung erst Monate nach der Geburt.)
29. Ferrero e Fenoglietto, Sopra un caso di polinevrite gravidica unita a Morbo di Flaiani-Basedow. Riv. prat. nerv. et ment. 1913. p. 649. (Ein Fall derart. Versuch der Erklärung durch Fehler der inneren Sekretion.)
30. Ferroni, Seltene Formen von die Schwangerschaft komplizierendem Ileus. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia. (Zwei Fälle derart. Ursache Tuberkulose des Ileum und Geschwulst am Ileum. Die erste Patientin wurde erst nach der Entbindung operiert. Im zweiten Falle wurde im vierten Monat der Abortus eingeleitet; ehe die Patientin aber operiert werden konnte, starb sie.)
31. Fleischmann, Künstlicher Abortus bei schwerer Pyelitis. Zentralbl. f. Gyn. p. 407.
32. Florence, Occlusion intestinale et grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. III. p. 219. (Ein Fall, Volvulus der Flexura sigmoidea. Vergeblich operiert.)
33. Frank, R. T., Pregnancy in a case of polycythaemia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 134. (Schwangerschaft ausgetragen.)
34. Franz, Über Pyelitis gravidarum. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 8. p. 691.
35. Freund, H., Herzfehler und Schwangerschaft (mit Demonstration). Oberrhein. Ges. f. Geb u. Gyn. Sitzg. vom 6. Juli 1913 in Baden-Baden. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 2. p. 292. (Freund kann mit den Grundsätzen Frommes und seinem Referat auf dem Gynäkologen-Kongress nicht ganz übereinstimmen. Leichte, d. h. kompensierte und nicht komplizierte Herzfehler werden durch die Schwangerschaft selten beeinflusst. Jede Störung der Kompensation und jede Komplikation ist aber für Schwangere gefährlich; in solchen Fällen ist die Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt. Im Wochenbett soll man sterilisieren.)
36. Freund, H. A., Heart in pregnancy. Mich. State Med. Soc. 1913. p. 648. (Vertritt die ältere Auffassung, dass die Prognose von der Art des Herzfehlers abhängig sei. Er kennt allerdings auch Kompensationsstörungen und will dabei in frühen Monaten stets die Schwangerschaft unterbrechen.
37. *Fruhinsholz, Diabetes und Schwangerschaft. Ann. de gyn. Vol. 10. Heft 8. p. 477.
38. Gaifami, De la pyélonéphrite au cours de la grossesse. Ann. de gyn. et d'obst. Juin. Tome XI. p. 379. Rivista ospedaliera. 1912. Nr. 12. (Gaifami tritt für den Ureterenkatheterismus ein, sowie für die Vakzinetherapie.)
39. Geelmuyden, H. Chr., Diabetes und Gravidität. Norsk magazin for Laegevidensk. p. 1147. (Eine Übersicht über die Stellung der Frage. Wenn auch Verf. meint, dass die Glykosurie der Schwangeren und der echte Diabetes mellitus in letzter Instanz beide auf eine Störung irgend einer Stelle des Nervensystems beruhen, reserviert er sich doch bestimmt gegen die Auffassung, dass die zwei Krankheiten identisch seien. Er referiert vier Fälle, die zwar nicht gründlich beobachtet werden konnten, die aber doch geeignet sind, die Frage zu beleuchten, ob man wegen Diabetes eine Schwangerschaft abbrechen soll. Die Frage soll von den Internen, nicht von den Gynäkologen beantwortet werden; nur jene werden imstande sein, aus dem ganzen Verlauf der Krankheit ein richtiges Urteil zu geben, während die bei den Kranken momentan vorliegenden Befunde weniger bedeuten. Auch das Verhalten der Krankheit vor der Schwangerschaft muss berücksichtigt werden. Verf. findet es nicht berechtigt, das Leben der Mutter in grosse Gefahr zu bringen, nur um der Möglichkeit willen, dass man ein kräftiges Kind vielleicht haben wird. Es kann auch geschehen, dass beide Leben dabei zugrunde gehen.) (Kr. Brandt.)

40. Gellhorn, Exophthalmic goitre and pregnancy. Amer. Gyn. Soc. Vol. 38. p. 386. 1913. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 1132. (Zwei eigene Fälle derart. Komplikationen im allgemeinen ernst, bei jeder Verschlimmerung Unterbrechung der Schwangerschaft.)
41. Gerest, Existe-t-il des indications de l'accouchement prématuré provoqué dans l'albuminurie gravidique? (Eclampsie confirmée non comprise.) Thèse de Lyon.
42. Giles, R., Spina bifida und Schwangerschaftsverlauf. Revue mens. de gyn. VIII. 7. (Diese Kombination ist sehr selten. Verf. findet nur zwei Fälle in der Literatur. Er selbst beobachtete einen neuen Fall. Erbrechen bis zum Ende der Schwangerschaft; vorzeitige Geburt; Eröffnungsperiode verlängert, Austreibungsperiode verkürzt; Infektionsgefahr.)
43. Goenner, A., Ein durch künstlichen Abortus geheilter Fall von perniziöser Anämie und ein ebensolcher von schwerem, unstillbarem Erbrechen in der Schwangerschaft, nebst Bemerkungen über Indikationen und Technik des künstlichen Abortus. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 14. (Beschreibung der beiden geheilten Fälle. Technik: Dilatation mit Hegarschen Stiften und sofortige Ausräumung.)
44. Graham, Gallstones complicating pregnancy and puerperium; report of six cases. Southern Med. Journ. p. 389. (Drei Fälle an Schwangeren beobachtet; zweimal gelang es, durch Operation Schwangerschaft zum guten Ende zu bringen; ein Fall starb trotz Operation.)
45. Gundi, A., Anemia e gravidanza. Lucina. 1913. p. 181. (Allgemeines.)
46. Guzzoni degli Ancarani, Un caso di pyelonefrite in gravidanza. Rend. Soc. Tosc. V. p. 67.
47. Handfield-Jones, Renal inadequacy in its relation to puerperal toxaemia. Clin. Journ. p. 266. (Niereninsuffizienz in jeder neuen Schwangerschaft bei sonst gesunden Frauen.)
48. L'Hardy, A. G., La pyélonéphrite de la grossesse. Gaz. des hôp. 1913. p. 2127. (Nichts Neues.)
49. Hicks, H. T., Schwangerschaft mit Hydronephrose kompliziert. Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp. XXIV. p. 6. 1913. (Pyonephrose. Inzision. Drainage. Keine Besserung, deshalb künstliche Frühgeburt. Heilung.)
50. Hilgers, E., Komplikation von Herzfehler und Schwangerschaft. Diss. Strassburg i. E. (26 Fälle der Art; nur zwei beschwerdefrei. Neunmal spontane Geburt, sechsmal künstliche Frühgeburt, fünfmal Kunsthilfe am Ende der Schwangerschaft. Eine Frau starb im sechsten Graviditätsmonat, eine andere sechs Tage nach der Geburt.)
51. Hinselmann, Zur Theorie der Schwangerschaftsalbuminurie. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 2. März. Zentralbl. f. Gyn. p. 875. (Nichts Neues.)
52. *— Untersuchungen über das proteo- bzw. peptolytische Vermögen des Serums bei Schwangerschaftsalbuminurie. Zentralbl. f. Gyn. p. 258.
53. Hohorst, Bericht über zwei Fälle von Ileus in graviditate bzw. intra partum. Geb. Ges. Hamburg. 24. Febr. Zentralbl. f. Gyn. p. 663. (Zwei Fälle derart. Im ersten Fall trotz Operation Tod. Im zweiten Fall Entleerung des Uterus durch Perforation und Aufrichten des Uterus. Dadurch verschwindet der Ileus.)
54. Holzbach, Zur Diagnose der Schwangerschaftsnierenkrankheiten. Württ. Med. Korresp. p. 145. Münchn. med. Wochenschr. p. 448.
55. Hortoule, Une observation de pyélonéphrite de la grossesse traitée par le cathéterisme urétére; néphrectomie consécutive. Journ. d'Urol. Tome 6. p. 55. (Ob die Verschlimmerung hier durch den Ureterkatheterismus bedingt ist oder die Nieren-Entfernung auch ohne diesen notwendig gewesen wäre, lässt sich nach der Mitteilung des Autors schwer entscheiden.)
56. Jaworski, J., Die Veränderungen des Herzens und des Herzmuskels während der Schwangerschaft. Gaz. lek. Nr. 22. (Verf. ist der Meinung, dass das Herz sich am Ende der Schwangerschaft vergrössert, und zwar besonders die linke Herzkammer, dass oft Dislokationen des Herzens vorkommen und dass das Herz gegen die vordere Wand des Brustkorbes gedrückt wird.)
57. Johansonn, S., Sind bei schweren Fällen von Graviditätspyelonephritis chirurgische oder obstetrische Eingriffe vorzuziehen? Allm. Svenska Laekartidn. Nr. 13 u. 14. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 8. p. 306. (Verf. zieht der allgemeinen die Ureterenund der geburtshilflichen Behandlung die chirurgische Behandlung vor.)
58. Jungmann, Schwere Anämien in der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. p. 575. (Zwei Fälle, Heilung nach der Geburt.)

59. Jungmann, Beiträge zur Kenntnis der Schwangerschaftsanämie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. (Mit v. Noorden fasst Verf. seine Fälle auf als „Blutkrisen", als Ausdruck einer plötzlichen Reizwirkung auf die blutbildenden Organe. Er will sie deshalb unter- scheiden von der perniziösen Anämie.)
60. Kistler, Über Pyelonephritis in graviditate et in puerperio. Diss. Basel 1913.
61. Kraft, Discussion zu Leopold Meyer: Et Tilfaelde af Appendicitis i Svangerskabet) (Diskussion zu Leopold Meyer: Ein Fall von Appendizitis in der Schwangerschaft. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 3. Dez. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1885—1886. (Sechs Fälle, alle mit wenig ausgesprochenen Symptomen.) (O. Horn.)
62. Kreiss, Ph., Herzfehler und Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1805. (Nach Meinung und Erfahrung von Kreiss wird Herzfehler durch Schwangerschaft selten verschlimmert; in Dresden nur in etwa 1 : 1000 der Geburten wegen Herzfehler Schwangerschaft unterbrochen. Besonders schlimme Komplikation gleichzeitig mit Nephritis.)
63. Krömer, P., Zur Ätiologie und Behandlung der Pyelitis gravidarum. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 2. p. 453. (Verf. nimmt den Ursprung der Krankheit aus dem Darmkanal, aus Angina oder sonstigen Infektionen an. Durch Erweiterung der Ureteren ist die Schwangere für die Erkrankung prädisponiert. Bleibt auf der einen Seite Pyurie, soll man chirurgisch eingreifen.)
64. Lepage, De la mort chez les choréiques pendant la grossesse. Ann. de Gyn. X. p. 458. (Ein schwerer Fall der Art, bei dem Abortus eingeleitet wurde; zuerst Besserung, dann Tod.)
65. Lienau, Über künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen in psychiatrischer, rechtlicher und sittlicher Beleuchtung. Aus der Privatklinik „Eichenhain" für Nerven- und Gemütskranke. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 53. Heft 3. Münchn. med. Wochenschr. p. 1079.
66. — Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 53. Heft 5. Deutsche med. Wochenschr. p. 1081. (Verf. will bei allen Psychosen den künstlichen Abort einleiten, wenn die Gesundheit der Mutter für das Fortbestehen der Schwangerschaft gefährdet wird und wenn man durch den Abort diese Gefahr glaubt beseitigen zu können. Auch bei typischen Geisteskrankheiten sollte man den Versuch machen, durch Unterbrechung der Schwangerschaft die Psychose zu beenden. Der Standpunkt des Verf. dürfte sehr schwer zu klarer Indikationsstellung führen.)
67. Llorens, Herzleiden und Schwangerschaft. Cron. méd. 1913. p. 218. (Puls und Nieren entscheiden die Frage des Einschreitens.)
68. Ludwig, F., Ileus bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. 2. p. 324. (Ein eigener Fall. Man soll in den ersten Monaten die Schwangerschaft erhalten, in den späteren der schnellen Übersicht halber unterbrechen und dann operieren. Literatursammlung gut. Ileus hängt selten von dem schwangeren Uterus ab. Therapie — unabhängig von der Schwangerschaft — die gleiche wie stets.)
69. Marek, Asthma bronchiale in graviditate. Casop. lek. 13. 44. (Zweimal war deshalb die Unterbrechung der Schwangerschaft notwendig.)
70. — Mütterliche Tetanie. Casop. lek. 13. 42. (Verf. beobachtete 10 Fälle derart. Der erste Anfall stets erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft; bei jeder neuen Schwangerschaft trat Rezidiv ein. Von seinen Fällen starben drei Mütter, auch die Kinder wurden gefährdet. Verf. will Calcium chloratum und in schweren Fällen den künstlichen Abort anordnen; auch hält er die künstliche Sterilisation für angezeigt.)
71. — Über einen Fall von Schwangerschaftsakromegalie. Zentralbl. f. Gyn. p. 265. (Die Furcht des Verf., dass die Krankheit bei der nächsten Gravidität sich verschlimmert, hat sich bei dieser neuen Beobachtung nicht bestätigt.)
72. Markowa, Ada, Beitrag zur Kasuistik des Ileus acutus während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Przegl. lek. Nr. 23. (Es handelt sich um einen Fall von Ileus im Wochenbett, entstanden durch Torsion des Dünndarms, und drei weitere Fälle von Ileus durch Torsion der Flexur; davon einmal während der Geburt und zweimal in der Schwangerschaft. In allen Fällen wurde durch Operation Heilung erzielt.)
73. Mayer, A., Die Pyelitis und ihre Beziehungen zu Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 2. p. 449. (Ausser dem aszendierenden Wege nimmt Verf. auch den deszendierenden auf dem Blutwege an und die Herkunft insbesondere vom Darm.)
74. Medling, W. L., Pulmonary Oedema with especial reference to pregnancy. Journ. Tenessee Med. Assoc. p. 428.

75. Menge, Bemerkungen zum Infektionsmodus bei der Pyelitis des Weibes. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. u. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Gemeinschaftl. Sitzg. vom 26. Okt. 1913 in Heidelberg. Zentralbl. f. Gyn. p. 630. (Aszendierende Infektion mit Prädisposition durch Harnstauung usw. angenommen.)

76. Meyer, Leopold, Et Tilfaelde af Appendicitis i Svangerskabet. (Ein Fall von Appendizitis in der Schwangerschaft.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 3. Dez. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1884—1885. (Der Fall war mit Pyelitis kompliziert; keine deutlichen peritonealen Symptome. Operation der im sechsten Monat schwangeren Frau. Heilung p. p. Rechtzeitige Geburt.) (O. Horn.)

77. Middlemiss, A case of bronchial asthma associated with pregnancy treated by hypnotism. Brit. Med. Journ. II. p. 94.

78. Mühlbaum, Die Prognsoe bei Chorea gravidarum. Prakt. Ergebn. VI. p. 55. (Sehr gute Zusammenstellung der heutigen Erfahrungen.)

79. Novak, S., O. Porges und R. Strisower, Über eine besondere Form von Glykosurie in der Gravidität und ihre Beziehungen zum echten Diabetes. Zeitschr. f. klin. Med. 78. Heft 5 u. 6. Deutsche med. Wochenschr. p. 979. (Der Blutzucker bei der Glykosurie der Schwangerschaft ist meist nicht erhöht. Es ist nicht der Ausdruck der Schwäche des Kohlehydratstoffwechsels. Nur bei schweren Fällen kommt die Unterbrechung der Schwangerschaft in Frage.)

80. Opitz, Neue Beiträge zur Pyelitis gravidarum. Gyn. Rundschau. 1913. Heft 2. p. 450. (Verf. hat in zwei Drittel der Fälle bei Schwangeren Bakterien im Harn gefunden, aber nur in einem Fünftel der Fälle gleichzeitig Eitergehalt. Meistenteils handelt es sich, in letzteren Fällen wenigstens, um das Bacterium coli. Ohne den deszendierenden Weg zu leugnen, nimmt er den aszendierenden als sicher bestehend an.)

81. Pasteau, O., Considérations sur l'étiologie et le traitement de la pyélonéphrite gravidique. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Août 1913. (Verf. tritt für einfache Behandlung ein, die in den allermeisten Fällen zum Ziel führt. Die Entfernung der Niere ist nur sehr selten notwendig.)

82. Pazzi, Pathologische Schwangerschaft und pathologische Störung der Schwangerschaft. Ginec. X. 18. (Bei erkrankten Frauen wirkt die Gravidität direkt oder indirekt als Parasit „krankmachend". Behandlung schwer. Bei pathologisch Graviden meist Heilung möglich.)

83. Petersen, A., Ein Fall von Leukämie in der Schwangerschaft. Aus der Provinzial-Hebammenlehranstalt zu Breslau. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 2. p. 272. (Fälle von Leukämie in der Schwangerschaft sind verhältnismässig selten. Verf. teilt einen gut beobachteten Fall mit, der wenige Stunden nach der Geburt zum Tode führte. Das Kind war vorzeitig gestorben. Verf. tritt für rechtzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft ein.)

84. Piera, L'oedème chez la femme enceinte. La signification, son pronostic; son traitement. Journ. sages-femmes. p. 43, 51.

85. Plauchu, Fälle von Schwangerschaften nach partiellen Adnexoperationen. Lyon méd. Nr. 16. p. 1433. (Sammlung bisheriger Fälle. Keine eigene Beobachtung.)

86. Porta, Ein Fall von angeborenem Herzfehler bei einer Schwangeren. Rassegna d'ost. e Ginec. Vol. 23. Nr. 1. (Ein Fall der Art. Zweimal Abortus, einmal künstliche Frühgeburt wegen schwerer Störungen. Verf. will den Eingriff nicht stets, sondern nur bei dringenden klinischen Erscheinungen machen.)

87. Remy, S., et A. Remy, Un cas de mort per embolie au cours de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 348. Revue mens. de gyn. p. 253. (Ausgang thrombosierte Venen.)

88. Reichold, Über die Adrenalinämie in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Erlangen 1913. (Kein Unterschied gegen die Norm.)

89. Rissmann, P., Hat es für den Frauenarzt Wert, eine „akute gelbe Leberatrophie" in der Schwangerschaft zu diagnostizieren? Frauenarzt. 1913. p. 530. (In diesem Wort sind verschiedene Krankheiten vereinigt, die man trennen sollte.)

90. Rogoff, Amaurosis und Gravidität. Wratsch. p. 260. (Trotz künstlicher Frühgeburt keine Besserung.)

91. *Rosenstein, Appendizitis und Gravidität. Breslauer Gyn. Ges. 28. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 142. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. 1.

92. Rudaux, De l'occlusion intestinale au cours de la gravidité. Clin. de Paris. p. 297. (Pelvi peritonitis Ursache.)

93. — Pyelonéphrite gravidique. Diagnostic et traitement. Clin. Paris. p. 75.

94. Rüder, Vaginale Kolpohysterotomie bei Herzinsuffizienz am Ende der Gravidität. Geb. Ges. Hamburg. 13. Jan. Zentralbl. f. Gyn. p. 560. (Ein Fall; nur hinterer Schnitt.)
95. Sauvage und Vincent, Anémie pernicieuse de la grossesse. Ann. de gyn. Tome XI. p. 24. (Verschlimmerung in der Schwangerschaft, totfaule Frucht, dann Besserung. Ätiologie Syphilis.)
96. Scheidemann, H., Herzfehler und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Göttingen 1913.
97. Scheveler, Contribution à l'étude de l'anémie pernicieuse de la grossesse. Thèse de Nancy. 1913.
98. Schickele, G., Beitrag zur Kenntnis der Pyelitis und Nierenbeckenerweiterung während und ausserhalb der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 221. (Verf. teilt die Krankheit in vier Gruppen: 1. solche mit Erkrankungen in der Umgebung des Genitalkanals; 2. solche ohne Erkrankungen des Genitalkanals; 3. solche, bei denen während der Schwangerschaft keine Zeichen von Pyelitis sich ergeben haben; 4. endlich solche, in denen während der Schwangerschaft die typischen Schmerzen der Pyelitis vorhanden waren. Die Pyelographie wird für die Diagnostik warm empfohlen; sie ermöglicht die Erweiterung des Nierenbeckens zu erkennen.)
99. Simson und Bernstein, Puerperale Koliinfektion und Infektionsmöglichkeiten in der Schwangerschaft. Brit. Med. Journ. April 4.
100. Smit, L., Ein Fall von doppeltem Volvulus während der Gravidität. Medicinsk Revue. Bergen. p. 317. (26jährige Bäuerin. IIpara. Gegen Ende der Schwangerschaft Leibschmerzen, Erbrechen, kein Abgang von Stuhl noch Winden. Auf der Seereise zum Krankenhause gebar die Frau spontan ein lebendes Kind, das jedoch bald starb. Ca. 12 Stunden später Laparotomie. S. Romanum 360° gedreht, total gangränös. Der ganze Dünndarm samt Cökum, Colon ascendens und die Hälfte des Colon transversum um 180° gedreht. Diese Därme zeigten keine Ernährungsstörungen. Der gangränöse Darm wurde hervorgelagert. Der nach der Demarkation entstandene Anus praenaturalis konnte schliesslich geschlossen werden und die Frau genas.) (Kr. Brandt.)
101. Spoliansky, Appendizitis in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. München 1913. (Ein Fall der Art.)
102. v. Strait, Tetanus uteri mit tödlichem Ausgang. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. 20. April 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 628. (43jährige VIIIpara. Die Schmerzen im sechsten Monat wurden als Appendizitis gedeutet. 34. Woche Schmerzanfall, Kollaps, Sectio caesarea vaginalis, Kind tot. Altonia uteri. Kind tot. Tetanus vielleicht Folge einer Peritonitis nach Perforation einer Appendix.) (Heimann.)
103. Thaler, Leukämie und Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1029. (40jährige 9. Gebärende, fieberhafte Erkrankung des Rachens, dann Nasenbluten und schwere Anämie. Leichte Temperaturerhöhung, skorbutartige Veränderungen des Zahnfleisches, Geburt einer toten Frucht im neunten Monat. Diagnose musste auf Leukämie gestellt werden. Bei der Frucht Hydrothorax mit zahlreichen Ekchymosen an den serösen Häuten, Stauung im Bereiche der Nieren, Milz nicht wesentlich vergrössert, das Kind also frei von Leukämie, aber nach Meinung des Verf. doch durch das Toxin geschädigt.)
104. Thies, Neuritis cruralis in der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. p. 446. (Besserung durch Chinin, Verschwinden nach der Geburt.)
105. Thompson, N. P., Akute Magendilatation in graviditate. New York Med. Journ. p. 934. Nr. 19. (Unklare Ätiologie.)
106. Tylecote, Schwangerschaftsgelbsucht mit auf die Nachkommen vererbter Gelbsucht. Lancet. I. p. 1696. (In acht Schwangerschaften trat jedesmal im dritten Monat die Gelbsucht auf und dauerte bis drei Monate nach der Geburt. Sieben Kinder litten gleichfalls an Gelbsucht, von diesen starben sechs. Nach der letzten Geburt blieb die Leber krank.)
107. Vautrin, Les fausses appendicites de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 351. (Fünfmal falsche Diagnose!)
108. Vicarelli, G., Gewerbekrankheiten in Beziehung zu Schwangerschaft. Ann. di Ost. 31. März. (Vicarelli hat eine Zusammenstellung gemacht, aus der hervorgeht, dass Fabrikarbeiterinnen durchschnittlich kleinere Kinder gebären, als sonst der Gegend entspricht; auch sind sie nicht imstande, ihre Kinder zu stillen. Landarbeit ist nicht so unhygienisch. Gewerbekrankheiten durch Vergiftung mit Blei, Arsen, Antimon usw. sind besonders für die Fortpflanzung von schädlichem Einfluss.)

109. Wanner, Richard, Akute Appendizitis und Gravidität. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1391. (Viermal wurde die Schwangerschaft erhalten; einmal trat Frühgeburt ein bei einer Patientin, welche an Peritonitis starb.)
110. Webster, The conduct of pregnancy and labor in acute and chronic affections of the heart. Amer. Gyn. Soc. Vol. 38. p. 223. 1913. Surg., Gyn. and Obstr. Vol. 17, 3. Am. Journ. of Obst. Vol. 68 p. 315. (Akute Erkrankungen des Herzens sind in der Schwangerschaft stets bedenklich und verlangen unbedingt den Abortus, wenn die Kompensationsstörungen nicht durch Bettruhe und Medikamente beseitigt werden können. In späteren Monaten der Schwangerschaft trat eine Erkrankung des Herzmuskels selten ein. Frauen mit chronischem Herzfehler müssen in der Schwangerschaft eine schwere Schädigung erblicken. In den letzten Monaten ist zuweilen eine Behandlung mit Strophantus oder Digitalis angezeigt. Gelingt es nicht, die Kompensationsstörungen zu beseitigen, so muss die Schwangerschaft unterbrochen werden. Die Geburt ist abzukürzen.)
111. Weymeersch, Pyélonéphrite gravidique guérie par auto-vaccin. Scalpel et Liége méd. Jahrg. 66. Nr. 48. p. 775—777. (Die Heilung erfolgte hier erst nach Entleerung des Uterus. Die Heilung durch die Autovakzine beweist also in diesem Fall nicht viel.)
112. White, Cl., A description of the ductless glands from a case of acute thyreoid enlargement of pregnancy. Journ. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1913. Vol. 24. p. 271. (Plötzliche Vergrösserung einer lange bestehenden Struma in der Schwangerschaft, vorzeitige Geburt. Tod am Tage danach. Annahme ungenügender Arbeit endokriner Drüsen.)
113. *Wilcox, R. W., Die Therapie von Diabetes und Schwangerschaft. Monthly Cyclop. July 13.
114. Wolff, A., Essentielle (perniziöse) Anämie und Gestationsvorgänge. Aus der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik. Deutsche med. Wochenschr. p. 643. (Ein Fall der Art, der genau untersucht wurde. Patientin wurde gebessert, das Kind starb. Verf. spricht sich gegen die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft aus, weil er der Meinung ist, dass durch die Geburt selber bei dem späten Auftreten der perniziösen Anämie meist noch eine Heilung erzielt wird.)
115. Zimmermann, Beitrag zur Pyelitis gravidarum. An der Hand von Bakterien Harnuntersuchungen. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 56.
116. Zoeppritz, B., Schwangerschaft und Nephrektomie. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. p. 48. (Die Gefahren einer neuen Schwangerschaft für Nephrektomierte sind nicht so gross, wie man denken sollte.)
117. Zuloago, De l'insufficance surrénale dans la grossesse. Arch. mens. d'obst. et de gyn. p. 433. (Mangelhafte Nebennierenfunktion kann in der Schwangerschaft besonders leicht schädigen.)

Frauen mit Diabetes werden seltener schwanger; die Schwangerschaft ist aber eine Schädlichkeit; auch ist die Prognose für die Kinder nicht gut. Wilcox (114) hält die Einleitung der Geburt zu jeder Zeit der Schwangerschaft für geboten. Bei Hydramnios und Tod des Kindes, sowie bei Verschlimmerung des Diabetes oder bei Azidosis soll die Schwangerschaft sofort unterbrochen werden.

Der gleichen Meinung ist Fruhinsholz (37). Er hat drei derartige Fälle beobachtet und meint, dass die Frauen nicht selten daran zugrunde gehen.

Rosenstein (91) berichtet, dass ein- bis zweimal auf 1000 Schwangere Appendizitis vorkommt. Die Krankheit ist in der Schwangerschaft gefährlich. In leichten Fällen ist die Gravidität gewissermassen nur Nebenerscheinung. Bei mittelschweren und schweren Fällen ist sie dagegen von ernster Bedeutung und die Prognose wird um so schlechter, je später man die Krankheit erkennt und operiert. Besonders gefährlich ist es, wenn es zum Abortus und Frühgeburt kommt. Die Diagnose wird ausführlich besprochen. Man muss jederzeit bei Appendizitis in der Schwangerschaft operieren, aber niemals die Schwangerschaft unterbrechen. Bericht über einen Fall.

Die Ergebnisse Hinselmanns (52) lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

Das Serum Schwangerer mit Albuminurie spaltet Plazentareiweiss und Pepton. Aus der Untersuchung des Harneiweisses hat sich kein Anhaltspunkt dafür gewinnen lassen, dass Harneiweiss Plazentareiweiss ist oder enthält. Verf. meint, dass nur fortlaufende Untersuchung einzelner Fälle die Frage entscheiden kann, ob das blutfremde Eiweiss überhaupt etwas mit der Schwangerschaftsalbuminurie zu tun hat. Verf. will das Serum Albuminurischer bei jeder einzelnen Untersuchung womöglich prüfen aus seiner Einwirkung auf Plazenta-Harneiweiss und Plazenta-Pepton.

Komplikation der Schwangerschaft mit Erkrankungen und Tumoren der Genitalorgane [1]), Traumen, Lageveränderungen usw.

1. Arnavar, G., Isterectomia totale addominale per fibromiomi uterini complicati da gravidanza al secondo mese. Gazz. d. Osp. 1913. p. 1511.
2. v. Assen, Myom mit Stieldrehung in der Schwangerschaft. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 2284. (Ileus. Operation des Tumors im dritten Monat. Schwangerschaft erhalten.)
3. Azis-Fikret, Symptômes et diagnostic des tumeurs de l'ovaire pendant la grossesse et le travail. Gaz. de gyn. p. 129. (Ein Fall Vereiterung im Wochenbett.)
4. Becking, Myomnekrose während der Schwangerschaft. Ned. Maandbl. v. Verl. en Vrouwenz. III. p. 18, 75. (Sechs eigene Fälle.)
5. Berecz, Karzinom und Gravidität. Sectio caesarea, Wertheimsche Operation. (Geheilt.) Gyn. Sekt. d. Ungar. Ärztevereins. Budapest, 8. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 804.
6. Bertlich, H., Schwangerschafts- und Geburtsstörungen bei Missbildung des Uterus, speziell bei Uterus bicornis. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913. Wiener klin. Rundschau. p. 303. (Neigung zur Frühgeburt. Empfehlung der Strassmannschen Therapie.)
7. Cullen, Schwangerschaft nach Ovarienresektion wegen beiderseitigen multilokulären Ovarialzysten. John Hopkins Hosp. Bull. 1913. p. 396.
8. Davis, A. B., Myomectomy et the eighth Week, Pregnancy not interrupted; normal delivery at Term. Amer. Journ. of Obst. Nov. 1913. Vol. 68. p. 865. (Zwei Fälle der Art. Operation in der achten Woche. Geburt am normalen Ende.)
9. Deletrez, Kystes dermoides des deux ovaires et grossesse. Soc. belge de gyn. et d'obst. p. 461. (Eine Operation mit Erfolg.)
10. Dublanc, Epithelioma du col et grossesse. Thèse de Bordeaux. 1913. (Nichts Neues.)
11. Edelberg, Röntgenstrahlen und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. 6. Juli. p. 1253. Nr. 27. (In einem Falle wurde bei Beginn einer Schwangerschaft wegen Myom mit X-Strahlen behandelt. Trotzdem ging die Schwangerschaft gut zu Ende.)
12. Framond, De la rupture des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. Thèse de Montpellier. 1913.
13. Frank, W. L., Myomectomy for necrotic fibroid during the fourth Month of pregnancy; normal Labor; Pyelitis post partum. Amer. Journ. of Obst. Sept. 13. Vol. 68. p. 97. (Ein Fall derart.)
14. Gérard, De la laparotomie dans le rétroversion irriductible de l'utérus gravide. Thèse de Lyon.
15. Goinard et Laffont, Myomectomie au 3. mois de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 415. (Schwangerschaft nicht unterbrochen.)
16. Goullioud, Cinq cas de grossesse après Myomectomie. Ann. de gyn. et d'obst. Juin. Tome 11. p. 350. Lyon méd. II. (Bericht über fünf Fälle, in denen eine Schwangerschaft nach Myomektomie eintrat.)
17. Graff, E. v., Über den Einfluss der Gravidität auf das Wachstum maligner Tumoren. Wiener klin. Wochenschr. p. 7. (Experimente an Tieren mit positivem Ergebnis.)
18. Gross, E., Myomnekrose in der Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. p. 114. (Ein Fall. Operation. Bestehenbleiben der Schwangerschaft.)

[1]) s. a. oben p. 47, 162 u. 234.

19. Grosse, A., Volumineux kyste du ligament large et grossesse; ablation du kyste; continuation de la grossesse. Gaz. méd. de Nantes. 1913. p. 948. (Geburt am normalen Ende.)
20. — et Pasquereau, Fibrome utérin compliqué de grossesse. Hystérectomie. Guérison. Revue mens. de gyn. p. 665.
21. Henkel, Partielle Aussackung der hinteren Uteruswand bei Gravidität. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 51. p. 2853. (Adhäsionen im Douglasschen Raum. Laparotomie, Heilung.)
22. Hendon, G. A., Uterine fibromyoma in pregnancy. Casuistic memoranda. Amer. Journ. of Surg. 1913. p. 429. (Abortus folgte sofort.)
23. Josephson, C. D., Ein Fall von Retroflexio uteri gravidi incarcerata. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Verf. benutzte bei der Reposition den Quecksilberkolpeurynter; 500 ccm Quecksilber wurde dabei gebraucht.) (Silas Lindqvist.)
24. Jung, Behandlung der Inkarzeration des schwangeren Uterus. Deutsche med. Wochenschrift. p. 681. (Nichts Neues.)
25. Koblank, Myomatöser gravider Uterus nach Röntgenbehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 11. Dez. Berl. klin. Wochenschr. p. 21. (Nichts Charakteristisches.)
26. Kowner, E., Über die Beziehungen zwischen Uterustumoren und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Bern 1913. (Statistik über Myom und Sterilität. Annahme der Wirkung von Myomhormonen beim Ausbleiben der Ovarialtätigkeit.)
27. Kreutzmann, A case of extraperitoneal intraligamentous dermoid cyst and pregnancy. California Journ. of Med. p. 194. (Operation im vierten Monat.)
28. Kubinyi, Teratoma ovarii neben Gravidität, Laparotomie. Zentralbl. Nr. 22. p. 810—811. Budapest. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Ungar. Ärzteverein. (Ein Fall der Art, bei dem Verf. beide Ovarien und den Uterus entfernt, weil er bei Teratom Bösartigkeit fürchtet. Glatte Heilung.)
29. *Landau, L., Myom und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31.
30. Lepage, Kyste de l'ovaire et grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 181. (Ovariotomie im siebenten Monat. Schwangerschaft erhalten.)
31. Lehmann, Demonstration eines operativ entfernten graviden Uterus mit Myomen. Münchn. med. Wochenschr. p. 790.
32. Lockyer, C., Multiple Fibroids removed during the sixth month of pregnancy. Royal Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. 5. March p. 221. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 26. p. 289. (Geburt am normalen Termin.)
33. Marchal, Ein Fall von Uterus bicornis unicollis myomatosus gravidus. Inaug.-Diss. Strassburg. (Ein Fall der Art. Durch Laparotomie festgestellt.)
34. Marshall, G. B., Case of uterus bicornis bicollis, six months pregnancy right horn, pyometra left horn. Journ. Obst. Gyn. Brit. Emp. p. 197. (Genesung nach Frühgeburt.)
35. Maxwell, Drummond, Fibroid uterus removed after the third stage of labour. Royal Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. March 5. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 26. p. 290. (Starke Blutung, deshalb abdominale Uterusexstirpation.)
36. Meyer, Leopold, Ovarialzyste, tjaernel fra en Pt. gravid i M. VII. (Ovarialzyste, entfernt von einer im siebenten Monat schwangeren Frau.) Dem. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1880. (O. Horn.)
37. Nubiola, Fall von Schwangerschaft mit Beckenechinococcus. (Spanisch.) Progr. de la clin. 1913. p. 240. (Operation im Puerperium, Kind war tot gekommen.)
38. Orlandi, Komplikation der Schwangerschaft durch zystischen Ovarialtumor. Ovariotomie. Postoperative Glykosurie. Rass. d'ost. e gin. XXII. Nr. 9. (Heilung.)
39. Peterson, E. W., A case of degenerated uterine fibroids with pregnancy, simulating ectopic pregnancy. Post-graduate. Vol. 29. Nr. 6. p. 417—419. (Woher die Nekrose des Myoms entstanden war, unklar.)
40. Puech et Vanverts, Traitement des tumeurs de l'ovaire au cours de la grossesse. Revue prat., d'obst. et de gyn. p. 7. (Jederzeit Operieren.)
41. Rapin, O., Ventrofixation des retroflektierten schwangeren Uterus. Revue méd. de la Suisse Romande. Vol. 34. Nr. 7. p. 449. (Schwangerschaft ging ungestört zu Ende.)
42. Rieck, Myome, zwischen denen der schwangere Corpus uteri liegt. Geb. Ges. Hamburg. 3. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 312. (Operativ gewonnen.)

43. Rooy, van, Myom und Schwangerschaft. Ned. Maandschr. v. Verl. p. 343. (Kaiserschnitt am Ende der Schwangerschaft. Heilung.)
44. *Ruge II, Karl, Über Gynatresien in der Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 264.
45. Schauta, Ovarialtumor und Gravidität. Wiener med. Wochenschr. p. 141. (Nichts Neues.)
46. — Ein Fall von Osteomalacie und Schwangerschaft. Wiener med. Wochenschr. p. 109. (Abdominale Uterusexstirpation des in der fünften Woche graviden Uterus einschliesslich des Ovarium.)
47. Schiller, Retroversio uteri gravidi. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 128. (Falsche Diagnose. Laparotomie. Künstlicher Abortus. Tod.)
48. Semon, Myom und Gravidität bei Retroflexio uteri. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 255. (Supravaginale Uterusexstirpation.)
49. Schlichting, Schwangerschaft bei fixierter Retroflexio uteri, kompliziert durch Wurmfortsatzentzündung. Deutsche militärärztl. Zeitg. p. 259. (Ein günstig verlaufener Fall.)
50. Skutsch, Uterus myomatosus gravidus. Zentralbl. f. Gyn. p. 450. (Supravaginale Amputation.)
51. Smith, J. Howie, A uterus Didelphys, both horns of which have been pregnant at different times. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 2. p. 84. (Inhalt im Titel.)
52. Soubeyran et Oeconomos, Fibrome de l'utérus gravide. Revue franç. de méd. et de chir. p. 119. (Abdominale Hysterektomie. Heilung.)
53. Stevens, Uterine fibroids; one impacted in the pelvis obstructinq delivery; caesarean hysterectomy. Royal Soc. of Med. Obst. Sect. p. 182. (Supravaginale Amputation, Heilung.)
54. Sullivan, R. Y., Pregnancy and labor complicated by carcinoma of the cervix uteri. Amer. Med. Assoc. p. 1715. (Ein Fall. Porrosche Operation in der 32. Woche. Mutter und Kind tot. Sonst nichts Neues.)
55. Unger, Vaginale Myomektomie am schwangeren Uterus. Russ. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 28. p. 1638. (Schwangerschaft erhalten.)
56. Wall, Stieltorquierte Ovarialzyste bei Grav. mens. V. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 242. (Schwangerschaft nach Ovariotomie ungestört.)
57. Weise, Uteruskarzinom und Schwangerschaft. Inaug. Diss. Jena 1913.

Landau (29) unterscheidet Myome, bei denen 1. in der Schwangerschaft keine Beschwerden bestehen und unter der Geburt keine Komplikationen zu befürchten sind. Keine Behandlung nötig.

2. Myome mit starken Beschwerden während der Schwangerschaft. Man soll möglichst das Myom ausschälen. Von 14 Frauen trugen 13 aus.

3. Myome, die in der Schwangerschaft ohne Beschwerden bleiben, bei denen man Geburtsstörungen zu fürchten hat. Hier soll man die Geburt abwarten.

4. Myome, bei denen die Fortdauer der Schwangerschaft das Leben gefährdet. Hier verwirft Landau den künstlichen Abortus; man soll vielmehr den Uterus gravidus exstirpieren.

Karl Ruge jun. (44) hat die sehr interessante Verwachsung des inneren Muttermundes, wie sie ausnahmsweise in der Schwangerschaft vorkommt, untersucht. Sie hat nichts zu tun mit der Verklebung des äusseren Muttermundes. Es handelt sich anatomisch — nach den vortrefflichen Untersuchungen — um einen völligen Muskelverschluss am inneren Muttermund. Ruge nimmt an, dass hierbei die Ursache zu liegen hat in einer Entzündung, welche an operative Eingriffe oder an infektiöse Prozesse, wie Lues, sich anschliesst. Wichtig ist übrigens der anatomische Nebenbefund. Ruge weist nach, dass das Cervixepithel und die Drüsen der Cervix während der Schwangerschaft bisweilen Mehrschichtung und Fensterungen zeigen, die er gleichfalls als Folge von entzündlichen Vorgängen ansieht. Ausserdem dringt das Plattenepithel der Portio bisweilen hoch in die Cervix hinaus. Es ist das wichtig zu wissen, um etwa nicht zu glauben, adss hier maligne Veränderungen vorliegen.

Krankheiten des Eies, intrauteriner Fruchttod, abnorm lange Retention des abgestorbenen Eies.

1. Albeck, To Tilfaelde af Mola hydatidosa. (Zwei Fälle von Mola hydatidosa.) Dem. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1886. (O. Horn.)
2. Aron, De l'indépendance qui existe entre le développement du placenta et celui de l'embryon. (à propos d'un cas de grossesse ovarienne.) Bibl. anat. Tome 24. p. 105. (Plazenta war nach dem Fruchttod weiter gewachsen.)
3. Ballantyne, J. W., and J. Young, Fatal case of hydatiform mole. Tr. Ed. Obst. Soc. 1913. p. 267. („Destruierende" Blasenmole.)
4. Bégouin et Andérodias, Môle hydatiforme avec hypertrophie kystique des ovaires simulant une hématocèle avec kyste de l'ovaire. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 116.
5. Buzzoni, Due casi di mola vescicolare nella pratica ostetrica. Mola recidivante. Arte ost. 1913. p. 353. (Kasuistik.)
6. Cary, E., Tod eines ausgetragenen Kindes durch Umschnürung der Nabelschnur von amniotischen Bändern; Ruptur des Amnions; Hydramnios. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 3. (Ein Fall der Art mit Ruptur des Amnions.)
7. Chambrelent, Sur un cas d'hydramnios à marche aiguë dans une grossesse gémellaire. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. Nr. 5. p. 432—436. (Unterbrechung der Schwangerschaft. (Fünfter Monat. Heilung.)
8. Engelhard, I. L. B., Over Angioma placentae. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. 3. Aufl. (Der Verf. gibt eine Beschreibung einer Plazenta bei einer VIIIpara wegen Blutung, mittelst Credé entfernt nach Geburt eines ausgetragenen, lebensfrischen Kindes von 3500 g. An der fötalen Seite eine prominierende Schwellung dicht beim Rande der Nachgeburt an der der Insertionsstelle des Nabelstranges gegenüber gestellten Seite; die Schwellung ist 9 zu $6\frac{1}{2}$ bei $3\frac{1}{2}$ cm und ragt nach dem Fruchtsack hin hervor. Die Oberfläche ist glatt; in der Mitte eine Grube, welche die Geschwulst in einen kleineren, dunklen, und einen grösseren weissen Teil teilt. Die Geschwulst ist reich an starkgefüllten Gefässen. Verf. gibt dann einen Überblick über die genauere Struktur der Geschwulst mit Abbildungen und dem mikroskopischen Befund mit Mikrophotographien, woraus hervorgeht, dass die Geschwulst ein Angiom sei, mit Chorionzellen bekleidet und ganz unter dem Chorion gelagert. Sie ist also ausgegangen von den kindlichen Gefässen. Verf. gibt dann eine Literaturübersicht von ähnlichen Fällen und spricht über die klinische Bedeutung, wobei er zu dem Schluss kommt, dass als sicher anzunehmen sei, dass das Angiom in den meisten Fällen Veranlassung gibt zur Stauung im kindlichen Kreislauf, während der Einfluss auf den Stoffwechsel der Mutter und eventuelles vorzeitiges Austreiben der Frucht noch fraglich sei.) (Mendes de Leon.)
9. Essen-Möller, Disc. til Hauch: To Tilfaelde af partiel Mola hydatidosa. (Diskussion zu Hauch: Zwei Fälle von partieller Mola hydatidosa.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1886—1887. (O. Horn.)
10. Ferguson, Unusual case of hydatiform mole, dealt with by abdominal hysterectomy. Tr. Ed. Obst. p. 260. (Warum supravaginal Uterus amputiert wurde, ist nicht recht klar.)
11. Fraipont, Grossesse môlaire prise pour une fibroma utérus. Scalpel et Liège méd. 1913. p. 381. (Durch Laparotomie geheilt. Diagnose nicht gestellt.)
12. Gaujoux, Rétention prolongée jusqu'au 9 mois d'un foetus mort au 4 mois de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. p. 343.
13. Gomma, Rétention d'un foetus mort pendant 4 mois après un début de travail et la perte des eaux, au terme normal de la grossesse. Evacuation spontanée. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. Nr. 2. p. 129—131. (Ursache Endometritis.)
14. Gonnet, Un cas de grossesse extramembraneuse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. III. p. 35.
15. Gromadzki, H. v., Ein Beitrag zur Lehre von der Blasenmole, mit besonderer Berücksichtigung der Pathogenese. Inaug.-Diss. Halle 1913.
16. Gröne, O., Soll ein Inhalt in einer entbundenen Gebärmutter sich selbst überlassen werden oder entfernt werden? Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte.

Hygiea. (Der Verf. nimmt eine vermittelnde Stellung zwischen aktivem und konservativem Vorgehen ein, verwendet eine sogenannte relativ aktive Behandlung. Verf. ist der Meinung, dass jeder Inhalt in der entbundenen Gebärmutter entfernt werden soll, ehe die Patientinnen die Anstalt verlassen.) (Silas Lindqvist.)

17. Grünbaum, Demonstrationen. Ei mit nur teilweise zu Blasenmole entarteter Plazenta und erhaltenem Embryo. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 9. Juli. Münch. med. Wochenschr. p. 2384.
18. Hauch, To Tilfaelde al partiel Mola hydatidosa. (Zwei Fälle von partieller Mola hydatidosa.) Dem. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 4. Febr. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1886. (Verf. meint, dass die partielle Mola möglicherweise von Ödem einzelner Villi herrührt und infolgedessen weniger malign sei.) (O. Horn.)
19. Hintze, Das Resultat der Behandlung von infizierten Missgeburten an der Entbindungsanstalt Södra Barnbörds lusset zu Stockholm. 1. Oktober 1912 bis 30. April 1914. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
20. Hoefl, H., Phlegmonöse Entzündung der Membrana chorii. Inaug.-Diss. München 1913.
21. Huzarski, Ein Fall von „missed abortion“ mit hochgradigen Blutungen. Medic. Nr. 7. (Ein Fall der Art.)
22. Jakob, Amon, Hydrorrhoea amnialis. Diss. Erlangen.
23. Josephson, C. D., Ein hydropischer Fötus und eine hydropische Plazenta. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
24. Imhof, Über Blasenmole nebst Mitteilung eines Falles von Molarretention. Inaug.-Diss. Marburg 1913.
25. v. Klein, Koinzidenz einer Blasenmole mit doppelseitigem Kolloidkystom der Ovarien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 561.
26. Knoop, Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 402—403. (Zwei Fälle der Art.)
27. Lawson, F. W., Case of hydatiform mole. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 1. p. 163—165. (Ein Fall der Art mit Genesung.)
28. Lendon, A. A., and C. T. Champion, Hydatiform mole with lutein cysts of both ovaries. Hysterectomy and double ovariotomy. Austral. Med. Gaz. p. 431. (Heilung.)
29. Lepage, G., Chorioangiome du placenta. Bull. Soc. Obst. gyn. de Paris. p. 666. (Wassermann positiv. Tumor bestand aus thrombosierten Gefässen und fibrösem Gewebe.)
30. Livon, Mole vésiculaire et chorio-épithéliome. Gaz. de gyn. Tome 29. p. 97—105. (3/4 Jahr nach der Blasenmole Entfernung des Uterus wegen Chorionepitheliom.)
31. Lobenstine, R. W., Two cases of intrauterine death of fetus. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 695. (Ursache des Fruchttodes nicht klar.)
32. Luker, Twin pregnancy, hydatidiform mole, associated with normal ovum, abortion at four months. Lancet.
33. Mereu, Un caso di mola carnosa. Gazz. ital. d. levatr. Jahrg. 3. Nr. 7. p. 105—107. (Ein Fall der Art.)
34. Möller, W., Zur Behandlung von infizierten Missgeburten. Allm. Svenska Läkartidningen. Nr. 31. (Silas Lindqvist.)
35. Nebesky, Beitrag zur Kenntnis der Chorioangiome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 42. (Nebesky hält das von ihm beobachtete Chorioangiom für eine echte Geschwulstbildung, und zwar für ein Angiom der Zotten, ohne dass die Form der Zotte noch nachweisbar wäre. Schliesslich folgt leicht Nekrose und daher ist die Untersuchung in vielen Fällen erschwert.)
36. Pestalozza, Sulla necessità di una sorveglianza accurata delle donne che partorirono una mola vescicolare. Gaz. ital. d. levatr. Jahrg. 3. Nr. 3. p. 33—38. (Chorionepitheliom trat ein fast in $20^{0}/_{0}$ der Fälle von Blasenmole.)
37. Prouvost, Rétention pendant quatre mois d'un foetus mort au 4 mois de la grossesse. Expulsion de l'oeuf en bloc. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 2. Nr. 8. p. 680—686. 1913. (Abwartende Behandlung bewirkt keinen Nachteil.)
38. Rémy, S., Longue rétention d'un oeuf mort dans les derniers mois de la grossesse; difficultés de diagnostic. Journ. des sages femmes. p. 36. Revue mens. de gyn. (Ein Fall. 42jährige Ipara.)
39. Le Souder, Du traitement d'urgence de l'hydramnios aiguë par la ponction abdominale de l'utérus. Thèse de Paris. 1913.

40. Torkel, Missed labour. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. p. 240. (Ein Fall der Art.)
41. Van der Velde, Zur Hydrorrhoefrage. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. p. 514. (Experimentell versucht Verf. nachzuweisen, dass wirklich eine Hydrorrhoe besteht.)
42. Verniory, Un cas de môle hydatique avec placenta praevia. Scalpel et Liège méd. p. 678. (Warum schon nach 4½ monatlicher Schwangerschaft von Placenta praevia bei Blasenmole gesprochen wird, ist nicht klar.)
43. *Westermark, F., Zur Frage der Blasenmole und der gleichzeitigen Luteinzysten der Ovarien. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea.
(Silas Lindquist.)

Westermark (43) berichtet über zwei Fälle von Blasenmole und Luteinzysten in den Ovarien. Die beiden Fälle wurden anlässlich Stieldrehung von Ovarialtumoren operiert, der erste Fall ca. zwei Monate nach, der zweite kurz vor Abgang der Mole. In beiden Fällen fanden sich zystische Veränderungen in beiden Ovarien, aber in jedem der Fälle wurde nur das stielgedrehte Ovarium exstirpiert. Die exstirpierten Tumoren bestanden, sowohl makro- als mikroskopisch, aus typischen Luteinzysten.

Der Umstand, dass der Tumor im ersten Falle erst zwei Monate nach dem Abgang der Mole operiert wurde, schliesst nicht die Möglichkeit aus, dass sie bereits vor dieser Zeit vorhanden war, obgleich sie übersehen wurde, und schliesst sich der Verf. der von Fränkel u. a. aufgestellten Hypothese an, dass die Luteinzysten im Verhältnis zur Blasenmole primär und Ursache zur Degeneration des Chorion sind. Verf. betont den gutartigen Charakter der Luteinzysten und spricht sich bestimmt für die Ansicht aus, dass sie nach Abgang der Mole allmählich resorbiert und als ein Corpus luteum ausgeheilt werden. Sie brauchen demnach in der Regel nicht operiert zu werden. (Silas Lindqvist.)

Vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft, abnorm lange Dauer derselben, künstlicher Abortus, Frühgeburt.

1. Applegate, J. C., Four unusual obstetric cases. New York Med. Journ. August 1. p. 205. (Der zweite Fall partielle Blasenmole mit mazerierter Frucht. Der vierte Fall Placenta praevia im achten Monat. Kaiserschnitt.)
2. Arnoud, Krimineller Abort; akute diffuse Peritonitis; Hysterectomia abdominalis totalis. Tod nach 100 Stunden. Lyon méd. 1913. 31.
3. Barfurth, W., Über den Keimgehalt von Föten bei Abort und Frühgeburt. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforschung. Bd. 3. Heft 1 u. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1521. (100 unverletzte Föten wurden auf ihren Keimgehalt untersucht. Besonders häufig wurden Kolibakterien und Bacillus emphysematosus im Fötus gefunden. Verf. hält die Untersuchung der Föten für die Ätiologie der Aborte für sehr wichtig.)
4. Benthin, Wie kann man üble Ausgänge bei fieberhaftem Abort am besten vermeiden? Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. (Konservative Behandlung.)
5. Berthod, Contribution à l'étude du traitement des fausses couches. Thèse de Paris. 1913.
6. Bleichröder, Über die Zunahme der Fehlgeburten in den Berliner städtischen Krankenhäusern. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. (Bedeutende Steigerung der Zahl der Fehlgeburten.)
7. Borkowski, Über Blutungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft und ihre Beziehungen zum Abort. Diss. Berlin 1913.
8. Braude, Uterusperforation mit Abreissen des Wurmfortsatzes und multiplen perforierenden Darmverletzungen, operativ geheilt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 778.

(Wie gewöhnlich in solchen Fällen war die Kornzange die Ursache der Verletzung. In diesem Falle wurde die Appendix abgerissen und drei Verletzungen des Dünndarms hervorgerufen, sowie das Ovarium gequetscht. Darmnaht, Appendixoperation und Uterusentfernung mit Drainage bewirkte Heilung.)

9. Bretschneider, Über zwei Fälle von Uterusperforation. Zentralbl. f. Gyn. p. 936. (Ein Fall mit Genesung nach Uterusexstirpation, ein Fall tödlich.)
10. Bublitschenko, Eine besondere Art von Cervixriss bei Abort. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 367. (Russisch.) (Fisteln zwischen Cervix und hinterem Scheidengewölbe; gewöhnlich sind wohl alle aufzufassen als durch kriminellen Versuch entstanden.)
11. Didier, Etude statistique sur 1000 cas d'avortement observés à la clinique Tarnier. Thèse de Paris. 1913.
12. Dirks, M., Gasphlegmone nach kriminellem Abort. Bresl. Gyn. Ges. 26. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1314. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 3. p. 376. (Ein Fall der Art mit tödlichem Ausgang.)
13. Ebeler, Zur Abortbehandlung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. p. 411. (Verf. will bei septischen Aborten so aktiv wie möglich vorgehen, ohne Rücksicht auf die bakteriologische Untersuchung. Verf. gibt übrigens die Statistik der Kölner Anstalt.)
14. Feodoroff, Zur Frage der Therapie des Aborts. Verhandl. d. 12. Pirogoff-Kongr. St. Petersburg. 29. Mai bis 6. Juni 1913. Bd. 2. p. 93. 1913. (Auch in Petersburg nimmt die Zahl der Aborte zu und sinkt die Geburtenziffer. Bei fieberhaftem Abort empfiehlt er die aktive Therapie.)
15. Frank, Fragmente eines Sterilettpessars in der Schwangerschaft. Geb. Ges. Hamburg. 3. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 313.
16. Frank, The effects of criminal abortion. Pediatr. Vol. 26. Nr. 2. p. 86—88. (Bei einem 15jährigen Mädchen endete der kriminelle Abort mit Entfernung der gesamten inneren Genitalien.)
17. Frankenstein, K., Blutungen in der Schwangerschaft. Fortschr. d. Med. p. 349, 389. (Verf. neigt sehr zur schleunigen Entbindung bei stärkeren Blutungen.)
18. Fleischmann, Künstlicher Abortus bei schwerer Pyelitis. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 11. Nov. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 407. (Gravidität im sechsten Monat. Schwere Erscheinungen mit eigentümlichem Hautexanthem. Verf. zog die Entleerung des Uterus vor mittelst Hysterotomie. Patientin starb. Diagnose bei der Sektion: Sepsis infolge von Pyelonephritis.)
19. Füth, Über die Differentialdiagnose der Blutungen bei unterbrochener Tubargravidität und bei frühem uterinen Abort (erschienen in der Med. Klinik 1913, Heft 21, p. 821). Niederrhein.-westfäl. Ges. Sitzg. vom 20. April 1913 in Düsseldorf. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 403.
20. Grünspan, Über Fehlgeburten. Deutsche med. Wochenschr. 1913. p. 2049. (Statistische Zusammenstellung.)
21. Hammer, Fr., Einiges über Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina, seine klinische und physiologische Bedeutung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 1. p. 118. (Drei Fälle der Art.)
22. Henkel, Max, Ein Beitrag zur Lehre vom Puerperalfieber und zur Behandlung des fieberhaften Abortes. Virchows Arch. Bd. 226. Heft 3. (Verf. will nicht die bakteriologische Untersuchung, sondern das anatomische und klinische Bild die Entscheidung geben lassen, besonders die Widerstandsfähigkeit des Organismus.)
23. Herzfeld, Uterusperforation. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 270. (Bei Lungentuberkulose Unterbrechung der Schwangerschaft. Laminaria. Ausräumung des Uterus. Mit der Löffelzange wird eine mütterliche Darmschlinge zum Muttermund herausgezogen. Laparotomie. Frucht und Plazenta liegen in der Bauchhöhle. Resektion des S romanum. Supravaginale Amputation des Uterus. Heilung.)
24. Himmelfarb, Historische Bemerkungen zur Frage des Aborts. Terap. Obosren. Heft 5. p. 141—147. (Verf. ist der Ausdehnung der Indikation zum künstlichen Abort nicht abgeneigt.)
25. Hirsch, Max, Der Bergoniésche Entfettungsstuhl als Abortivum. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 163—164. (Verf. glaubt in zwei Fällen durch das Verfahren einen Abort haben entstehen sehen.)

26. v. Holst, Zur Behandlung der fiebernden Aborte. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 23. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1146. (Verf. bleibt bei seinem bisherigen aktiven Verfahren. Von 63 infizierten Aborten sind neun gestorben; je früher die Fälle in Behandlung kommen, desto besser.)
27. Jansen, Über perforierte Uterusverletzungen und ihre Therapie. Inaug.-Diss. Berlin 1913. (11 Fälle von Uterusperforation durch Curette und Laminaria. Streng konservative Behandlung empfohlen. Uterusexstirpation nur für sehr schwere Uterusverletzungen und Perforationen bei malignen Neubildungen.)
28. Jung, Behandlung bedrohlicher Blutungen in der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. p. 889. (Geschickte Zusammenstellung der Grundsätze, ohne übrigens wesentlich Neues zu bringen.)
29. Kirste, Präparat einer Spontanruptur des Fundus uteri im fünften Monat der Gravidität. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 25. Juni. Münchn. med. Wochenschr. p. 2383.
30. Koblanck, Die Indikation zur künstlichen Frühgeburt und deren Technik. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1913. 18. (Nichts Neues; gute Zusammenstellung.)
31. Kriwsky, L. A., Ein Fall von Uterusperforation bei kriminellem Abort mit Durchtritt eines Bougies in die Bauchhöhle. Journ. akusch. i shensk. bolesn. 29. p. 29.
32. Kubinyi, Die moderne Abortusfrage. Pester med.-chir. Presse. Jahrg. 50. Nr. 1. p. 7—9. Nr. 2. p. 14—15. (Bei septischen Aborten will Verf. aktiv vorgehen; bei Tuberkulose will er in der ersten Hälfte, sobald Verschlimmerung eintritt oder die Patientin fiebert und an Gewicht abnimmt, einschreiten. In der zweiten Hälfte soll man nur bei Lebensgefahr operieren. Verf. konstatiert, dass auch bei ihm die Zahl der kriminellen Aborte stark zunimmt; er lehnt die soziale Indikation ab.)
33. Kuntzsch, Über Torpidität des Uterus und ausgetragene Gravidität trotz Retention einer intrauterinen Tamponade. Zentralbl. f. Gyn. p. 199. (Das Wesentliche steht in der Überschrift.)
34. Kurpjuweit, Zur Statistik der Fehlgeburten. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. Jahrg. 27. Nr. 4. p. 132—136. (Die Zahl der Fehlgeburten in der Stadt ist bei weitem grösser als auf dem platten Lande.)
35. Lehmann, F., Über habituelle Schwangerschaftsunterbrechung und innere Sekretion. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 1. p. 205. (Verf. spricht sich nicht genauer darüber aus, welche Drüsen im einzelnen Fall in ihrer Sekretion mangelhaft sind. Er betont aber, dass in der mangelhaften Funktion der endokrinen Drüsen die Ursache für habituellen Abort und Frühgeburt liegen kann. Eisentherapie und Jodkalium geben die besten Erfolge. Verf. deutet dies damit, dass diese in ihrer chemischen Zusammensetzung mit den Sexualorganen in Verbindung stehen.)
36. Lepage, Conduite à tenir dans les accidents consécutifs à l'avortement. Arch. mens. d'obstr. et de gyn. Tome IV. p. 226. Sept. 1913. Journ. de méd. et de chir. Jahrg. 9. Nr. 4. p. 128—131. (Verf. weicht in der Behandlungsmethode des fieberhaften Aborts insofern ab, als er die Ausstossung der Eiteile durch Medikamente, besonders durch Chinin, unterstützen will. Er will operativ erst einschreiten, wenn dies vergeblich war. Bei Fieber nach Entleerung des Uterus will er entsprechend der französischen Auffassung curettieren. Bei Eiteransammlung im Douglas Kolpotomie, eventuell Drainage der Bauchhöhle. Die Uterusexstirpation ist zwar selten, aber doch manchmal nötig.)
37. Lindemann, G., Zur Prognose und Therapie des fieberhaften Aborts. Inaug.-Diss. Leipzig. (Verf. spricht sich für aktive, aber schonende Behandlung bei fieberhaftem Abort aus.)
38. Ludwig, Die Abortbehandlung. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 5. Heft 2. (Zusammenstellung der Erfolge aus der Berner Klinik während 10 Jahren. Die fieberlos eingelieferten Fehlgeburten genasen alle. Von 86 fieberhaften Aborten fiel nach der Ausräumung das Fieber 65 mal. 18 mal trat Verschlimmerung ein, dreimal der Tod. Verf. will bei fieberhaften Aborten daher aktiv vorgehen.)
39. Maillart, Une grossesse de plus de trois cents jours et l'article 252 du code civil suisse. Rev. méd. de la Suisse Rom. p. 268. (Ein eheliches Kind länger als 304 Tage nach Konzeption geboren.)
40. Mandelstamm, Eine Pandemie des artefiziellen Aborts; ihre Bekämpfung und die Indikationen zum artefiziellen Abort. Terap. Obosren. Heft 5. p. 134—141. (Verf. verwirft die soziale Indikation.)

41. Marek, Asthma bronchiale in graviditate. Casopis lék. cesk. 1913. Nr. 44. (Fälle der Art. Einmal künstliche Frühgeburt mit Besserung; einmal Kaiserschnitt mit Tod der Mutter und des Kindes.)
42. Markowa, Behandlung von fieberhaften und septischen Aborten. Przeglad lek. Nr. 6. (Gleichfalls Empfehlung des aktiven Verfahrens.)
43. Meyer-Ruegg, Die Behandlung des Abortes. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Jahrg. 43. Nr. 52. p. 1730—1740. 1913. (Bei septischem Abort will Meyer nur bei entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung des Uterus von der Ausräumung absehen, sonst stets operieren.)
44. Nicholson, When, under the present code of medical ethics, is it justifiable to terminate pregnancy before the third month; what should our attitude be toward a patient upon whom a criminal operation has been performed; what should be our attitude toward those suspected of the performance of criminal operations? Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 6. p. 1004—1013. (Die soziale Indikation wird abgelehnt; der Arzt aber darf kriminelle Aborte nicht anzeigen; dagegen bei Sepsis durch den kriminellen Abort soll er polizeiliche Anzeige machen.)
45. Obmann, Fortbestand der Schwangerschaft bei uterinen Blutungen. Inaug.-Diss. Erlangen 1913.
46. Orthmann, Statistische Beiträge zur Häufigkeit der Fehlgeburten. Frauenarzt. Jahrg. 29. Heft 2. p. 59—69. (Verf. will die Zahl der Aborte zur Zahl der gebärfähigen Frauen, zur Einwohnerzahl und zur Zahl der sonst behandelten Patientinnen in Beziehung bringen. Er hebt besonders die grosse Schwierigkeit einer geeigneten Statistik hervor. In seiner geburtshilflichen Poliklinik nahmen die Aborte in neun Jahren um 5% zu; in der gynäkologischen Poliklinik nur um 0,1%.
47. Prinzing, Die Statistik der Fehlgeburten. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 1. Heft 1. p. 21—33. (In Deutschland ist die Zahl der Fehlgeburten etwa 10% gestiegen; doch hebt Verf. hervor, dass diese Angaben noch sehr unsicher sind.)
48. Richardson, Induction of premature labor as an obstetrical procedure. St. Paul Med. Journ. Vol. 16. Nr. 4. p. 257—260. (Verf. will die künstliche Frühgeburt in der Praxis häufiger angewendet sehen, als es jetzt geschieht, besonders bei mässig engem Becken, wenn schwierige Geburten vorausgegangen sind, bei drohender Eklampsie, bei Blutungen, sowie bei Tuberkulose, Herz- und Nierenerkrankungen. Er wendet als Methode die Einlegung einer elastischen Bougie an. Nur bei gefährlichen Placenta praevia-Blutungen, sowie bei bereits ausgebrochener Eklampsie will Verf. das Accouchement forcé empfehlen.)
49. Richter, M., Über Luftembolie bei krimineller Abtreibung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 5. p. 620. (Zwei Fälle durch Benutzung der Ballspritze.)
50. Rubeska, V., Die Therapie der fieberhaften Aborte. Casop. lék. Nr. 38. (Aktive Therapie bei septischen Aborten.)
51. Rupp, O., Beitrag zum gegenwärtigen Stande der Abortfrage. Inaug.-Diss. München.
52. Schaeffer, R., Über die Häufigkeit der Fehlgeburten. Frauenarzt. Jahrg. 29. Heft 2. p. 50—59. (Verf. will gleichfalls den Versuch machen, eine Verbesserung der Statistik über die Aborte herbeizuführen und meint, dass das nur an dem eigens dazu gesammelten Material möglich wäre. Auch ist er davon überzeugt, dass die Fehlgeburten kolossal zugenommen haben und wünscht die Wiedereinbringung des „Kurpfuschereigesetzes" und schärfere Beaufsichtigung der Hebammen.)
53. Schauta, F., Blutungen während der Gestation. Wiener med. Wochenschr. Nr. 25 u. 26. (Fortbildungsvorträge. Nichts Neues.)
54. Sellet, Contribution à l'étude des gestations dites prolongées. Thèse de Paris. 1913.
55. Sokoloff, L'ablation du corps jaune au début de la grossesse. Thèse de Paris. 1913.
56. Theodor, Paul, Bakteriologische Blutuntersuchungen nach Curettagen. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 3. Heft 1 u. 2. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1521. (Bei retinierten Abortusresten fand Verf. 25 mal Bakteriämie, nur einmal einen Schüttelfrost; in 10% der Fälle Temperatursteigerung. Es gibt also Bakteriämie ohne Temperatursteigerung. Verf. hält die Curettage für schonender als die Ausräumung mit dem Finger. Venenerkrankung wird aber sehr selten beobachtet.)
57. Traugott, Aktive und konservative Behandlung des Streptokokkenaborts und ihre Resultate. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. 2. p. 375. (Verf. will nicht allgemein den septischen Abort aktiv behandeln; er verlangt bakteriologische Untersuchung

des Uterussekrets. Bei Saprophyten soll man sofort ausräumen, bei Streptokokken konservativ sein.)
58. Tschunischin, Zur Statistik des Aborts und der Frühgeburt. Verhandl. d. 12. Pirogoff-Kongr. St. Petersburg. 29. Mai bis 5. Juni 1913. Bd. 2. p. 91—93. 1913. (Verschärfung der Strafbestimmungen für Ärzte gegen kriminellen Abortus einführen!)
59. Wallich, De l'avortement précoce. Revue de gyn. et de chir. abdom. Tome 21. p. 1. (Verf, will besonders den Abort des ersten Monats beobachtet haben und möglichst früh aktiv vorgehen.)
60. Walther, Über fieberhafte Aborte mit spezieller Berücksichtigung ihrer Therapie. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 3. (Aktive Therapie.)
61. Werner, Unterbrechung einer fünfmonatigen Gravidität bei einer missgebildeten Frau. Offiz. Protokoll der k. k. Ges. der Ärzte in Wien. Sitzg. vom 30. Okt. Wiener klin. Wochenschr. p. 1465. (Chondrodystrophischer Zwerg vorgetäuscht. Es handelt sich aber um eine seltene Form der Missbildung mit abnormer Verkürzung der Unterschenkel und allerhand anderweitigen Missbildungen.)
62. — Bakteriologische Untersuchungen beim fieberhaften Abort. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 2/3. (Werner hat Untersuchungen bei fieberhaftem Abort gemacht. Vier Frauen starben. In 25 Fällen wurde eine Blutuntersuchung vorgenommen, nur in fünf Fällen blieben die Proben steril. Den bakteriologischen Untersuchungsbefunden will Verf. für die Therapie keine Bedeutung zuschreiben.)
63. Westberg, Fahrlässige Abtreibung. Ein Wort de lege ferenda. Deutsche Strafr.-Zeitg. Jahrg. 1. Heft 7. p. 413—416. (Verf. wünscht Berücksichtigung des Entfettungsstuhles unter den strafbaren Eingriffen.)
64. *Winter, G., Über Bedeutung und Behandlung retinierter Plazentarstücke. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 597.
65. Wygodsky, Der artefizielle Abort vom wissenschaftlichen und sozialen Standpunkt. Verhandl. d. 12. Pirogoff-Kongr. St. Petersburg. 29. Mai bis 6. Juni 1913. Bd. 2. p. 88 bis 89. (Verf. ist einer der Ärzte, die eine Erweiterung der Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft empfehlen.)

Entsprechend der Auffassung, welche Winter (64) in seinem bekannten Referat auf der Strassburger Versammlung vorgetragen hat, erörtert er nunmehr die Behandlung verhaltener Plazentarreste. Ein verhaltenes Stück macht oft keinerlei Krankheitserscheinungen. Kommt es zu solchen, so handelt es sich meist um lokale Prozesse; schweres puerperales Fieber wird dadurch nicht bedingt; nur erhöht ein verhaltenes Stück die Schwere einer Infektion, wenn sie eingetreten ist. In dem Plazentarstück die Ursache des Fiebers zu suchen, ist falsch; die Ausräumung verhaltener Plazentarstücke verläuft nur in einem Drittel der Fälle fieberlos. Die Anwesenheit hämolytischer Streptokokken ist besonders gefährlich. Eine etwaige Infektion kann vor Ausstossung des Plazentarstückes abheilen. Therapeutisch will er nach einem Plazentarstück nur suchen, wenn es sich um Blutungen handelt und nicht wegen Fiebers. Erkennt man bei der Geburt, dass Stücke verhalten sind, so muss man sie sofort entfernen und ebenso im Wochenbett bei fieberlosen Wöchnerinnen. Bei schweren Blutungen soll man sofort den Uterus austasten. Fehlen Blutungen und fühlt man einen Plazentarpolypen, so soll man abwarten und die Ausstossung durch Ergotin befördern. Kommt es nicht zur spontanen Ausstossung, so hängt die Entscheidung für Winter vom Keimgehalt ab. Bei Saprophyten will er sofort operieren, bei Keimen nicht; ebenso will er bei der Erkrankung der Anhänge die Operation vermieden wissen. Die Operation will er stets mit dem Finger vornehmen.

Extrauterinschwangerschaft, Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis.

1. Ahlström, E., Fall von Tubargravidität in dem vierten Monat mit Spina bifida des Fötus. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiae.
(Silas Lindqvist.)

2. Aron, De l'indépendance qui existe entre le développement du placenta et celui de l'embryon (à propos d'un cas de grossesse ovarienne). Bibl. Anat. Tome 24. p. 105. Ref. Zentralbl. f. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 325. (Entwicklung einer jungen Plazenta noch nach dem Fruchttod.)
3. Beckmann, W., Über vorgeschrittene und ausgetragene Extrauteringravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. p. 187. (Zwei Fälle der Art. Eine X para im siebenten Monat. Bauchhöhlenschwangerschaft. Nach Tubenruptur bei der Operation Darmverletzung. Patientin stirbt. Starke Missbildungen am Kopf und Extremitäten der Frucht. Zweiter Fall lebende, sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft, nach Berstung einer interstitiellen Schwangerschaft; Operation bei schlechtem Allgemeinbefinden. Tod an Peritonitis. Das 2500 g schwere Kind zeigt Missbildungen am Kopf und an den Extremitäten und stirbt.)
4. Beckmann, W. G., Über Extrauteringravidität der letzten Monate. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 181. (Russisch.)
5. *Bogdanovics, Ein Fall von Zwillingsgravidität mit intra- und extrauterinen lebenden Früchten. Demonstration. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. (Zuerst Geburt eines lebenden Knaben von 45 cm Länge und 2030 g Gewicht. Nach 22 Tagen Laparotomie wegen Extrauterinschwangerschaft mit lebender Frucht. Die erste Frucht männlich; die zweite weiblich. Die zweite Frucht wog 2040 g und war 45 cm lang. Die Plazenta war auf dem abdominalen Ende der Tube inseriert.)
6. Bonifazio, A., Ursachen der Fehldiagnosen bei Extrauteringravidität. Inaug.-Diss. Lausanne 1912. (Mitteilung von 24 Fällen. Nichts Neues.)
7. *Bouchet, De la grossesse extrautérine récidivée. Thèse de Lyon. 1913.
8. Bovier, Abdominalschwangerschaft von sieben Monaten; elf Monate lange Retention nach dem Tode des Fötus; plötzliche Infektion der Zyste, Operation, Heilung. Lyon méd. Nr. 24. (Unter falscher Diagnose operiert. Tamponade. Heilung.)
9. *Braham, N., Zwillingstubenschwangerschaft mit Tubarabort eines Zwillings. Brit. Med. Journ. August 1. (Operation. Heilung, wenn auch unter allerhand Zwischenfällen.)
10. Bürger, Ein Fall von Extrauteringravidität am Ende der Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. (Die Diagnose wurde erst gestellt bei abgestorbener Frucht, als der Uterus — bei dem Versuch, das Ei zu entfernen — leer gefunden wurde. Heilung nach Exstirpation des Uterus.)
11. *Butler-Smythe, A. C., Successive Tubal Gestation associated with Blood Cyst of the Ovary. Laparotomy on each Occasion. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Febr. p. 74. (Ein Fall der Art.)
12. Butner, A. J., Ectopic pregnancy. Illinois Med. Journ. p. 24. (Fünf Fälle der Art.)
12a. Van Campen, J., Darmverschluss durch ein Lithopädion. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Helft. Nr. 23. p. 2226—2228. (Holländ.) (Diagnose röntgenologisch festgestellt. Vor 31 Jahren nach viermonatlicher Schwangerschaft Symptome einer geplatzten Extrauteringravidität; Patientin hatte aber noch bis zum siebenten Monat Kindsbewegungen gespürt. Das Präparat entsprach auch dem siebenten Monat. Abbildung auf einer Tafel.) (Lamers.)
13. Caturani, M., Anatomical Study of a Very Early Tubal Pregnancy with Special Reference to the Question of Decidual Reaction in Ectopic Gestation. Amer. Journ. of Obst. Oct. Vol. 70. p. 595. (Ei von höchstens drei Wochen; gute Abbildungen. Deciduale Umwandlung der Tubenschleimhaut nachgewiesen.)
14. Caturani, M., Ovarian pregnancy with Report of a case. New York Acad. of Med. Sekt. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. v. 23. Dez. 1913. Med. Record. Nr. 12—14. Vol. 85. Am. Journ. of obst. Vol. 69. p. 409. (Übereinstimmung mit Websters Auffassung. Histologisch Ovarialgravidität festgestellt. Lebendige Verbindungen bestehen zwischen dem Corpus luteum und dem fötalen Gewebe. Letzteres übernimmt die Funktion der Decidua. Die Chorionelemente sind tief in das Gewebe hineingedrungen. Dadurch erklärt Verf. die frühzeitige Unterbrechung.)
15. Chaput et Marchak, Grossesse tubaire à terme avec conservation de l'enfant pendant trois ans dans le ventre de la malade. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. 1913. Nr. 9. (Operation. Heilung.)
16. Chapple, H., Extrauterine Gestation. Guys Hosp. Rep. Vol. 27. p. 459. (Zwei Fälle. Verf. sah fünfmal Wiederholung bei derselben Form.)

17. Chomjakowa-Buslowa, A. P., Klinische Ergebnisse zur Frage über die extrauterine Gravidität. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 621. (Russisch.) (Zusammenstellung von 185 Fällen. 25 Fälle bei Verblutung operiert; davon starben fünf. 160 anderweitige Fälle operiert mit drei Todesfällen. Ätiologie: vorausgegangene entzündliche Prozesse.)
18. Colombino, C., Un caso di gravidanza tubaria interstiziale. Ann. di Ost. e Gin. Vol. 1. p. 374. (Abdominale Uterusexstirpation. Heilung.)
19. Croom, J. Halliday, Advanced extra-uterins pregnancy with tuberculous Peritonitis. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 4. April. (Sektionsbefund.)
20. Crousse, Grossesses ectopiques. Deux cas de grossesses tubaires bilatérales. Bull. de la Soc. Belge. de gyn. et d'obst. Tome 24. p. 456. (1. Tubarabort rechts, Hämatosalpinx mit Eiresten links; 2. Tubargravidität links, Hämatosalpinx mit abgestorbenem Ei rechts.)
21. Dagneau, P. C., Vier Fälle von Extrauterinschwangerschaft. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Oct. (Auftreten von heftigen Schmerzen bei Ausbleiben der Menstruation ist diagnostisch zu verwerten.)
22. Daverne, R., Grossesse angulaire. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Janv. (Ein Fall der Art mit Ausgang in Abortus.)
23. Davis, A. B., Report of two cases of ectopic pregnancy. Transact. New York Acad. of Med. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 701. (Ein Fall bei Ruptur operiert, gleichzeitig Uterusmyome gefunden; supravaginale Uterusamputation. Ein Fall fiebernd aufgenommen, durch Operation entfiebert.)
24. Devraignue, L., La grossesse angulaire. La Gyn. Janv. p. 15. (Nichts Neues.)
25. Decio, Eine Reihe von durch verschiedene entzündliche und neoplastische Veränderungen komplizierten Extrauterinschwangerschaften. Geb.-gyn. Ges. der Emilia u. d. Marken (Italien). (50 Fälle der Art. In einem Drittel der Fälle entzündliche Veränderungen gleichzeitig vorhanden. Zweimal gleichzeitige Tuberkulose der Tube. Siebenmal gleichzeitige Eierstocksgeschwulst und fünfmal gleichzeitige Myome des Uterus.)
26. *Demelin et Keim, Grossesse extrauterine ancienne suivie de grossesse utérine. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. III. p. 403. (Ausgetragene Tubargravidität. Lithopädion; ein Jahr später uterine Schwangerschaft.)
27. *Diamant, Z., Ein Fall von Drillingsschwangerschaft in demselben Eileiter. Zentralbl. f. Gyn. p. 128. (Der vierte Fall der Art, operiert im dritten Monat der Gravidität. In der einen Tube drei Früchte von je etwa 3 cm. Operation. Heilung.)
28. *Dougal, Zweimalige extrauterine Schwangerschaft bei derselben Patientin. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 3. (Zwischenraum 14 Monate.)
29. Duff, Notes on a case of extrauterine pregnancy in a rudimentary Fallopian tube. Lancet. Jan. 17. (Trotz Sektion nicht ganz klarer Fall.)
30. Engelhardt, E., Ein Fall von ausgetragener Tubenschwangerschaft nebst einer Statistik operierter Spätformen tubarer Gravidität aus den Jahren 1902—1911. Inaug.-Diss. Kiel 1913.
31. Essen, K. H., Über Extrauteringravidität, unter Bericht eines Falles mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind. Therap. d. Gegenw. August. (Operation technisch sehr schwierig wegen der Verbindung des Fruchtsackes mit dem Colon transversum.)
32. *Everke, Ein Fall von gleichzeitiger Intra- und geplatzter Extrauteringravidität. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 2. März in Düsseldorf. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 397. (Drei Tage nach der Operation wegen Tubenschwangerschaft Abortus.)
33. Eversmann, Demonstration des Präparates einer ganz jungen Tubengravidität. Geb.- Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. (Operation. Heilung.)
34. Fabricius, Ein Fall von akuter Appendizitis und gleichzeitiger Extrauteringravidität. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. (Interstitielle Schwangerschaft. Verf. hat schon mehrfach die Kombination von Appendizitis mit Extrauterinschwangerschaft gesehen.)
35. Farrar, L. K. P., Interstitial pregnancy with report of a case. Postgraduate. Vol. 29. p. 168. (Der Fall macht den Eindruck einer falschen Diagnose; Laparotomie zuerst gemacht, nichts operiert, dann nach Schluss des Bauches Entfernung der interstitiellen Schwangerschaft durch Curette (!).)
36. Fellner, O. O., Extrauteringravidität. Sammelreferat aus den Jahren 1910, 1911 und 1912. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 374, 400.

37. *Fingova, Contribution à l'étude des grossesses intra- et extra-utérines simultanées. Thèse de Nancy. 1913.

38. Forche, E., Über die vom 1. Oktober 1910 bis 1. November 1913 an der Kieler Universitäts-Frauenklinik zur Beobachtung gekommenen Fälle von Extrauteringravidität. Inaug.-Diss. Kiel. (101 Fälle.)

39. Fries, Über seltenere Formen ektopischer Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschrift. p. 202. Nr. 4. (Eine Schwangerschaft im Eierstock und eine auf der Narbe der Appendix. Beide abgestorben.)

40. Fromme, Eine ausgetragene Extrauterinschwangerschaft. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin vom 13. Febr. (Kurz nach dem Tode der Frucht operiert. Fruchtsack, Uterus und Processus vermiformis exstirpiert. Heilung.)

41. Füth, Vorträge: Über die Differentialdiagnose der Blutungen bei unterbrochener Tubargravidität und bei frühem uterinem Abort. Med. Klinik. 1913. Heft 21.

42. *Gibson, M. J., Combined intra- and extrauterine Pregnancy. R. Acad. of Med. in Ireland. Soc. of Obst. March 6. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 25. May. p. 297. (14 Tage nach der Operation der Tubenschwangerschaft uteriner Abortus.)

43. — Early Tubal Pregnancy. Ebenda. (Nichts Besonderes.)

44. — Unruptured interstitial Tubal Pregnancy. Ebenda. p. 298. (Operation, Exzision aus dem Uterus. Heilung.)

45. Graefe, M., Primäre Netzschwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 46. (Vorläufiger Bericht.)

46. Gram, G., Über einen Fall von ausgetragener Extrauteringravidität. Inaug.-Diss. Bonn 1913.

47. Grant, H. H., Extrauterine pregnancy. Louisville Med. Monthly Journ. p. 339. (Platzen einer Tubenschwangerschaft.)

48. *Grote, Bericht über einen Fall von gleichzeitiger extra- und intrauteriner Schwangerschaft. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 24. Febr. Zentr. f. Gyn. p. 663. (Zuerst Entfernung von Plazentarresten durch die Curette. Dann Laparotomie nach sechs Tagen wegen interstitieller Schwangerschaft.)

49. Grusdew, Zur Frage der Extrauteringravidität. Verhandl. d. 12. Pirogoff-Kongr. 29. Mai bis 5. Juni 1913. Bd. 2. p. 458. (Betont diagnostische Schwierigkeiten. Ein Fall von doppelseitiger Tubarschwangerschaft. Ein Fall von Stieldrehung.)

50. Gubarow, A. P., Die chirurgische Bedeutung der neugebildeten Blutgefässe bei Extrauteringravidität und Tumoren der Bauchhöhle. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 187. (Russisch.) (Verf. meint, dass die neugebildeten Gefässe, welche von irgend einem Darmorgane zur Extrauterinschwangerschaft herüberziehen, meist keine stärkeren Blutungen veranlassen. Man soll sie nur versorgen, wenn sie bluten.)

51. Hamaker, W. D., Extrauterine pregnancy at full term. Pennsylv. Nr. 1. Vol. 17. p. 232. (Abgestorbene Frucht. Laparotomie, Tamponade des Sackes. Heilung.)

52. Hammer, Fritz, Einiges über Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina, seine klinische und physiologische Bedeutung. (Drei Fälle der Art.)

53. *Hardouin, P., Grossesse extrautérine gémellaire. Bull. et mém. Soc. anat. de Paris. Tome 89. p. 164. (Beide in einer Tube, Ruptur, Operation.)

54. Hellman, A., Zwei Fälle von Extrauteringravidität. Sitzg. vom 27. Jan.

55. Heuze, Un cas de grossesse ectopique, abdominale secondaire, de sept mois: pyélonéphrite gravidique. Clin. centrale de Liège. 3 Avril. La Presse méd. 2 Mai. p. 338. (Das Wesentliche der Krankengeschichte steht in der Überschrift.)

56. van der Heyden, P. E. G., Een geval van zwangerschap in een rudimentairen hoorn van de Baarmoeder. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Helft. Nr. 19. (Plötzlicher Verblutungstod bei einer Frau, die zum sechsten Male schwanger war, im vierten oder fünften Monat, infolge einer Ruptur des schwangeren rechten Horns eines Uterus bicornis. Obduktion. Statistik.) (Mendes de Leon.)

56a. — Zwangerschap in een rudimentären Uterushoorn. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Helft. Nr. 19. p. 1536—1540. (Holländ.) (Patientin starb unmittelbar nach der Aufnahme im Krankenhaus unter den Symptomen einer geplatzten Extrauteringravidität. Die Sektion ergab eine vier- bis fünfmonatliche Schwangerschaft in einem geplatzten rudimentären Uterushorn. In beiden Höhlen fand sich deutliche Decidua.) (Lamers.)

57. Hinselmann, Demonstration des Präparates einer ausgetragenen Nebenhornschwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 724. Z. f. Gyn. p. 875. (Bei Fieber operiert, Totalexstirpation, Tod.)
58. *Hoehne, Intrauteringravidität nach vorausgegangener Extrauteringravidität, mit Demonstration von Präparaten. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 354. (Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung von der Tube bei Extrauterinschwangerschaft will Verf. grundsätzlich mit dem Ei auch die Tube entfernen, aber nicht die ganze Tube, sondern einen Tubenstumpf im Uterus zurücklassen und an der anderen Tube plastische Operation vornehmen. Er hofft dadurch zu erreichen, dass eine spätere Konzeption günstig verläuft.)
59. Hoemann, M., Über Ovarialgravidität. Inaug.-Diss. Berlin 1913.
60. *v. Holst, Demonstration des Präparates einer geplatzten interstitiellen Gravidität im dritten Monat. Gyn. Ges. zu Dresden. 365. Sitzg. vom 23. April. Zentr. f. Gyn. p. 1141. (Patientin ist schon einmal wegen Tubenschwangerschaft operiert. Operation im Kollaps; supravaginale Amputation. Heilung.)
61. Horsley, J. S., Bauchhöhlenschwangerschaft mit lebendem Kind. Surg, Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 1. (104 Fälle der Art aus der Literatur; 49 Mütter starben; nur wenige blieben am Leben. Nur in fünf Fällen bleiben Mutter und Kind am Leben.)
62. Jellett, Full time extrauterine pregnancy with uterus. Dublin Journ. Med. Soc. Vol. 137. p. 57. (War wohl eine Uterusruptur.)
63. *Johnstone, R. W., Contribution to the study of the early human ovum based upon the investigation of I a very early ovum imbedded in the Uterus and II a very early ovum imbedded in the Infundibulum of the Tube. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 26. Nr. 5. p. 231.
64. Jolly, R., Über Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. XI. p. 397.
65. *Jung, Vorweisung der Präparate von gleichzeitiger Extra- und Intrauteringravidität. Gyn. Ges. der deutschen Schweiz. Gemeinsame Sitzg. mit der Soc. de gyn. et d'obst. de la Suisse rom. 11. u. 12. Juli in Bern. (Zwei Tage nach der Operation Abortus.)
66. Kakuschkin, N. M., Klinisches Material zur Graviditas extrauterina. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 1. (Russisch.) (Nichts Neues. 137 Fälle. Frühe Operation.)
67. Kastanaew, G. M., Zur Frage über interstitielle Schwangerschaft. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 383. (Russisch.) (Vier neue Fälle von interstitieller Schwangerschaft. Schwere innere Blutung; Resektion des Uterushornes.)
68.. *Kirchbach, Uterus bicornis unicollis mit gleichzeitiger Gravidität in jedem der beiden Hörner und verschiedenzeitiger Ausstossung lebender und lebensfähiger Früchte. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 26. p. 1253. (Zwischenraum zwischen der Geburt der beiden Früchte acht Tage.)
69. Klein, G., Demonstration eines Präparates von interstitieller Tubenschwangerschaft. Münchn. Gyn. Ges. Sitzg. vom 26. Febr. (Supravaginale Amputation. Heilung.)
70. Köhler, a) Ovarialgravidität; b) Interstitielle Gravidität. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 11. Nov. 1913.
71. — R., Graviditas ovarialis. Gyn. Rundschau. Heft 7—16. (In dem Fall von Köhler hatte sich das Ei in dem Graafschen Follikel angesiedelt; zwischen den Luteinzellen und den Chorionepithelien inniger Zusammenhang.)
72. Kostler, De l'élimination spontanee du foetus dans les grossesses extrautérines, au delà du troisième mois. Thèse de Nancy. 1913.
73. Krassnopolsky, N. G., Ein Fall von ausgetragener Extrauteringravidität mit lebender Frucht. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 225. (Russisch.) (Ein Fall der Art. Kind asphyktisch, stirbt nach 15 Stunden. Die Frucht stark eingeengt von den Wänden des Fruchthalters. Am Uterus multiple Myome; supravaginale Amputation des Uterus. Heilung.)
74. Kusmin, S. J., Über Extrauteringravidität. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 249. (Russisch.) (Zusammenstellung von 75 Fällen der Art. Frühe Operation.)
75. Labhardt, Interstitielle rupturierte Gravidität der 6.—7. Woche. Gyn. Ges. der deutschen Schweiz. Gemeinsame Sitzg. mit der Soc. de gyn. et d'obst. de la Suisse rom. vom 11. u. 12. Juli in Bern.
76. Leavitt, F. E., Ectopic gestation. St. Paul Med. Journ. p. 292. (Nichts Wesentliches.)

77. Mc Guire, St., Evolution of the treatment of ectopic pregnancy. South. Med. Journ. Vol. 7. p. 208. (Geschichtliches.)
78. Mac Laren, A., and L. E. Daugherty, Intraperitoneal hemorrhage with special reference to hemorrhage from ruptured tubal pregnancy. St. Paul Med. Journ. p. 137. Nr. 3. (Nichts Neues. Allgemeiner Bericht über die Erfahrungen des Verf.)
79. Mall, F. P., und E. K. Cullen, Ovarialgravidität in einem Graafschen Follikel. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 6.
80. Marshall, Tubenschwangerschaft in einer schlecht entwickelten rechten Tube, Uterusfibrom, zystische Entartung der Eierstöcke, Exstirpation des Uterus mit den Adnexen. Heilung. Journ of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Nr. 3.
81. Mekertschianz, Über die Indikationen einer abwartenden Therapie bei Extrauteringravidität. Verhandl. d. 12. Pirogoff-Konfgr. 29 Mai bis 5. Juni 1913. Bd. 2. p. 82. (Je länger die Extrauterinschwangerschaft besteht, um so eher kann man abwarten.)
82. Meyer, Leopold, Graviditas extrauterina. (Dem.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 3. Dez. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1880. (O. Horn.)
83. Michel, F., Die Bedeutung der Bauchschwangerschaft für den Praktiker. Fortschr. d. Med. 23. (Verf. meint Extrauterinschwangerschaft, wenn er von Bauchschwangerschaft spricht. Nichts Neues.)
84. Mirto, F., Comportamento non comune del polso in alcuni casi di inondanzione peritoneale da rottura di tuba gravida. Ann. di Ost. e Gin. Vol. 35. p. 625. (Pulsverlangsamung.)
85. Moore, S. B., Treatment of ectopic Gestation. Virginia Med. Semi Monthly. Vol. 18. p. 347. (Sechs Fälle. Man soll stets so schnell wie möglich operieren.)
86. Nairn, R., Tubal gestation continuing to the 6 month after Rupture at the 6 week. Lancet. 1913. Nov. 15. p. 1384. (Operation, Heilung.)
87. Oastler, F., Ectopic pregnancy with diagnosis of incomplete intrauterine abortus. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 127. (Zuerst Curettage, dann Laparotomie.)
88. Olow, J., Über die Behandlung der in den früheren Monaten unterbrochenen Extrauterinschwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1 u. 2. p. 25 u. 205. (Die besten Resultate erzielt man bei der konsequent durchgeführten operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft, und zwar möglichst frühzeitig.)
89. Outerbridge, Geo W., Polypoid Chondrofibroma of the Fallopian Tube Associated with Tubal pregnancy. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. Vol. 70. p. 173. (Verf. hält es für möglich, dass die Geschwulstbildung mechanisch die Einbettung des Eies in der Tube bedingt hat.)
90. Parenago, P., Eine nach extrauteriner Gravidität lange in der Bauchhöhle zurückgebliebene Plazenta. Russki Wratsch p. 487. (Lange eiternde, nun blutende Fistel blieb nach Operation einer Extrauterinschwangerschaft zurück; Ursache: vergessene Plazenta.)
91. *Pfahl, F., Ein Fall von gleichzeitiger Schwangerschaft beider Tuben. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 20. (Links Ruptur, rechts tubarer Abortus.)
92. Philips, A case of peritoneal implantation of an ovum. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 1. (An der linken Seite der Fossa iliaca ein kleiner Knoten, der sich leicht abheben lässt; in ihm Chorionzotten, welche ein kleines Ei ohne embryonale Anlage enthalten. Nach der Beschreibung handelt es sich wahrscheinlich um einen tubaren Abort der einen Tube, bei dem das ausgestossene Ei auf der Fossa iliaca angeklebt war, und nicht um eine primäre Peritonealschwangerschaft, wahrscheinlich Fimbrienschwangerschaft.)
93. Pilatte, R., et H. Vignes, Formes anatomiques et cliniques de la grossesse tubaire. Gaz. des hôp. Nr. 43, 45. p. 693, 725. (Nichts Neues.)
94. *Polak, A case of ectopic gestation. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 139. (Es handelte sich um Wiederholung bei derselben Patientin.)
95. Popow, P. A., Über interstitielle Schwangerschaft. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 533. (Russisch). (Zwei Fälle der Art; beide zerreissen; Exzision aus dem Uterus. Heilung.)
96. Potherat, E., A propos de deux cas de grossesse extrauterine rompue. Revue prat. d'obst. et de gyn. Tome 21. p. 307. (Rät stets zu operieren.)
97. *Primsar, Zwei Fälle isochroner heterotoper Zwillingsschwangerschaft. Gyn. Rundschau. p. 203. (Zweimal Abortus nach Operation der Extrauterinschwangerschaft.)
98. Prochownick, Ein Fall von Tubenschwangerschaft mit absichtlich erhaltener Tube. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. (Ein Fall der Art.)

99. Proust, R., De l'intervention opératoire dans les grossesses tubaires. Gaz. des hôp. p. 85. (Allgemeiner Vortrag über den Gegenstand.)
100. Purefoy, R. D., A case of tubal pregnancy attended with serious symptoms without rupture. Tr. Roy. Acad. of Med. in Ireland. XXXI. p. 217. (Hämatocelenbild.)
101. Quain, E. P., Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis und Mitteilung eines Falles mit ausgetragener Frucht. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 4. (Frucht war abgestorben, aber ausgetragen.)
102. Riefenstahl, Hans, Über extrauterine Schwangerschaften. Inaug.-Diss. Würzburg 1913. (Bei Extrauterinschwangerschaften warme Empfehlung der Operation durch Eröffnung der Bauchhöhle von der Scheide aus.)
103. Rosenfeld, Bauchschwangerschaft. Nürnb. ärztl. Verein. Münchn. med. Wochenschrift. p. 391. (Vier Fälle; es handelte sich aber nicht um primäre Abdominalschwangerschaft.)
104. Rouffart, E., Quelques considérations sur le traitement de la grossesse extrautérine. Gaz. de Gyn. Tome 29. p. 161. (Nichts Neues.)
105. De Rouville, Avortement tubaire raté. Hématocèle fébrile (40°). Colpotomie postérieure, suivie le lendemain d'hystérectomie abdominale. Guérison. Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. III. p. 338. (Alles Wichtige im Titel zu ersehen.)
106. Rüder, Demonstriert Diapositiv und Präparat einer ausgetragenen Extrauteringravidität. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 355. (Blosslegung des Ureters bei der Operation. Nach der Operation blutiger Harnabgang.)
107. Sampson, J. A., The Influence of ectopic pregnancy on the uterus, with special reference to changes in its blood supply and uterine bleeding; based upon the study of 25 injected uteri associated with ectopic pregnancy. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 5. (Verf. hat genauer die Anatomie des Uterus bei Tubenschwangerschaft untersucht. Er findet im wesentlichen Hyperämie und Hypertrophie des Endometriums, vielleicht mit etwas Wachstum auch der Muskularis. Die Decidua trennt sich in die kompakte und in die spongiöse Substanz. Die letztere besteht aus stark gewucherten Drüsenschläuchen. Die Deciduazellenbildung beginnt in der Umgebung der kleinen Arterien der kompakten Substanz. Die uterinen Blutungen bei der Tubenschwangerschaft erklärt der Verf. als venös durch Uteruskontraktion aus dem Endometrium. Die Rückbildung des Uterus nach Beendigung der Tubengravidität verläuft ebenso wie die nach uteriner Gravidität, wenn auch oft etwas langsamer.)
108. Schil, Tubenschwangerschaft in Verbindung mit atypischer Entwicklung des Corpus luteum. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Déc. 1913. (Schil bringt diese Veränderung in Verbindung mit der Ätiologie der Extrauterinschwangerschaft, indem dadurch eine Verlangsamung der Tubenperistaltik bedingt wird.)
109. Schottmüller, Zur Pathologie und Diagnose der Extrauteringravidität. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. in Hamburg Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 3. p. 360. (Verf. macht auf den Ikterus aufmerksam. Es handelt sich dabei nicht nur um Resorption des Blutes, sondern Hämolyse ist auch dabei im Spiel. Im Blutserum ist Hämatin nachweisbar, was für die Differentialdiagnose zwischen Extrauterinschwangerschaft und Salpingitis post abortum von Bedeutung ist.)
110. Schtschebina, E. G., Zwei Fälle von Gravidität im rudimentären Uterushorn. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 545. (Russisch.) (Beide Fälle operiert; beide genesen. Verf. will möglichst frühzeitig operiert haben.)
111. Scheult, Bericht über drei Fälle vorgeschrittener Extrauterinschwangerschaft. Lancet. June 20. p. 1748. (Drei Fälle geheilt durch Laparotomie.)
112. Sencert, L., Hémorrhagie cataclysmique. Mort apparent. Laparotomie. Transfusion sanguine. Guérison. Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. II. p. 718.
113. — et M. Aron, Une curieuse observation de grossesse ovarienne. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. II. p. 830. (Weiterwachsen der Plazenta ohne Frucht.)
114. Sirtori, C., Due case di occlusione dell' intestino da ematocele pelvico subperitoneale. Contributo allo studio degli esiti della gravidanza tubarica. Arte Ost. XXVII. p. 369.
115. *Smith, R. E., Final results (after 5 years) in 192 patients operated upon for ectopic gestation; with special reference to subsequent uterine and repeated ectopic pregnancy. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. p. 684. (Es handelt sich um Sammelforschung. 47 mal folgte noch uterine und 21 mal ektopische Schwangerschaft.)
116. *Stone, A second tubal pregnancy in the same patient. Amer. Journ. of Obst. Vol. 69. p. 165.

117. Sullivan, R. Young, Clinical aspects of ruptured tubal pregnancy. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Febr. Vol. 69. p. 265. (Ein Fall; keine Besonderheiten.)
118. *Taniguchi, Y., Die Herkunft der Blutung bei der Ruptur der Tubenschwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2. p. 237. (Taniguchi versucht den Nachweis zu erbringen, dass die Zerreissung der Tube durch Stauung in den abführenden Venen der Tuben-Schwangerschaft zustande kommt, weil diese an dem zentralen Teil durch Zotten verstopft sind. Die bedrohliche Blutung stammt aus dem intervillösen Raum. Eine Zerstörung der Wand durch die Zotten wird abgelehnt.)
119. Thaler, Appendixblastom, Uterus bicornis mit linksseitigem atretischen Horne, rechtsseitige Extrauteringravidität. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. Febr. (Verf. bringt die Entwicklungsstörungen in ätiologischen Zusammenhang mit der Extrauterinschwangerschaft.)
120. Thies, J., Zur Behandlung der Extrauteringravidität. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 15. Juni. (Thies hat sich besonders mit der Frage beschäftigt, ob man nach der Laparotomie bei Tubenschwangerschaft das Blut alles entfernen soll oder nicht. Ohne bestimmte Erwägungen und schlechte Erfahrungen mit der Kochsalzinfusion empfiehlt er das Blut aus der Bauchhöhle in einen Trichter zu sammeln oder in einen Irrigator und dies dann intravenös zu injizieren. Er glaubt davon Besseres gesehen zu haben als von der Kochsalzinfusion und hat drei Patientinnen derart geheilt.)
121. — Demonstration: Graviditas tubointerstitialis. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 15. Juni. (Exzision des Fundus. Heilung.)
122. — Demonstration eines Falles von Hämatometra bei interstitieller Gravidität. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 17. Nov. 1913. (Eigenartiger Fall, der als interstitielle Schwangerschaft gedeutet wird, welche durch den Uterus entleert wurde.)
123. Tóth, Stephan, Extrauterine Gravidität bei Myom. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. Sitzg. vom 10. Febr. (Heilung durch Laparotomie an der verbluteten Frau.)
124. Turenne, Über kriminellen Abort und Extrauteringravidität. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1913. Oct. (Ein Fall der Art.)
125. V. d. Velde, Th. H., Het hydrorrhoe vraagstuk. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Deel III. Nr. 7. p. 407—411. (Holländ.) (Dieselbe Arbeit ist in deutscher Sprache in der Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 75, Heft 3, p. 514 bis 518 erschienen. Referat s. d.) (Lamers.)
126. Vincent et Laffont, A propos de deux cas de grossesse extrautérine. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 2. p. 99. (Beide Male vorher Katarrh der Tube.)
127. Ward, C., Case of prolonged gestation, double Uterus, Tubal abdominal pregnancy. Transvaal Med. Journ. Vol. 8. p. 229. (Frucht lag frei in der Bauchhöhle.)
128. Gray Ward, G., Specimen of early ectopic gestation. Med. Record. Vol. 84. 1913. Nr. 15. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 782. (Ein Fall der Art mit gleichzeitiger Tuberkulose der Appendix, sowie Uterusmyom, Uterusexstirpation. Heilung.)
129. Weisswange, Tubargravidität. Gyn. Ges. zu Dresden. 358. Sitzg. vom 29. Mai 1913. (Operation. Heilung.)
130. Werner, P., Über einen Fall von ausgetragener Extrauteringravidität. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 481. (Kind war schon abgestorben. Verf. nimmt an, dass es sich um eine Eileiterschwangerschaft gehandelt hat.)
131. *Whitehouse, Zweite Extrauterinschwangerschaft bei derselben Patientin mit einer Bemerkung über die Behandlung der Tubenmole. Journ. of Obst. and Gyn. Vol. 24. Nr. 6. 1913. (Erste Extrauterinschwangerschaft vor zwei Jahren links; jetzt rechts. Beide Male operiert.)
132. v. Winiwarter, Ovarialgravidität. Vortr. demonstriert ein Präparat aus dem Spital in Oberhollabrunn. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. Febr. (Es handelt sich um eine auf der Oberfläche des Ovariums inserierte Schwangerschaft.)
133. *Wolff, Br., Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung extrauteriner Schwangerschaften und über die Möglichkeit operativer Eingriffe beim lebenden Säugetierfötus. Studien zur Pathologie der Entwicklung. Bd. 2. Heft 1.
124. Zahn, F., Die interstitielle Gravidität. Inaug.-Diss. Berlin. (Ein Fall.)

Unter den Arbeiten der Anatomie über Extrauterinschwangerschaft ist eine der besten die von Johnstone (63), welcher ein jugendliches Ei in der Tube zu untersuchen Gelegenheit hatte.

Die Laparotomie wurde gemacht, ohne dass irgendwelcher Verdacht auf Schwangerschaft bestand. Die Länge der Frucht betrug 2,14 mm; die Schnitte durch die Frucht sind ganz vortrefflich. Die Einzelheiten müssen im Detail nachgesehen werden. In den entfernteren Teilen der Tube hat auch er keinerlei deciduale Veränderungen nachgewiesen. Das Ei reiht er ein an Grösse zwischen das von Graf Spee und das von Krömer und Pfannenstiel. Das von Penkert beschriebene Ovulum ist leider nicht berücksichtigt.

Eine weitere Arbeit von allgemeiner Bedeutung scheint dem Referenten die von Taniguchi (118) zu sein, welcher den Versuch gemacht hat — übrigens entsprechend den Anschauungen des Referenten — die Blutung bei Ruptur der Tubenschwangerschaft aus dem intervillösen Raum zu erklären und zurückzuweisen, dass sie aus zerissenen Arterien stammt.

Die übrigen Arbeiten, welche oben angeführt sind, betreffen zum grössten Teil kasuistische Mitteilungen, Aus ihnen sind besonders diejenigen Berichte hervorzuheben, in denen nachgewiesen wird, dass auf Extrauterinschwangerschaft normale Schwangerschaft folgen kann [Demelin et Keim (26), Hoehne (58), Smith (115)], dass bei der gleichen Frau Extrauterinschwangerschaft sich wiederholt [Bouchet (7), Butler-Smythe (11), Dougal (28), v. Holst (60), Polak (94), Whitehouse (131)], dass Zwillingsschwangerschaft besteht [Braham (9), Hardouin (53), Primsar (97), Pfahl (91)], dass Drillingsschwangerschaft besteht [Diamant (26)] und dass gleichzeitig Intrauterin- und Extrauterinschwangerschaft vorkommt [Bogdanovic (5), Everke (32), Fingova (37), Gibson (42), Groti (48), Jung (65)]. Kirchbach (68) beobachtete bei Uterus bicornis gleichzeitig Schwangerschaft in beiden Hörnern.

Therapeutisch ist die überwiegende Mehrzahl der Autoren darüber einig, dass man operativ vorgehen muss. Die Frage, ob man dabei die Tube erhalten soll, ob man dabei die Tube exstirpieren soll, wird wiederholt erörtert, ohne dass aber in dieser Frage Entscheidendes erreicht wird.

Wolff (133) erzeugte operativ an Tieren sekundäre abdominale Schwangerschaften.

VII.

Pathologie der Geburt.

Referent: Privatdozent Dr. Rud. Th. Jaschke, Giessen.

I. Allgemeines.

1. Aleksandroff, J. N., Kaiserschnitt und gleichzeitige Entfernung von zwei Ovarialkystomen. Journ. akusch. i shensk. bolesn. 1913. (Titel sagt das Wesentliche.)
1a. Austeensen, T., Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Tijdsskr. for den Norske Laegeforening. p. 393. (34 jährige I para. Primäre Wehenschwäche. Bei 3 cm. Gute Wirkung wiederholter Gaben Pituglandol.)
2. Aymerich, Plazentarveränderungen bei einer herzkranken Frau. Ginec. Jahrg. 10. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 609. (Abort im sechsten Monat. Auf der fötalen Seite der napfförmigen Plazenta vier nuss- bis taubeneigrosse Blutergüsse;

auch der intervillöse Raum zeigte reichlich Blut, die Zottengefässe waren stark dilatiert. Verf. führt alle diese Veränderungen auf Rückstauung aus dem kindlichen Kreislauf zurück.)

3. *Badia, J., Dystocie par kyste dermoïde de l'ovaire. La Semana med. 18 Sept. 1913. Ref. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 9 Ann. Nr. 4. p. 300. (Die Zyste wurde sub partu punktiert und der Inhalt durch dicken Troikart entleert; dann konnte das Kind ohne Schwierigkeiten extrahiert werden. Drei Monate später wurde die Zyste vaginal entfernt.)
4. Barris, J., Heart disease complicating pregnancy; caesarean section under spinal anaesthesia. Proceed. of the Royal Soc. of Med. London. Vol. 7. Nr. 7. Obst. and Gyn. Sect. p. 238.
5. — Treatment of pregnancy complicated by morbus cordis by means of caesarean section under spinal anaesthesia. Royal Soc. of Med. March 5. Ref. Lancet. March 28. Nr. 4726. p. 892. (XIpara, die 1910, kurz vor der Geburt des letzten Kindes, ein Rheumatismusrezidiv durchgemacht hatte. Nun kam sie bereits um die Mitte der Gravidität schwer dekompensiert in Behandlung. Nach vorübergehender Besserung wurde um die 27. Schwangerschaftswoche wegen bedrohlichen Allgemeinzustandes in Lumbalanästhesie der Kaiserschnitt mit anschliessender Sterilisation vorgenommen. Glatte Rekonvaleszenz. Bericht über ähnliche Fälle.)
6. *— Dasselbe. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 4. p. 186.
7. Basnizki, Siegfried, Über die in den Jahren 1903—1913 in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik und Kgl. Hebammenschule zu München zur Beobachtung gekommenen Sturzgeburten. Inaug.-Diss. München. Juli.
8. Blacker, Diskussion zu Barris (Nr. 4). Ebenda.
9. Boerma, Zwangerschap en geboorte bij sterk uigesprohen hypospadie der nomb. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. II. Nr. 11. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 17/18. p. 612.
10. Bouncy, V., An ovarian dermoid cyst expelled through the rectum during labor. Proceed. of the Royal Soc. of Med. London. Vol. 7. Nr. 6. Obst. and Gyn. Sect. p. 226. (Der Titel schildert den Vorgang; die Austreibung erfolgte unter starker Verletzung der vorderen Rektumwand; im Anschluss daran kam es zur Peritonitis, die aber schliesslich nach Laparotomie in Heilung ausging.)
11. Bouhey, Ed. Lévy et Magnan, Gestation et accouchement chez une primipare ayant présenté une malformation rénale et subi une néphrectomie. Rev. prat. d'obst. et de péd. Jahrg. 57. Nr. 296. p. 5. (Trotz der erwähnten Operation glatter Verlauf von Schwangerschaft und Geburt.)
12. Brodhead, George L., Caesarean section for double multilocular ovarian cyst. Transactions of the New York Obst. Soc. Meeting 18. Nov. 1913. Bericht Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 345. (Titel sagt alles Wesentliche.)
13. Brühl, M., Die Erkrankungen der Blase in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Inaug.-Diss. Marburg 1913.
14. *Casalis, René, et René Lecocq, L'accouchement par hystérectomie sans ouverture préalable de l'utérus, l'enfant étant vivant. Ann. de gyn. et d'obst. Jahrg. 41. Nr. 2. p. 67.
15. Clifford, H., Concealed accidental hemorrhage accompanied by intraperitoneal hemorrhage. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 1. p. 48. (25jährige IIpara, sehr anämisch eingeliefert mit geringer Blutabsonderung aus der Vagina, allgemeiner Uterus- und Bauchdeckenempfindlichkeit, obgleich kaum Wehen bestanden. Cervix für zwei Finger durchgängig, Blase erhalten. Nach Sprengung derselben Abgang von Fruchtwasser und dunklem Blut. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes abdominale Sectio: in der Bauchhöhle Blut, das von rupturierten Venen im rechten Ligamentum latum stammt. Plazenta schon vollständig gelöst, Kind tot. Nach Entleerung des Uterus supravaginale Amputation; trotzdem sechs Stunden später Exitus an Anämie.)
16. Darnall, W. E., Schwere Blutung in eine Ovarialzyste im Anschluss an einen Partus. Am. Assoc. of Obst. and Gyn. 27. Annual Meeting at Providence. Sept. 16—18. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 461.
17. Delauve, La ponction des kystes dystociques de l'ovaire. Thèse de Montpellier 1913.

18. Deletrez, Kystes dermoïdes des deux ovaires et grossesse. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. Tome 24. Nr. 10. p. 461. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 438.
19. Mc Donald, A. L., Surgical shock as factor in obstetric operations. Journ.-Lancet. Minneapolis. April 15. XXXIV. Nr. 8. p. 201. Ref. Journ. of Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 20. p. 1583. (Bespricht die bei der Behandlung des Schocks in Betracht kommenden Drogen [Ergotin, Epinephrin, Coffeïn, Digitalis, Strophantin mit oder ohne Kombination mit Morphin] und deren pharmakologische Wirkungsweise.)
20. Edge, Diskussion zu Wilson (Nr. 82). Ebenda.
20a. Esbensen, Hypofyseekstrakten i Fodsels hjoelpen. (Der Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 4. Febr. Ugeskr. f. Laeger. p. 635 bis 660. (166 Fälle. Kontraindikation nur Eklampsie.) (O. Horn.)
21. Fabre et Bourret, Phénomènes de shock après un accouchement. Journ. de méd. de Paris. Ann. 34. Nr. 20. p. 395. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 491. (Der Ausdruck „Schock" trifft wohl nicht das Richtige. Es handelt sich um einen Kollaps bei einer mit chronischer Herzmuskelinsuffizienz [ohne Klappenfehler] behafteten Frau, der im Anschluss an die ganz glatt und langsam verlaufene Austreibungsperiode auftrat.)
22. Fairbairu, Diskussion zu Barris (Nr. 4). Ebenda.
23. Fellner, O. O., Herzkrankheiten und Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. Heft 21/22. p. 665. (Erwiderung auf H. W. Freunds Angriffe [cf. vorigjähriger Jahresbericht], die als unhaltbar erwiesen werden. Fellner hält seinen Standpunkt aufrecht. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Der schwerwiegendste Einwand ist der, dass Freund seine scharfen Angriffe auf 52 zufällig diagnostizierte und herausgegriffene Fälle aufbaut.)
24. Fetherston, R. H., Obstetrical trauma. Austral. Med. Journ. Vol. 2. Nr. 118. p. 1257. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 462.
25. Florence, Au sujet d'un cas de dystocie par cancer du rectum. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Ann. Nr. 3. p. 26. (41 jährige Multipara mit weit vorgeschrittenem Rektumkarzinom, das bereits die obere Hälfte der hinteren Septumwand und das seitliche paraproktale Gewebe zu starren Massen umgewandelt hatte. Es gelang jedoch, das 2800 g schwere Kind mittelst Forzeps am hochstehenden Kopf ohne Verletzung der mütterlichen Weichteile zu extrahieren.)
26. Framond, De la rupture des kystes de l'ovaire pendant la grossesse, le travail et les suites de couches. Thèse de Montpellier. 1913. Nr. 81. 102 p. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 819.
27. *Freund, Hugo A., Heart in pregnancy. Journ. of Michigan State Med. Assoc. Vol. 12. Nr. 12. p. 648. 1913.
28. Garbar, Jacob, Geburten bei jüngeren und älteren Erstgebärenden. Inaug.-Diss. München. April.
29. Gilbert, H., Notes on a case of subcutaneous emphysema of the face, neck and chest occuring during labour. Austral. Med. Gaz. Vol. 34. Nr. 26. p. 583. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 552.
30. *Gilles, R., Spina bifida et puerpéralité. Journ. des sages-femmes. Ann. 41. Nr. 22. p. 361. 1913.
31. Grosse, A., Grossesse compliqué de fibromes; hystérectomie. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 9 Ann. Nr. 5. Mai. p. 315. (32 jährige I para mit rasch wachsendem, das Becken immer mehr ausfüllendem Myom. Da dieselbe weit entfernt von ärztlicher Hilfe auf dem Lande wohnte, wurde im fünften Graviditätsmonat die supravaginale Amputation des Uterus vorgenommen.)
31a. Gröné, O., Zwei Fälle von Kyphose mit Schwangerschaft und Entbindung. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
32. *Groué, Über Herzfehler während der Schwangerschaft und Entbindung. Svenska Läkaresällsk. Handling. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 242.
32a. Gulowsen, Otto, Pituitrin bei Wehenschwäche. Tijdskr. for den Norske Laegefor. p. 395. (Bei der nicht einheimischen Bevölkerung Chefoos ist Wehenschwäche verhältnismässig häufig. 30 jährige Javanes-Engländerin, I para, wurde mit Pituitary-Extrakt [Burrooughs, Wellcome & Co.] behandelt. Schnelle Besserung der Wehenschwäche.)

32b. Hauch, Et Tilfaelde af Extirpatio vag. uteri p. partum paa Grund af Atonia uteri. (Ein Fall von Exstirpatio uteri vag. post partum wegen Atonia uteri.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1875. (O. Horn.)
33. Hilgers, E., Komplikation von Herzfehler und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Strassburg i. E. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 789.
34. Hohorst, Bericht über zwei Fälle von Ileus in graviditate, bzw. intra partum. Geb.-gyn. Ges. Hamburg. 24. Febr. Bericht Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 663.
34a. Horn, Jan, Einige Versuche mit Hypophysenpräparaten. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 690. (Zur Anwendung kamen Pituitrin und Pituglandol. Die Wirkung beider Mittel war unberechenbar; was wahrscheinlich darauf beruht, dass die verschiedenen Individuen und die einzelne Frau zu verschiedenen Zeiten der Geburt eine verschiedene Reaktionsfähigkeit aufweisen. Die Wirkung war immer nur an schon bestehende Wehentätigkeit geknüpft. Die Herztöne der Frucht wurden nicht verändert. In der Nachgeburtsperiode zeigte in einem Falle Pituitrin eine gute Wirkung. Waren die Mittel kurz vor der Geburt gegeben worden, erstreckte sich ihre Wirkung auch bis in die Nachgeburtsperiode und verlieh dann den Uteruskontraktionen einen gewissen tetanischen Charakter. Einmal trat später eine Erschlaffung mit Blutung ein. Gynäkologische Blutungen wurden nicht beeinflusst, die Blase auch nicht. Wenn auch die Mittel nicht immer zuverlässlich wirken, so sind sie doch in geeigneten Fällen zu benützen. Das Optimum ihrer Wirkung tritt doch so spät in der Geburt ein, dass man oft ebenso gut die Entbindung operativ vornehmen darf.) (Kr. Brandt.)
34b. Horn, O., Om Pituitrin. (Über Pituitrin.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 4. Febr. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1889—1890. (35 Fälle von Injektion mit Pituitrin (Parke. Davis & Co.). Keine schädlichen Nebenwirkungen. Als solche ist kaum anzusehen ein Fall, wo das Kind zyanotisch im tetanoiden Zustand geboren war [Forzeps], aber ohne Herzschlag.) Autoreferat. (O. Horn.)
35. Humpstone, A case of dystocia and death of fetus due to congenital cystic kidneys. Transact. of the New York Obst. Soc. Meeting 14. Oct. 1913. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Children. Vol. 69. p. 136.
36. M'Ilroy, A. Louise, Intestinal toxemia in its relations to obstetrical and gynaecological affections. Glasgow Med. Journ. Sept. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 81. p. 323.
37. Imhofer, R., Der gegenwärtige Stand der Frage Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. Nr. 11. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1415. (Habilitationsvortrag. Nichts Neues. Die Geburt soll möglichst abgekürzt werden.)
38. Jaschke, Rud. Th., Allgemeine Pathologie der Geburt. Liepmanns Handbuch der Frauenheilk. Bd. 3. Leipzig, F. C. W. Vogel.
38a. Jennissen, J. A. M. J., Baringsstoornissen na ventrofixatie. (Geburtsstörungen nach Ventrofixation.) Geneesk. Tijdschr. v. Nederl.-Indië. 1913. Bd. 53. Heft 4. p. 607 bis 614. (Holländisch.) (Kasuistisch. Seit der Operation drei Fehlgeburten im dritten Monat. Die vierte Schwangerschaft wurde ausgetragen. Wegen Hochstand des äusseren Muttermundes hat Verf. zuerst durch Laparotomie die Adhäsionen des Uterus mit der Bauchwand und dem Netz gelöst und dann das Kind aus der Querlage — durch Wendung und Extraktion — entwickelt. Guter Erfolg für Mutter und Kind.) (Lamers.)
39. Jordan, Diskussion zu Wilson (Nr. 82). Ebenda.
40. Jullien, L'hystérectomie totale dans les présentations vicieuses négligées. La Province méd. 11 Oct. 1913. Ref. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 9 Ann. Nr. 2. p. 158.
41. Jung, Ph., Behandlung bedrohlicher Blutungen während der Geburt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1145. (Fortbildungsvortrag.)
42. — Therapie von Myom und Schwangerschaft. Med. Ges. Göttingen. 7. Juli. Bericht Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1597. (Bericht über Geburtsstörungen durch Myome.)
42a. Kaiser, K. F. L., Een geval van atypischen Beengroei, waardoor de nomale baring werd verhinderd. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Helft. Nr. 19. (Frau mit achondroplastischen Veränderungen an den verschiedenen Knochen, besonders an den Hüftgelenken, wo sich sogar pilzartige Wucherungen entwickelt haben und bei der infolge-

dessen eine hochgradige Beckenverengerung entstanden war. Die Kranke wurde mittelst Kaiserschnitt entbunden. Das Kind war gesund, ohne Zeichen der Krankheit seiner Mutter.) (Mendes de Leon.)

43. Kemp, D. C., Ovarialzyste, die während der Entbindung von der Hebamme von der Vagina her entwickelt wurde. Lancet. 1913. Sept. 20. Nr. 12. Vol. 2. p. 865. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 462. (Seltener Fall. Durch eine wahrscheinlich von der Hebamme bei der Untersuchung erzeugte Ruptur des hinteren Scheidengewölbes fiel nach der Austreibung des Kindes die Zyste vor, die von der Hebamme als zweite Fruchtblase angesprochen wurde. Obwohl die gut gestielte Zyste erst am dritten Wochenbettstage abgetragen und darauf die Scheidenwunde vernäht wurde, trat glatte Heilung ein.)
44. Kirchberg, Paul, Psychische Störungen während der Geburt. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 52. Heft 3. 1913. Festschr. f. Prof. Sioli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 93.
45. Kocks, Hydrosalpinx, prolabiert durch Zangenversuch. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 902.
46. Kopejka, A. J., Herzfehler, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Inaug.-Diss. München. Febr.
47. Kortum, Wilh., Die Bedeutung der Schwangerschaft und Geburt für die Entstehung und den Verlauf der multiplen Sklerose. Inaug.-Diss. Jena. Juni.
48. Kuntzsch, Über Torpidität des Uterus und ausgetragene Gravidität trotz Retention einer intrauterinen Tamponade. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
49. *Landau, L., Myom und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31.
50. Lévy, Ed., Dystocie par tumeur ovarique praevia. Ovariotomie abdominale et accouchement par les voies naturelles. Ann. de gyn. et d'obst. Nov. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 678. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 819. (Der Titel sagt das Wesentliche.)
51. *Lindemann, Edw., Blood transfusion. Report of one hundred and thirty-five transfusions by the Syringe-Canula system. Journ. of Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 13. March 28.
52. Llorens, Joaquin Segarra, Herzleiden und Schwangerschaft. Crón. méd. Valencia. Jahrg. 25. Nr. 589. p. 218. 1913. (Spanisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 421.
53. Ludwig, Ileus bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
54. Marek, R., Über einen Fall von Schwangerschaftsakromegalie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7.
55. Martin, Ch., Diskussion zu Wilson (Nr. 82). Ebenda.
56. Maxwell, Diskussion zu Barris (Nr. 4). Ebendort.
57. Michaelis, R., Austritt eines Ovarialkystoms aus dem After während der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
58. Mosbacher, Emil, Klinisch-experimentelle Beiträge zur Frage: Thyreoidea und Wehentätigkeit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 120.
59. *Müller, B., Das Verhalten der Glandula thyreoidea im endemischen Kropfgebiet des Kantons Bern zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. p. 264. 1913.
60. Newell, F. S., The ideal obstetric ont patient clinic. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 256. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 546.
61. Newnham, Diskussion zu Wilson (Nr. 82). Ebendort.
62. *Puech, P., Des tumeurs de l'ovaire dans leurs rapports avec l'accouchement et les suites de couches. Montpellier méd. Tome 37. Nr. 28. p. 25. Nr. 29. p. 49. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 682.
63. — et J. Vanverts, Traitement des tumeurs de l'ovaire pendant l'accouchement. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Ann. 22. Heft 3. p. 81.
64. v. Radwanska, Geburt bei Sclerosis disseminata. Krakauer gyn. Ges. 11. März 1913. Bericht Gyn. Rundschau. Nr. 8. p. 307. (Die Geburt verlief ganz glatt, die Wehen waren kräftig, die Schmerzempfindung normal.)
65. Richter, J., und V. Hiess, Über das für die erste Geburt günstigste Alter. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 625. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 280.

65a. Ringsted, Zwei Tilfaelde af Fergiftening af den fódende ved Injection of Pituglandol (Roche). (Zwei Fälle von Vergiftung der Gebärenden durch Injektion von Pituglandol [Roche].) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 4. Febr. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1888—1889. (Ca. eine Stunde nach Injektion von 1 ccm Pituglandol sah Verf. kollapsähnliche Zustände.) (O. Horn.)
66. Rooy, A. H. M. J. van, Myom und Schwangerschaft. Nederl. Maandschr. vor Verlosk en Vrouwenz. Jahrg. 3. Nr. 6. p. 343. (Kindskopfgrosses Cervixmyom, welches das Becken unter Kompression der Harnröhre verlegte. Deshalb am Ende der Schwangerschaft Sectio.)
67. Savage, Diskussion zu Wilson (Nr. 82). Ebendort.
68. *Schumann, Edw. A., The mechanism of labour from the standpoint of comparative anatomy, with a report of cases of dystocia in wild animals. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 4. p. 637.
69. Sselitzsky, S. A., Geburt nach Operation eines Anus vulvaris. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 595. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1259. (Zweimal glatte Spontangeburt ohne Zerreissung der Operationsnarben.)
70. Stoeckel, W., Geburtshilfe. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Jahrg. 5. Heft 7. J. F. Lehmanns Verlag.
71. Strassmann, P., Kaiserschnitt bei Myom. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. Jan. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 539. (41jährige Ipara mit vorn im Becken eingekeiltem Myom, bei der am Ende der Gravidität der Kaiserschnitt mit anschliessender Totalexstirpation des Uterus vorgenommen wurde.)
72. Snoo, de, Fibroma ovarii und zystöses subseröses Myom, entfernt bei einer Gebärenden. Nederlandsche Gyn. Vereenig. zu Amsterdam. 30. Nov. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 10. p. 384.
73. Thaler, Leukämie und Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 20. Jan. Bericht Gyn. Rundschau. p. 619.
74. Tuller, M. B., The management of obstetrical cases. Med. Council. Vol. 19. Nr. 5. p. 179. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 328.
75. Vassel, Table-lit obstétricale. Presse méd. Ann. 22. Nr. 14. p. 134. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 546.
76. Veit, Joh., Diskussion zu E. Zweifel (Nr. 86). Ebendort.
77. Vetter, Hans, Rektumtumoren als Geburtshindernis. Inaug.-Diss. Rostock. Okt.
78. Vineberg, Ovarian cyst with twisted pedicle complicating pregnancy at eight months. Transact. of the New York Obst. Soc. Meeting April 14. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 1. p. 68. (28jährige IIgravida mit Stieldrehung eines kindskopfgrossen linksseitigen multilokulären Ovarialkystoms im achten Monat der Gravidität. Abdominale Ovariotomie. Zwei Tage später spontane Frühgeburt.)
79. Vinson, Les risques de rupture utérine au cours de l'extériorisation dans la césarienne. Thèse de Toulouse 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 820.
80. *Vogt, E., Über die Bedeutung der Kyphoskoliose für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1915. Nr. 1. p. 13.
81. Weber, Fr., Die Tamponade in Geburtshilfe und Gynäkologie. Eine klinische und experimentell-bakteriologische Studie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4 u. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 416.
82. Wilson, Concealed accidental haemorrhage; caesarean section; recovery. Midland. Obst. and Gyn. Soc. March 3. Ref. Lancet. March 28. Nr. 4726. p. 898. (Demonstration des exstirpierten Uterus mit ausgedehnten subperitonealen und intramuskulären Hämorrhagien bei hochgradiger hyaliner (?) Degeneration der Muskelelemente des Uterus. Unter welchen Symptomen der Fall zur Operation kam, geht aus dem mir zugänglichen Referat in „Lancet" nicht hervor.)
83. Zimmermann, Rob., Über die Ursache schneller Spontangeburten bei Rückenmarkserkrankungen. Freie Vereinig. mitteldeutsch. Gyn. in Halle. 1. Febr. Bericht Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 849.
84. *— Über die Ursache des überraschend schnellen Geburtsablaufes bei Rückenmarkserkrankungen. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 3. p. 563.
85. Zinsmeister, A., Beeinflussung der Wehentätigkeit durch Skopolamin-Pantopon und Skopolamin-Narkophin-Injektionen. Inaug.-Diss. München 1913.
86. Zweifel, E., Über den Einfluss des Alters der Kreissenden auf die Geburt. Freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. in Halle. 1. Febr. Bericht Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 845.

In einer äusserst anregenden, leider zu kurzem Referat gar nicht geeigneten Abhandlung zeigt Edward A. Schumann (68), dass auch bei den verschiedensten wilden Säugetieren die bei der Geburt wirksamen Faktoren denselben Gesetzen folgen wie beim Menschen und Störungen des Geburtsvorganges an denselben Punkten ansetzen. Dieser Leitgedanke wird an einzelnen Beispielen, unterstützt von guten Abbildungen, treffend erläutert.

Mehrfach ist im Berichtsjahre die Frage der Geburtsleitung bei Dystokie infolge von Ovarialtumoren behandelt worden. Neben reichlicher Kasuistik wurde auch versucht, den prinzipiellen Standpunkt zu erläutern. Auffallend ist darunter vor allem die Mitteilung von Badia (3), der auf Grund seiner Literaturstudien die Überzeugung gewonnen hat, dass die abdominale Ovariotomie während der Geburt so grosse Gefahren biete, dass sie prinzipiell durch irgend ein vaginales Verfahren zu ersetzen sei. Badia dürfte mit dieser Meinung wohl nur der Zustimmung einer kleinen Minorität sich erfreuen.

Die umfassendste Bearbeitung der ganzen Frage stammt von Puech (62), der sich auf ein Material von 455 Geburten bei Trägerinnen von Ovarialtumoren stützt. Insgesamt sind danach in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (60%) Geburtsstörungen zu erwarten; und zwar gilt das annähernd für die verschiedensten Arten von Ovarialtumoren. Nur diejenigen Ovarialtumoren, die zur Zeit der Geburt noch völlig im Becken sitzen, veranlassen fast ausnahmslos (94%) Störungen des Geburtsvorganges. Die Art der Geburtsstörung ist am schwersten bei diesen letztgenannten Fällen: mechanische Obstruktion. Aber auch ohne solche sind Geburtsstörungen möglich dadurch, dass das Kind zu abnormer Lage oder Haltung gezwungen wird, Nabelschnur- und Extremitätenvorfall leichter eintreten können. Von manchen Seiten ist auch behauptet worden, dass Plazentarretention und Nachgeburtsblutungen besonders häufig vorkämen; Puech kann das nicht bestätigen. Seltene Komplikationen sind heute bei mechanischer Verlegung des Geburtskanals die Uterusruptur oder das Vortreten des Ovarialtumors durch einen Riss in der Scheide oder im Rektum. (cf auch oben angeführte Fälle von Kemp und Michaelis). Dünnwandige Zysten platzen leicht. — Therapeutisch ist ein Eingreifen sub partu natürlich nur nötig, wenn das Becken nicht frei ist. Dazu schlägt Verf. die abdominale Ovariotomie vor mit nachheriger Entbindung per vias naturales. — 21 eigene Fälle ohne Todesfall —; nur in Fällen, in denen es nicht gelingt, neben dem graviden Uterus den Tumor aus dem Becken zu entfernen, möge man vorher die Gebärmutter vermittelst abdominalen Kaiserschnittes entleeren, die Ovariotomie anschliessen. Verf. erörtert auch die Wochenbettskomplikationen in klarer Weise, doch gehört das Referat hierüber nicht an diese Stelle.

Unter den die Geburtskomplikationen durch Myome behandelnden Arbeiten sei hier die Arbeit von L. Landau (49) genannt. Er befürwortet in jedem derartigen Falle, in dem Geburtsstörungen zu erwarten sind, bei Wehenbeginn den abdominalen Kaiserschnitt mit anschliessender Totalexstirpation oder supravaginaler Amputation des Uterus.

E. Vogt (80) behandelt in sehr klarer Weise die Bedeutung der kyphoskoliotischen Raumbeengung für die Herzarbeit unter der Geburt. Mit Recht wird die Gefahr der Herzüberanstrengung und Herzerlahmung bei hochgradigen Kyphoskoliosen hoch veranschlagt und demgemäss sorgfältige Überwachung des Herzens während der Geburtsarbeit, nötigenfalls eine schonende Beschleunigung der Entbindung oder bei vorher auftretender Dekompensation selbst eine Unterbrechung der Gravidität gefordert.

Auch die Bedeutung der Herzklappenfehler unter der Geburt hat verschiedentlich das Interesse der Autoren gefesselt. Unter anderen betont H. A. Freund (27), dass bei Störungen der Herztätigkeit sub partu eine möglichst schonende, aber doch beschleunigte Entleerung des Uterus zur Entlastung des Herzens erforderlich sei, daneben aber eine bedrohliche Herzschwäche durch

intravenöse Verabreichung von Strophantin zu bekämpfen sei. Barris (5) empfiehlt im Anschluss an den oben mitgeteilten Fall den Kaiserschnitt in Lumbalanästhesie als ein schonendes Entbindungsverfahren für einschlägige Fälle. — Groué (32) berichtet über 42 Fälle von klappenkranken Frauen, die 112 Schwangerschaften mitgemacht haben; darunter kamen drei Todesfälle unter der Geburt vor. Abortus trat in 10,4% der Fälle ein.

Bei Spina bifida dauert nach Gilles (30) die Eröffnungsperiode gewöhnlich länger, die Austreibungsperiode dagegen um so kürzer, weil durch Lähmung der Beckenbodenmuskulatur der Weichteilwiderstand sehr herabgesetzt ist.

Aus der interessanten und sorgfältigen Arbeit von B. Müller (59) ist auch in diesem Zusammenhange einiges zu erwähnen. So kommt der Schwangerschaft und dem Geburtsvorgange eine wichtige ätiologische Rolle für das Überwiegen von Schilddrüsenerkrankungen beim weiblichen Geschlecht zu. Mit der Zahl der Geburten bzw. Schwangerschaften wächst im endemischen Kropfgebiet die Neigung zu zystöser oder nodöser Entartung der Schilddrüse; die Geburtsvorgänge geben häufig den Anstoss zu einer bleibenden Schwellung der Schilddrüse. Weiter glaubt Verf. festgestellt zu haben, dass der endemische Kropf im Gebiet des Kantons Bern die Hauptrolle für die Entstehung des allgemein verengten Beckens spielt; die Hauptherde des Kropfes zeigen auch die grösste Zahl allgemein verengter Becken, die ausserdem durch Aplasie und Hypoplasie der Schilddrüse (Kretinismus) häufig hervorgerufen werden.

Für alle jene Fälle, in denen die Entfernung des Uterus aus irgend einem Grunde (Cervixkarzinom, Ruptur, wegen Infektionsgefahr) wünschenswert ist, empfehlen Casalis und Lecocq (14) die Entbindung durch Exstirpation des uneröffneten Uterus vorzunehmen, wobei das Kind erst aus dem exstirpierten Gterus befreit wird. Der Eingriff ist sehr schnell auszuführen, die Blutung fast Null, eine Infektionsgefahr jedenfalls wesentlich geringer, als wenn der Uterus in der Bauchhöhle eröffnet wird.

Eduard Lindemann (51) hat im Jahre 1913 im Amer. Journ. of Dis. of Children eine Methode der Bluttransfusion mit einfachen Spritzen und besonderen Kanülen mitgeteilt. Er verweist hier auf die Beschreibung der Technik und berichtet nach Erfahrungen an 135 Fällen über die erzielten Erfolge, die in der Tat ausgezeichnete sind. Bezüglich aller Details der Indikationsstellung und Quantität des zu transfundierenden Blutes auf die ausführlichen Tabellen der Arbeit verweisend, möchte ich hier nur hervorheben, dass es ihm gelang, in einer Sitzung 1400—2000 ccm Blut zu transfundieren. Die Methode dürfte daher auch für geburtshilfliche Zwecke einer Nachprüfung wert sein.

II. Mütterliche Störungen.

A. Bei der Geburt des Kindes.

1. Äusseres Genitale und Scheide.

1. Ammenhäuser, W., Über die operative Behandlung der kompletten Dammrisse und ihre Resultate. Inaug.-Diss. Würzburg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 706. (Bei 24 frischen Dammrissen Primärheilung in 80%.)
2. Barozzi, J., et Fournier, Un cas de vagin double chez une femme enceinte à terme. Gyn. Ann. 18. Nr. 3. p. 197. (Durchtrennung des Septums zwei Tage vor der Geburt; sonst nichts Bemerkenswertes.)
3. Baughman, Greer, Experiences with a method of immediate repair of perineal lacerations. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 5. p. 810. (Nichts Neues.)

4. Best, N. D., Schwangerschaft bei imperforiertem Hymen. Brit. Med. Journ. May 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 970.
5. Brouha, Diskussion zu Couwenberghe (Nr. 6). Ebendort. (Empfiehlt zur Beschleunigung der Blutgerinnung subkutane Injektion von 10 ccm 8—10%iger Peptonlösung.)
6. Couwenberghe, van, Thrombus et hématomes vulvo-vaginaux. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. Tome 23. Nr. 8. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 23/24. p. 718. (Sehr grosses Hämatom nach rascher Austreibung bei einer 32jährigen IVpara ohne Nephritis und Varizen. Ursächlich dürften also nur die starken Presswehen in Betracht zu ziehen sein. Therapeutisch Empfehlung absoluten Abwartens; auch keine Scheidentamponade.)
7. Mc Donald, Ellice, Studies in obstetrics and gynecology. A series of contributions on diseases of women. 14. Laceration of the perineum and primary repair. Amer. Med. Vol. 19. Nr. 11. p. 733. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 121.
8. Henrotay, Diskussion zu van Couwenberghe (Nr. 6). Ebendort. (Empfiehlt feste Scheidentamponade.)
9. Jacobs, Diskussion zu van Couwenberghe (Nr. 6). Ebendort. (Betont ebenfalls die Notwendigkeit absoluten Abwartens.)
10. Jeannin, C., Dystocie par occlusion cicatricielle du vagin. Césarienne mutilatrice. Guérison. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Ann. Nr. 8. p. 658. 1913. (Titel sagt alles Wesentliche.)
11. Kemp, D. C., Ovarian cyst exposed per vaginam during delivery by a midwife. Lancet. Vol. 2. Nr. 12. p. 865. 1913. (Cf. Nr. 43 des vorigen Abschnittes.)
12. Klages, Wilh., Heilungstendenz der Episiotomie gegenüber dem Dammriss. Inaug.-Diss. Göttingen 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 124. (Unter 547 Dammrissen heilten 85,6%, unter 99 Episiotomien nur 75% primär.)
13. Küttner, O. J., Ein Fall von Kaiserschnitt mit Uterusexstirpation wegen retrozervikalem Myom. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 69. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 538.
14. Lange, Doppelbildungen der Gebärmutter und Scheide, sowie Entbindungen bei solchen. Med. Ges. in Magdeburg. 26. Febr. Bericht Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 962.
15. Malkowsky, Geburt bei Uterus septus und Vagina septa. Festschr. f. Prof. Pobedinsky. p. 239. Moskau. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. p. 598. Bd. 5. (Sagittales Scheidenseptum, zwei Orificia externa. Das linke Horn war das gravide, die Plazenta sass zum Teil am Septum. Spontane Frühgeburt des 1650 g schweren Kindes, wobei das Scheidenseptum einriss.)
16. Mauwaring-White, R., Schwangerschaft bei imperforiertem Hymen. Brit. Med. Journ. March. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 978.
17. *Meda, Carlo, La distocia da sepimento trasversale della vagina. Arte ostetr. Anno 28. Nr. 2. p. 17. Nr. 3. p. 33. (32jährige Ipara; im oberen Scheidendrittel ein transversales Septum mit nur 2 mm weiter, zentraler Öffnung. Bei erweitertem Muttermund wurden vier radiäre Inzisionen in das Septum gemacht, der Kopf mit der Zange etwas tiefer gezogen, dann weiter die spontane Austreibung abgewartet. Keine Blutung. Drei Wochen post partum war von dem Septum nur noch ein niedriger Saum nachweisbar.)
18. Nissen, Otto, Die Heilungsergebnisse der frischen Dammrisse dritten Grades. Inaug.-Diss. Leipzig. Juli.
19. Öhmann, K. H., Zwei Fälle von Haematoma vulvae. Duodesim. Bd. 30. Heft 3. p. 149. (Finnisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 136.
20. Piechulek, Walter, Zur Ätiologie der Zentralruptur des Dammes. Inaug.-Diss. Greifswald. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 124.
21. *Pouliot, Dystocie consécutive à une périnéorrhaphie avec suture étendue du releveur de l'anus. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Ann. Nr. 4. p. 274.
22. *— L., La périnéorrhaphie avec suture du releveur de l'anus cause de dystocie. Journ. de méd. de Paris. Ann. 34. Nr. 23. p. 451. Ref. Zentralbl. .f d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5 p. 523. (Infolge hoher Dammnaht sechs Monate nach der ersten Geburt konnte bei der zweiten Geburt der Kopf die Rotation unterhalb der Schossfuge nicht ausführen, sondern bohrte sich in den Damm wie in eine Tasche ein, so dass nach vergeblichem Versuch, den Kopf vom Rektum aus herauszuhebeln, zur Vermeidung eines zentralen

Dammrisses die Inzision gemacht werden musste. Verzicht auf Naht des gequetschten Gewebes, so dass natürlich der Zustand schlechter als nach der ersten Geburt vor der Dammplastik war.)
23. Rudingius, W., Über die Zerreissungen des Scheidengewölbes während der Geburt. Inaug.-Diss. Göttingen 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 124.
24. Ruge, II Carl, Über Gynatresien in der Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 40. p. 264.
25. Sauer, H. Edw., Injury to pelvic outlet following labor, or any other cause. Should immediate repair be made? Illinois Med. Journ. Vol. 25. Nr. 4. p. 217. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 331.
26. Schlank, Ein nach der Geburt entstandenes Haematoma vulvae als Geburtshindernis für den zweiten Zwilling. Krakauer gyn. Ges. 28. Mai 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 8. p. 305. (Titel sagt alles.)
27. Selitzky, S. A., Geburten nach einer Operation wegen Anus vulvaris. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Bd. 29. Nr. 4. p. 595. (Russisch.) (Es erfolgten zweimal glatte Spontangeburten ohne Zerreissung der Operationsnarben.)
28. Shewman, E. B., Laceration of the perineum and pelvic floor. National eclectic Med. Assoc. Quart. Vol. 5. Nr. 3. p. 189. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 633. (Nichts wesentlich Neues. Lawson-Taitsche Methode.)
29. Stocker, Beitrag zur Geburtsleitung bei totalem Descensus vaginae. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1225.
30. *Swift, Alb. G., Central laceration of the perineum. New York State Journ. of Med. Vol. 13. Nr. 11. p. 601. 1913. (Geburt durch einen Riss, der fast ein Zoll hinter der Commissura post. beginnt und bis an den Sphinkter ani ext. reichte. Es handelte sich um ein Trichterbecken mit engem Schambogen.)
31. Tweedy, E. Hastings, Lacerations of the perineum and their treatment. Dublin Journ. of Med. Science. Vol. 137. Nr. 507. p. 161. Ferner Med. Presse. Vol. 97. p. 195. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 136 u. 490.

Im Anschluss an seinen oben berichteten Fall erörtert Meda (17) die geburtshilfliche Bedeutung von Septumbildungen in der Scheide. Sagittale vollständige oder unvollständige Septen haben, da sie meist spontan zerreissen und nicht erkannt werden können, trotz ihrer grösseren Häufigkeit praktisch eine geringere Bedeutung als die transversalen Septen. Ganz abgesehen davon, dass sie eventuell Sterilität bedingen, zu Hämatokolpos führen, geben sie meist auch zu schweren Geburtsstörungen Veranlassung, um so schwerer, je vollständiger sie die Scheide abschliessen und je derber sie sind. Sie sind teils auf Narbenbildung nach Entzündungen zurückzuführen, teils wie in dem angezogenen Falle kongenitale Hemmungsbildungen. Therapeutisch empfiehlt der Verf. bei sorgfältiger Beobachtung des Geburtsvorganges ein Abwarten, bis wirklich sich herausstellt, dass das Septum ein durch die natürlichen Geburtskräfte nicht überwindbares Hindernis darstellt. Dann kommt natürlich eine unblutige Dehnung oder eine Inzision in Frage.

Swift (30) betont die Seltenheit der Zentralruptur des Dammes (unter 80000 Geburten des Lying-in-Hospitals ein Fall) und bespricht im Anschluss an seinen Fall die für die Entstehung des zentralen Dammrisses ursächlich anzuschuldigenden Momente: Verengerung des Beckenausgangs, besonders im queren Durchmesser, angeborene oder erworbene Schwäche des „Sinus retroperitonealis", worunter er die Partie zwischen Zentrum tendineum perinei und präarektalen Levatorfasern versteht.

Beachtenswert ist die Erörterung von Pouliot (21, 22), der vor einem Zuviel in dem Bestreben, die Geburtsverletzungen des Dammes und des Levator ani zu reparieren, warnt. Anderenfalls, durch zu hohe Vereinigung der Levatoren und Verengerung des Spaltes, werden unphysiologische Verhältnisse geschaffen, die bei einer folgenden Geburt zu noch schwereren und kaum reparabeln Zerreissungen führen. (Bekanntlich verlangt ja Latzko vor Ausführung der Levatornaht die Erlaubnis zur Sterilisierung oder zum Kaiserschnitt bei einer folgenden Geburt. — Ref.)

2. Cervix.

1. *Berecz, Karzinom und Gravidität. Sectio caesarea. Wertheimsche Operation. Ungar. Ärzteverein Budapest. 8. Dez. 1913. Bericht Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 804.
2. Bracht, Penetrierende Drucknekrose des kreissenden Uterus. Ges. d. Charitéärzte. Berlin. 12. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. p. 652. (43jährige XIVpara. Nach 13 glatten Geburten ergaben sich bei der 14. Schwierigkeiten. Nach 3½tägiger vergeblicher Geburtsarbeit kam die Frau in die Klinik. Es handelte sich um einen hohen Geradstand. (Positio occipitalis sacralis). Entbindung durch Wendung und Extraktion. Fünf Stunden post partum Schmerzen, Erbrechen, erhöhte Pulsfrequenz. Daraufhin vorgenommene Laparotomie ergab an der Hinterseite des Uterus in Höhe des inneren Muttermundes ein wie ausgestanzt aussehendes Loch, welches durch Drucknekrose entstanden war.)
3. Bumm, Diskussion zu Ruge (Nr. 11). Ebendort. p. 547.
4. *Cathala, V., Accouchements dystociques dus à une hystéropexie isthmique. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 11 Mai. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 5. p. 396.
5. Dublanc, Epithélioma du col et grosssse. Thèse de Bordeaux. 1913. Nr. 74. p. 73. (A. Destout.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 278.
6. Fischer, Fritz, Portiomyom als Geburtshindernis. Inaug.-Diss. Jena. August.
7. Kosmak, Geo W., Report on a case of caesarean section followed by hysterectomy for dystocia due to a fibroid in the lower uterine segment. Transact. of the New York Acad. of Med. Meeting Jan. 27. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 4. p. 710. (Titel sagt alles.)
8. Mars, Über die Blutstillung aus bedeutenderen Rissen der Muttermundsränder sub partu stammender Blutungen. Lwowski Tygodnik Lekarski. 1913. Nr. 9 u. f.
9. Peterson, L., Ein Fall von Ruptura colli uteri post partum. Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. 55. Nr. 12. p. 744. 1913. (Schwedisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 280.
10. Rudaux, P., De l'oblitération de l'orifice externe du col de l'utérus pendant le travail. Clin. (Paris). Ann. 8. Nr. 38. p. 603. 1913. (Offenbar handelte es sich um eine Conglutinatio orificii externi.)
11. Ruge, Carl II, Über Gynatresie bei Gravidität. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 9. Jan. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 544.
12. Schlüter, H., Ein Fall von Conglutinatio orificii externi intra partum. Inaug.-Diss. München 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 615.
13. Sigwart, Diskussion zu C. Ruge (Nr. 11). (Sigwart berichtet über einen Fall von vollständiger Verwachsung des äusseren Muttermundes bei einer Ipara, von dem auch nicht eine Spur mehr zu sehen war.)
14. Strassmann, P., Entbindung bei Carcinoma cervicis und Exstirpation des frisch entbundenen Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 27. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 586. (Inzisionen in den infolge des Karzinoms ganz rigiden Muttermund, Entwicklung des Kindes per vias naturales, dann vaginale Exstirpation des Uterus.)
15. *Sullivan, Rob. Y., Pregnancy and labor complicated by carcinoma of the cervix uteri. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 22. May 30. p. 1715. (34jährige Vpara. Das Karzinom wurde im sechsten Graviditätsmonat, nachdem Patientin bereits seit zwei Monaten Blutungen und Ausfluss gehabt hatte und jetzt wegen Schmerzen zum Arzt kam, entdeckt. Um ein lebendes Kind zu erzielen, wurde abgewartet. In der 36. Woche spontan Eintritt von Wehen; Schwierigkeiten bei der Entfaltung der Cervix, deshalb Sectio mit supravaginaler Amputation des Uterus. Die Cervix war so in starr infiltriertem Gewebe eingebettet, dass ihre Entfernung unmöglich war. Zunächst glatte Wundheilung, dann rapide Kachexie.)
16. Warren, Stanley P., Cesarean section for complete prolapse of the cervix. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 3. p. 432. (Titel sagt alles.)

Das Thema „Karzinom und Gravidität" wird ausführlich von R. Y. Sullivan (15) behandelt. Die Komplikation ist ja im allgemeinen sehr selten (1 : 2000), es ist aber verständlich, dass, wo ein Karzinom besteht, dessen Wachstum unter

den günstigen Ernährungsbedingungen in der Gravidität rasche Fortschritte machen wird. Oft ist das Fortschreiten ganz erstaunlich, das Bindegewebe wird bald infiltriert, Metastasen treten auf — kurz die Prognose ist fast absolut ungünstig für die Mutter. Aber auch für das Kind bedingen häufiger Abort, andere Eingriffe, Absterben vor der Entbindung eine hohe Mortalität (ca. 50%). Bei der Geburt selbst drohen Zerreissungen, Blutungen, Schwierigkeiten in der Entfaltung infolge Rigidität der Cervix. Daher besteht auch das einzig mögliche Verfahren zur Rettung von Mutter und Kind in dem Kaiserschnitt mit unmittelbar angeschlossener Radikaloperation des Karzinoms auf abdominalem Wege — sofern eine Radikaloperation nach Lage des Falles noch möglich ist.

Auch Berecz (1) stellt sich bei weit vorgeschrittenen, inoperablen Fällen auf diesen Standpunkt. Bei operablen soll man dagegen in jedem Zeitpunkt der Gravidität sofort die Radikaloperation ohne jede Rücksicht auf das Kind vornehmen.

Cathala (4) beschäftigt sich mit der Frage der Antefixationsgeburt. Um Geburtsstörungen zu vermeiden, ist der Uterus möglichst tief im Isthmus zu fixieren. Dann kann das Corpus uteri sich frei entwickeln und Geburtsstörungen bleiben in der Regel aus. Gelegentlich freilich treten sie trotzdem ein, wie ein hier mitgeteilter Fall einer Frau lehrt, bei der es in fünf Schwangerschaften trotz tiefer Fixation regelmässig zu Geburtsstörungen (vorzeitiger Blasensprung, regelwidrige Lagen) mit Verlust der Kinder kam, bis in einer weiteren Gravidität die Entbindung mittelst Kaiserschnitt ein lebendes Kind ergab. Die Geburtsstörungen waren nach Cathalas Ansicht teils auf eine breite Fixation des Kollums, teils auf mangelhafte Erweiterungsfähigkeit des unteren Uterinsegmentes zurückzuführen. Man darf daraus den Schluss ziehen, dass auch die tiefe Fixation bei Frauen im gebärfähigen Alter zu verwerfen und durch irgend eine Methode der Verkürzung der Ligamenta rotunda zu ersetzen sei.

3. Uteruskörper und Uterusruptur.

1. Abuladze, D., Zur Lehre über die Schwangerschaft im sogenannten rudimentären Uterushorn und Beschreibung eines solchen Falles von ausgetragener Schwangerschaft, welcher vor der Operation diagnostiziert wurde. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Ref. Gyn. Rundschau. Nr. 8. p. 302.
2. Alderson, G. G., Zwei Fälle von Kontraktionsring während der Geburt. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 4. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 709.
3. Alin, Fall von Gebärmutterriss. Svenske Läkaresällsk. Handlingar 1911 oder 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 235. (Anscheinend eine Spontanruptur während der Geburt; trotz Laparotomie Exitus.)

3a. Alsberg, Über puerperale Uterusinversion. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 858. (Grundursache ist primäre Insuffizienz der Uterusmuskulatur. Unterschied zwischen partieller und totaler. Bei ersterer Therapie: Sekale o. dgl., eventuell Tamponade des Uterus, bei letzterer manuelle Reposition in Narkose mit Uterusscheidentamponade, selten Spaltung der vorderen und hinteren Uteruswand.) (Heimann.)

4. Audebert, Rupture utérine. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 4 Févr. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 2. p. 139.
5. Avarffy, Elek v., Zwei durch Laparotomie geheilte Fälle spontan entstandener Gebärmutterrupturen. Kgl. ungar. Ärzteverein Budapest. 10. Febr. Bericht in Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 811.
6. — und Alex. Brosz, Dasselbe. Ebenda.
7. Bársony, Diskussion zu Brosz (Nr. 17). Ebendort.
8. Bauereisen, Fall von spontaner Uterusruptur in der Schwangerschaft. Nordwestd. Ges. f. Gyn. Hamburg. 16. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 426. (24 jährige I gravida, Ruptur im achten Monat nach Sturz von der Treppe.)

9. Behrend, Alfred, Ein Fall von Prolaps des kreissenden Uterus durch eine Bauchdeckenhernie nebst Aufzählung ähnlicher Fälle. Inaug.-Diss. Jena. Juni.
10. *Bertlich, Heinz, Schwangerschaft und Geburtsstörungen bei Missbildung des Uterus, speziell bei Uterus bicornis. Wiener klin. Rundschau. Nr. 21. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1286.
11. Biancardi, Guido, Inerzia uterina in sopraparto. Conf. prom. d'assoc. lomb. frale levatrici. Milano. 12. Giugno 1913. Arte ost. Anno 27. Nr. 16. p. 241. Nr. 17. p. 257. Nr. 18. p. 273. 1913. (Nichts Neues; klinischer Vortrag.)
12. Bode, Diskussion zu Kehrer (Nr. 51). Ebendort. (Berichtet über zwei eigene Fälle von Uterusruptur.)
13. Bonnet, Erhard, Vier Fälle von Geburtsstörungen nach vaginaler Fixation des Uterus. Inaug.-Diss. Greifswald 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 124. (Nichts Neues.)
14. *Bonney, V., A case of caesarean myomectomy. Proceed. of the royal Soc. of Med. Vol. 7. Nr. 3. Obst. and Gyn. Sect. p. 121. (30jährige Ipara mit multiplen Myomen. Am Ende der Gravidität Kaiserschnitt mit unmittelbar angeschlossener Enukleation von sechs Myomen, deren eines submukös gelegen, zystisch degeneriert, dabei melonengross war und wobei die Uterushöhle wieder eröffnet werden musste. Mässige Blutung; glatte Heilung.)
15. *Breitstein, Louis J., Rupture of the uterus following caesarean section. Journ. of Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 9. p. 689. (Bei der ersten Geburt wegen eines grossen Hämatoms der Scheide Sectio; fieberhafter Verlauf mit Bauchdeckeneiterung. Glatte Geburt am Ende der zweiten Gravidität. Jetzt gegen Ende der dritten Gravidität Spontanruptur in der alten Narbe. Heilung.)
16. Brösc, Diskussion zu Wolff (Nr. 100). Ebendort. (Brösc wendet gegen Wolff ein, dass es sich ja gar nicht um einen streng zervikalen Schnitt gehandelt habe, sondern derselbe noch ins Corpus hinein reichte.)
17. Brosz, Al., Demonstration von Uterusrupturen. Kgl. ungar. Ärzteverein Budapest. 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 811.
18. Brown, W. M., Diskussion zu Kosmak (Nr. 54.) Ebendort. p. 92.
19. Büschel, Martin, Über schmerzlose Geburtswehen. Inaug.-Diss. Heidelberg.
20. Buist, R. C., Uterus gravidus septus. Brit. Med. Journ. April 25.
21. Bumm, E., Diskussion zu Wolff (Nr. 100). Ebendort. p. 749. (Bumm wendet sich gegen Jollys Überschätzung der Rupturgefahr und seine darauf gegründeten viel zu weitgehenden Vorschläge.)
22. Cathala, V., Accouchements dystociques dus à une hystéropexie isthmique. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 5. p. 396. Ferner Gynec. Ann. 18. Nr. 1. p. 361. (Cf. das Referat am Ende des vorigen Abschnittes.)
23. Chambrelent, Diskussion zu Fieux (Nr. 34). Ebendort. p. 288.
24. Chiaje, Delle S., Sur la résistence de la cicatrice utérine dans l'opération césarienne extrapéritonéale. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Ann. 9. Nr. 4. p. 244. (Bei der Patientin, die nach extraperitonealem Kaiserschnitt am Ende der ersten Gravidität eine rechtsseitige Parametritis durchgemacht hatte, fand sich bei der Wiederholung der Operation am Ende der zweiten Schwangerschaft an Stelle der alten Kaiserschnittnarbe eine hühnereigrosse, papierdünne Vorstülpung der Wand.)
25. Chiarabba, U., Rottura spontanea della cicatrice uterina consecutiva alla operazione cesarea classica. Torino, Tip. G. U. Cassone succ. 1913. 13 p. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 589.
26. Chworoff, W., Ein Fall von kompletter spontaner Uterusruptur intra partum. Sibirsky Wratsch. Jahrg. 1. Nr. 13. p. 247. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 136.
27. *Crawford, Walter W., Rupture of the uterus. Southern Med. Journ. Vol. 7. Nr. 5. p. 403.
28. Demelin et Petit, Spasme de l'utérus parturient. Bull. de la sovc. d'ost. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 9. p. 762. 1913. — Dasselbe. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Ann. 9. Nr. 1. p. 17. (Fusslage; nach langdauernder Eröffnungsperiode wurde ein Kontraktionsring entdeckt, den Verf. für die beobachtete Wehenhemmung verantwortlich macht. Trotzdem der Kontraktionsring in Höhe des Nabels stand, war angeblich keinerlei Rupturgefahr vorhanden. Nach Herabholen des Fusses glatter Verlauf der Geburt.)

28a. Edge, F. A., Inversion of the Uterus. Midl. Obst.-gyn. Soc. Meeting on March 3. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. p. 296. (Manuelle Reposition am sechsten Wochenbettstag nach Cervixerweiterung.) (J. Veit.)

29. Eisenstadt, Saul, Über spontane Uterusruptur sub partu. Inaug.-Diss. Berlin. Febr.

30. Endelmann, Ruptur der Kaiserschnittsnarbe bei einer neuen Gravidität. Gyn. Sitzungen der Warschauer ärztl. Ges. Przegl. chir. i gin. Bd. 9. Heft 3. p. 352. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 11. p. 409.

31. Ernst, R. v., Etude clinique et histologique de quatre cas d'utérus unicornes avec corne accessoire rudimentaire (dont un cas avec rupture de la corne accessoire gravide de 4 mois ½). Gyn. Helvet. Ann. 14. Frühlingsausgabe. p. 177. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 697.

32. Everke, Pituitrin und Ruptura uteri. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 11. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39 p. 553. (Bei relativem Missverhältnis zwischen Kopf und Becken wurde durch die mittelst Pituitrin gewaltsam gesteigerte Wehentätigkeit die Ruptur veranlasst.)

33. Ferré, Diskussion zu Audebert (Nr. 4). Ebendort.

34. Fieux, G., Rupture utérine (présentation de pièce). Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. 10 Févr. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 4. p. 286. (19jährige Ipara; tiefer Sitz der Plazenta, offenbar Querlage, Armvorfall, ausserhalb der Klinik anscheinend mehrere vergebliche Wendungsversuche, so dass bei der Einlieferung auch beide Füsse sich in der Scheide befanden. Vollendung der Wendung, Extraktion — wonach die ausgedehnte transversale Ruptur des Uterusausführungsganges entdeckt wurde. Die Plazenta lag in der Bauchhöhle. Subtotale Hysterektomie; sieben Stunden später Exitus.)

35. Flamma, Silvio, Rottura spontanea incompleta del segmento inferiore dell' utero in travaglio di parto. Gazz. ital. d. levatr. Anno 3. Nr. 4. p. 57. (Spontanruptur bei engem Becken während der Geburtsbeobachtung, als eben zum Kaiserschnitt vorbereitet wurde. Supravaginale Amputation, Heilung.)

36. Frank, G. V., Beitrag zur Lehre von der Uterusruptur an Hand von 11 eigenen Fällen. Inaug.-Diss. Giessen. (Die Fälle entstammen sämtlich der Anstalt in Cöln-Lindenthal.)

37. Franz, Rupert, Ein Beitrag zur Therapie der Uterusruptur. Mitteilungen des Vereins d. Ärzte Steiermarks. Jahr. 51. Nr. 3. p. 81. (Momburgscher Schlauch zur Blutsparung während der Vorbereitungen zur Operation. Franz zieht den Momburgschen Schlauch dem Aortenkompressorium von Gauss vor, weil ersterer auch die Spermaticae abschnürt.)

38. Frühinsholz, A., und G. Gross, Opération césarienne dans un cas d'utérus double. Hémi-hystérectomie. Soc. obst. et gyn. de Nancy. 22 Janv. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 1. p. 60. (Der Titel sagt das Wesentliche. Es handelte sich um einen Uterus bicornis uno latere rudimentarius. Auch die folgenden allgemeinen Erörterungen bringen nichts Neues.)

39. — et Job, Opération césarienne mutilatrice dans un cas d'utérus unicorne. Soc. obst. et gyn. de Nancy. 22 Janv. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 1. p. 75. Ferner Annal. de gyn. et d'obst. Tome 11. Nr. 4. p. 237.

40. Gilles, Diskussion zu Audebert (Nr. 4). Ebendort.

41. Giusti, Giulio, Rottura non penetrante dell' utero in sopraparto per idrocefalia fetale. Gazz. ital. d. levatr. Anno 3. Nr. 7. p. 98. (Titel sagt das Wesentliche.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 186.

42. Goldsborough F. C., Diskussion zu Kosmak (Nr. 54). Ebendort. p. 93.

43. Grosse, A., Fistule utéro-pariétale, consécutive à une opération césarienne, Deuxième opération césarienne. Hystérectomie. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 3 Année. Nr. 4. p. 276. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 492.

44. *Harris, S. H., A consideration of the effects on labour of ventrofixation of the uterus. With report of two cases of dystocia. Austral. Med. Gaz. Vol. 35. Nr. 4. p. 61. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 587.

45. Hecke, Erich, Geburtsstörungen nach Ventrifixur und Vaginifixur. Inaug.-Diss. Breslau 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 124.

46. Heijden, P. E. G. van der, Schwangerschaft im rudimentären Uterushorn. Tijdschr. voor Geneesk. 9. Mai.

47. Henkel, M., Über die Zerreissung der Gebärmutter unter der Geburt. Med. Klinik. Nr. 11. p. 443. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1315. (Cf. auch vorigjährigen Jahresbericht.)
48. Jardine, Rob., The retraction ring as an obstruction in labour. Glasgow Med. Journ. Vol. 81. Nr. 3. p. 161. Med. press. circ. Vol. 97. p. 32. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 630. Bd. 5. p. 184.
49. Jolly, Diskussion zu Wolff (Nr. 100). Ebendort. p. 747. (Jolly schätzt die Rupturgefahr nach abdominalen Kaiserschnitten so hoch ein, dass er prinzipiell nach dem Kaiserschnitt die Sterilisierung vorschlägt.)
50. Josephson, Fall von Gebärmutterzerreissung in alter Kaiserschnittsnarbe. Svenska Läkaressälsk. Handl. 1911 oder 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237. (Titel sagt das Wesentliche.)
50a. — C. D., Ein Fall von spontaner Uterusperforation bei Missgeburt. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
51. Kehrer, E., Über Uterusruptur und Uterusperforation. Gyn. Ges. Dresden. 19. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1135.
52. Kirste, Präparat einer Spontanruptur des Fundus uteri im fünften Monat der Gravidität. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. 25. Juni.
53. Knoop, Demonstration einer Uterusruptur. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 11. Jan. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 555. (Spontanruptur bei einer IIIpara mit leichter Beckenverengerung, Ursache wahrscheinlich eine Auskratzung im zweiten Wochenbett. [Cf. auch Thaler und Schauta im vorigjährigen Jahresbericht.])
54. *Kosmak, The effect on subsequent labors of operations for uterine displacements. Transact. of the Sect. on Gyn. and Obst. of the Med. Soc. of the State of New York. Meeting April 28. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 1. p. 98.
55. — Cesarean section followed by hysterectomy for dystocia due to a fibroid in the lower segment. Transact. of the Alumni of the Sloane Hosp. for women. Meeting Jan. 23. 1913. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 4. p. 698.
55a. Kosnak, Case of complete inversion of the uterus. Transactions of the New York Obst. Soc. Dec. 1913. Ref. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 490. (Heimann.)
56. Kubinyi, Diskussion zu Brosz (Nr. 17). Ebendort.
57. *Küster, H., Über Geburt nach operativer Antefixation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. p. 168. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 452.
58. Kuliga, Diskussion zu Everke (Nr. 32.) Ebendort. p. 555.
59. Kupferberg, H., Drei Fälle von Gebärmutterzerreissung. Ärztl. Kreisverein Mainz. 10. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 906.
60. Lange, Doppelbildungen der Gebärmutter und Scheide, sowie Entbindungen bei solchen. Med. Ges. zu Magdeburg. 26. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 962.
61. Lazerges, Contribution à l'étude de hystéropexie ligamentaire dans ses rapports avec la puerpéralité et le post partum. Soc. d'obst. de Lille. Juin 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 825.
62. Lloyd, H. C., Rupture of the uterus occuring during labour. Austral. Med. Journ. Vol. 2. Nr. 118. p. 1259. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 714. (11 Fälle, 7 komplette Rupturen mit drei Todesfällen.)
63. Lobenstine, Ralph Waldo, Diskussion zu Kosmak (Nr. 54). Ebendort. p. 91.
64. Long, J. W., Rupture of the uterus during labor, report of a spontaneous case. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 1. p. 20.
65. Lorch, H., Zur Differentialdiagnose zwischen traumatischer Ruptur und Perforation der schwangeren Gebärmutter. Inaug.-Diss. Strassburg i. E. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1316.
66. Lovrich, Diskussion zu Brosz (Nr. 17). Ebendort.
67. Madill, Two cases of rupture of the uterus. Trandsactions. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Vol. 31. p. 396. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 588. (Im einen Fall Ruptur bei Hydrocephalus, Totalexstirpation, Exitus; im zweiten Fall — Angaben über die Ätiologie fehlen — supravaginale Amputation, Heilung.)

68. Malkowsky, Geburt bei Uterus septus und Vagina septa. Festschr. f. Prof. Pobedinsky, Moskau. p. 239. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 598.
69. Mandach, G. v., Ein Fall spontaner, durch hyaline Muskeldegeneration bedingter Uterusruptur. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1386. (Titel enthält das Wesentlichste.)
70. Marshall, Fall von Uterus bicornis. Sechs Monate alte Schwangerschaft im rechten Horn, Pyometra im linken Horn. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 4. (Glatte Geburt, bei der die dünne Scheidenwand zwischen schwangerem und nichtschwangerem Horn einriss, wonach die Pyometra von selbst ausheilte.)
70a. Munke, S., Ein Fall von Uterusruptur mittelst Röntgenphotographierung diagnostiziert. Allm. Svenska Läkartidn. Nr. 45. (Silas Lindqvist.)
71. Pape, Diskussion zu Everke (Nr. 32). Ebendort. p. 554.
72. Péry, Diskussion zu Fieux (Nr. 34.) Ebendort.
73. Petit, H. Ch., De la conduite à tenir dans la dystocie par contraction annulaire de l'utérus. Méd. prat. Ann. 10. Nr. 27. p. 421. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 698.
74. Philips, Ph. B., Doppelte Geburt bei Uterus duplex. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. Eerste Heft. Nr. 9. p. 631. (Die Geburten folgten einander im Abstande von zwei Tagen, verliefen ganz glatt.)
75. Piskacek, L., Über Divertikel des Uterus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 17. Juni 1913. Bericht Zentralbl. f. Gyn. 1911. Nr. 9. p. 341.
76. Prüsman, Diskussion zu Kehrer (Nr. 51). Ebendort. (Berichtet über einen eigenen Fall von Spontanruptur.)
77. Quain, E. P., Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis und Mitteilung eines Falles mit ausgetragener Frucht. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 4. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 251.
78. Recasens, S., Die totale Gebärmutterabtragung als Ersatz für den Kaiserschnitt in Fällen von Infektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
79. Richter, Diskussion zu Kehrer (Nr. 51). Ebendort.
80. Rüder, Drei Fälle von Uterusruptur. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 16. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 428. (Zwei Spontanrupturen, eine traumatische anlässlich einer Wendung. Ausserdem Bericht über 24 einschlägige Fälle, die sich unter 20 000 Geburten ereignet haben.)
81. Rühle, Diskussion zu Everke (Nr. 32). Ebendort. p. 554.
82. Sauvage, C., Transfusion du sang dans le traitement de la rupture de l'utérus pendant le travail. Ann. de gyn. et d'obst. Mars. p. 140.
83. Schwarz, Friedrich, Über Spontanruptur des Uterus in der Gravidität. Inaug.-Diss. Bonn.
84. Scipiades, Diskussion zu Brosz (Nr. 17). Ebendort.
85. Sheill, J. Spencer, Clinical notes of two instructive cases of uterine rupture. Trans-act. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Vol. 31. p. 272. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 462. (Zwei Spontanrupturen vollständig unklarer Ätiologie.)
86. Sigwart, Diskussion zu Wolff (Nr. 100). Ebendort. p. 746. (Bericht über fünf Fälle von wiederholtem cervikalen Kaiserschnitt ohne jede Rupturzeichen. Einwandfreie Nahttechnik und aseptische Heilung ist natürlich Voraussetzung.)
87. Singer, H., Diskussion zu Brosz (Nr. 17). Ebendort.
88. Smith, Uterus didelphys, dessen beide Hörner zu verschiedenen Zeiten gravid gewesen waren. Journ. of Obst. of the Brit. Emp. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1259.
89. Stahl, Hans, Über Uterusruptur. Inaug.-Diss. Heidelberg.
90. Staude, Diskussion zu Rüder (Nr. 80). Ebendort.
91. Stevens, T. G., Caesarean section; labour obstructed by one half of a uterus didelpyhs. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Vol. 7. Nr. 5. Obst. and Gyn. Sect. p. 186. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 220. (1. Geburt spontan. Jetzt trotz völliger Erweiterung des Muttermundes kein Eintritt des Kopfes ins Becken. Als Hindernis stellt sich ein retrouterin im Becken gelegener Tumor heraus, der als Dermoid angesprochen wird. Deshalb Laparotomie, bei der sich zeigt, dass der Tumor die eine Hälfte eines Uterus didelphys darstellt. Kaiserschnitt, glatte Heilung.)

92. Strassmann, Paul, Diskussion zu Wolff (Nr. 100). Ebendort. p. 747. (Strassmann knotet beim Kaiserschnitt die Fäden nach innen, um so eine eventuelle Abstossung der Fäden nach innen zu erreichen, was er für wesentlich hält. Im übrigen wendet sich Strassmann ebenfalls gegen Jolly.)
93. Streit, v., Tetanus uteri mit tödlichem Ausgang. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 20. April 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 628.
94. Strohbach, Diskussion zu Kehrer (Nr. 51). Ebendort.
94a. Telfair, J. H., Komplette Inversion des Uterus post partum. New York. Med. Journ. Vol. 99. Nr. 18. p. 882. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1339. (I para. 10 Stunden post partum, vom Abdomen aus Reduktion des Uterus, stirbt am siebenten Tag an Sepsis. Die Reinversion soll nur gemacht werden, wenn die Blutung dazu zwingt; eine erfolgreiche Repositio kann durch Verstärkung des Schocks den Tod zur Folge haben. Sitzt die Plazenta fest, so soll die Lösung nicht erzwungen werden.) (Heimann.)
95. Thaler, Lithokelyphos nach Ruptur eines graviden rudimentären rechten Nebenhorns eines Uterus bicornis. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 20. Jan. Gyn. Rundschau. p. 621.
96. Thoenes, Kasuistischer Beitrag zur traumatischen Ruptur des schwangeren Uterus. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. p. 589. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 698.
97. Vénot, Diskussion zu Fieux (Nr. 34). Ebendort. p. 288.
98. Vinson, Des risques de rupture utérine au cours de l'extériorisation dans la césarienne. Thèse de Toulouse. 1913. Nr. 24.
99. Wallace, Raymond, A case of extensive rupture of the uterus in the fifth month of gestation; supravaginal hysterectomy; recovery. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 3. p. 443. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1317. (19jährige Primipara. Im fünften Monat ausgedehnte suprazervikale Querruptur mit Milzprolaps. Ursache blieb auch nach mikroskopischer Untersuchung der Uteruswand unklar. Ein krimineller Eingriff war auszuschliessen.)
100. Wolff, Uterusruptur in der alten Kaiserschnittsnarbe nach cervikalem Kaiserschnitt. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 11. Juli 1913. Bericht Zeitschr. f. Geb. und Gyn. zu Berlin. Bd. 75. Heft 3. p. 740. (Cf. auch den vorigjährigen Jahresbericht.)
101. Zaborowski, Kaiserschnitt wegen Geburtserschwerung durch vorausgegangene Operation nach Alexander-Adams. Przegl. chir. i gin. Bd. 9. Heft 3. p. 336. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 455.
102. *Zalewski, Ed., Doppelmissbildungen der weiblichen Genitalsphäre und ihre Folgen für die Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 189.
103. Zweifel, P., Über die Lehre von der Uterusruptur. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. 17. Nov. 1913. (Nähere Angaben fehlen.)

Neben der reichlichen Kasuistik über Uterusruptur erschienen im Berichtsjahre auch einige das ganze Thema oder spezielle Fragen zu demselben bearbeitende Aufsätze, von denen jedoch hier nur die schwerer zugänglichen berücksichtigt werden sollen. Eine systematische Arbeit ist die von Crawford (27). Nach der üblichen statistischen Einleitung und Erörterung der verschiedenen Formen wird ausführlich die Ätiologie der Uterusruptur besprochen. Die Ursache kann im Uterus selbst gelegen sein (alte Narben nach Kaiserschnitt, im Anschluss an Cervixrisse, trockene Geburt, Tumoren, Fixationsoperationen, Missbildungen, Degeneration und Hypoplasie der Uterusmuskulatur, Cervixstenose); dabei handelt es sich überwiegend um Momente, welche die Widerstandsfähigkeit der Uteruswand herabsetzen, zum Teil auch um abnorme Beanspruchung der Uteruswand infolge abnormer Widerstände im Uterusausführungsgang. Die Veranlassung zur Ruptur kann aber auch vom Kind ausgehen (Hydrocephalus, abnorme Lagen, Monstrositäten), oder endlich in abnormen Widerständen seitens des knöchernen Geburtskanals (enges Becken, Tumoren des Beckens) ihre Erklärung finden.

Auch die Frage nach der Rupturgefahr in der alten Kaiserschnittnarbe ist neuerdings mehrfach behandelt worden. Breitstein (15) betont im Anschluss an seinen Fall, dass jede caesarierte Patientin, deren Wochenbett nicht ganz afebril und glatt in bezug auf die Wundheilung verlief, als eine Kandidatin

für Uterusruptur anzusehen sei. Diese Gefahr besteht auch dann, wie gerade sein Fall lehrt, wenn dazwischen schon eine Gravidität ganz glatt verlaufen war. Überall, wo die Wundheilung nicht eine ganz glatte war, muss mit einer verminderten Widerstandsfähigkeit der Kaiserschnittsnarbe gerechnet werden. Besonders prädisponierend wirkt in solchen Fällen die Einbeziehung der Narbe in die Plazentarhaftstelle. Verf. will deshalb auch den Kaiserschnitt nur auf Grund strenger Indikationen ausgeführt wissen und schlägt vor, in allen Fällen, in denen nicht mit Sicherheit ein aseptischer Verlauf zu erwarten sei, zu sterilisieren. Jedenfalls sollte jede Frau, bei der der Kaiserschnitt gemacht wurde, in den letzten Monaten der Schwangerschaft in einer geburtshilflichen Klinik sich aufhalten.

Bonney (14), dessen erfreulicher Erfolg in dem mitgeteilten Falle ja zweifellos interessant ist, plädiert im Anschluss daran, überhaupt in ähnlichen Fällen die Totalexstirpation nach dem Kaiserschnitt zu verwerfen und statt dessen vorhandene Myome zu enukleieren, was gerade in unmittelbarem Anschluss an die Sectio caesarea besonders leicht und ohne stärkeren Blutverlust durchzuführen sei. Bei guter Nahttechnik glaubt Verf. auch nicht, dass dadurch etwa die Rupturgefahr für spätere Schwangerschaften und Geburten erhöht würde.

Zur Frage der Antefixationsgeburt hat H. Küster eine schöne Arbeit geliefert. Von ausländischen Autoren, welche dieselbe Frage behandeln, erwähne ich Kosmak und Harris. Kosmak (54) unterscheidet drei Arten von Geburtsstörungen je nach der besonderen Art der vorangegangenen lagekorrigierenden Operation. 1. Bei lockerer Aufhängung der Gebärmutter bestehen die Geburtsstörungen gewöhnlich nur in Wehenschwäche und dadurch verzögertem Eintritt des Kopfes ins Becken. 2. Wird der Uterus direkt oder infolge von Adhäsionen an der Bauchwand fixiert, dann kommt es zur Elevation der Cervix und Gefahr der Ruptur, die natürlich je nach dem Sitz der fixierten Stelle verschieden gross ist. 3. Absolut gefährlich ist aber vor allem jede Form der Interposition des Uterus zwischen Scheide und Blase. — Harris (44) beschäftigt sich lediglich mit den Folgen der Ventrofixation für die Geburt. Solche sind der Hochstand der Cervix, eine Verbreiterung des unteren Uteruspoles, abnorm starke Beugung der Frucht, verzögerte Einstellung des vorliegenden Kindesteiles und Neigung zu Schulterlage. In der Mehrzahl der Fälle ist aber eine spontane Geburt möglich; hauptsächlich dann aber, wenn der Rücken nach hinten steht, sind die Bedingungen für eine Spontangeburt ungünstig.

Missbildungen des Uterus, speziell Uterus bicornis, sind nach Bertlichs (10) Nachforschungen an 60 Fällen der Literatur und fünf eigenen Fällen doch eine häufige Quelle zu Geburtsstörungen aller Art. In einem grossen Teil der Fälle kommt es zum Spontanabort bzw. zur Frühgeburt; die herabgesetzte Kraft der schlechter entwickelten Wand bedingt in der Regel eine Verlängerung der Geburtsdauer, bei höhergradigen Formen ist auch eine gewisse Disposition zur Uterusruptur zu erkennen. Anormale Fruchtlagen sind häufig, ebenso Störungen in der Nachgeburtsperiode. — Zu ganz ähnlichen Ergebnissen kommt Zalewski (102) auf Grund von 14 eigenen Fällen; er berücksichtigt dabei auch noch Fälle mit gleichzeitiger Verdoppelung der Scheide und die durch Unnachgiebigkeit des Scheidenseptums bedingte Geburtshemmung bzw. die durch Zerreissung desselben eintretenden Komplikationen.

4. Enges Becken und Osteomalacie.

1. *Aguillon, L., Contribution à l'étude clinique des bassins coxalgiques au point de vue obstétrical. Thèse de Algier. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 276. (Bericht über fünf eigene Fälle, darunter drei Spontangeburten; bei einer Pubiotomie mit gutem Erfolg, bei einer Ausgang unbekannt, da sie vor der Geburt die Klinik verliess.)

2. Baraschkoff, Israel, Geburt bei Kyphoskoliose. Inaug.-Diss. München. Juli.
3. Bardeleben, v., Diskussion zu Schäfer (Nr. 56). Ebendort. p. 587. (Bericht über einen Fall von Symphysenruptur.)
4. Bonnamann, S., und Albert Badolle, Die senile Osteomalacie. Gaz. des Hôp. 20 Déc. 1913. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1243.
5. Bossi, L. M., Ancora a proposito della patogenesi e della cura dell' osteomalazia. Gin. moderna. Ann. 7. Nr. 5. p. 121. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 556.
6. Breitung, Georg, Ein doppeltes Ganglioneuroma sympathicum an der Vorderfläche des Os coccygis als Geburtshindernis. Inaug.-Diss. Berlin. März.
7. Budnik, Paul, Ein Fall von Robertschem Becken. Inaug.-Diss. Halle a. S.
8. Castro, Antonio, Sopra un caso di disgiunzione della sinfisi pubica. Nicosia 1913. p. 16.
9. Cavarzini, D., Die Methode Bossi bei der Osteomalacie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
10. Delbet, P., Diskussion zu Demelin (Nr. 12). Ebenda. (Delbet betont, dass die Unterscheidung zwischen Appendizitis und Perforation eines Magenulcus ausserordentlich schwierig sei.)
11. *Delmas, Paul, Opération césarienne vaginale avant le terme après insuccès des moyens provocateurs de l'accouchement dans un cas de bassin rachitique aplati. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Ann. 9. Nr. 2. p. 118. (27jährige IIgravida mens. VIII. Erste Geburt sehr schwer, mit totem Kind. C. v. 8,5 cm. Deshalb Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Uterus reagiert aber auf Bougieeinführung fast gar nicht, ebensowenig auf Pituitrin. Nach drei Tagen, die unter solchen Versuchen, die Geburt in Gang zu bringen, verstrichen sind, vorzeitiger Blasensprung, Temperaturanstieg auf 38°, so dass die Indikation zur Entbindung gegeben ist. Da wegen des Fiebers der abdominelle Weg verschlossen ist und das Kollum noch sehr rigide ist, vaginale Hysterotomie, Wendung, Extraktion des 2860 g schweren Kindes, glatte Heilung.)
12. Demelin, Opération césarienne pour bassin rachitique. Perforation de l'estomac. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 9 Févr. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 2. p. 86. (Rachitisch-plattes Becken, Conj. diag. 10, l. Ankylose der Articulatio sacroiliaca, doppeltes Promontorium, leichte Skoliose. Über den Verlauf der ersten Schwangerschaft nur unsichere Angaben, zweite Gravidität durch Kaiserschnitt beendet, jetzt wieder Kaiserschnitt. Im Anschluss an eine leichte Indigestion am dritten Tag post operationem Perforation eines bis dahin unbekannt gebliebenen Ulcus ventriculi, Exitus am fünften Tag.)
13. Desfosses, P., Bassin retréci par absence du sacrum. La Presse méd. Nr. 25. 28. März. p. 242. (Unter Reproduktion ähnlicher Fälle von Ralph und Fitch, Rendu und Verrier, sowie Solowij, die eine mangelhafte Entwicklung des Kreuzbeins zeigen, berichtet Desfosses über einen Fall von vollständigem Fehlen des Kreuzbeins und der letzten Abschnitte der Lendenwirbelsäule vom zweiten Lendenwirbel abwärts bei einem sieben Monate alten Mädchen. Gute Röntgenaufnahmen. Der Fall steht bisher als Kuriosum da. Ein von der Mutter des Kindes im vierten Schwangerschaftsmonat erlittenes Trauma wird dafür verantwortlich gemacht. Das Becken zeigt atrophische Hüftbeine, die rückwärts miteinander verschmolzen sind. Ebenso sind die Scham- und Sitzbeinäste atrophisch.)
14. Dufour, Legars et Ravina, Ostéomalacie à évolution chronique chez une femme vierge âgée de 67 ans. Soc. méd. des hôpit. de Paris. 15 Mai. Presse méd. Nr. 40. 20 Mai. p. 384. (Die Erkrankung hatte anscheinend schon im ersten Lebensjahr begonnen. Die Patientin wies 21 schlecht verheilte Frakturen auf, hatte heftige Schmerzen, Kyphose. Menstruation normal von 12–46 Jahren.)
15. Engelmann, Zwei Fälle von Promontoriumresektion nach Rotter-Schmid. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 11. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 549. (Engelmann hebt neuerlich hervor, dass das Verfahren technisch einwandfrei und leicht sei, sowie dass es tatsächlich eine Dauerheilung des engen Beckens zu gewährleisten scheint.)
16. Fabre et Rhenter, Un accouchement inespéré dans un bassin rétréci. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 1 Mai. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 5. p. 460. (21jähriges Ipara, gebärend eingeliefert. I. Hinterhauptlage, C. d. 10,3 bei plattem und allgemein verengtem Becken. Spontaner Eintritt des Schädels ins Becken, schliesslich bei tiefem Schrägstand wegen Erschöpfung der Frau und Fieber Zangenentbindung. Kind 3850 g. Diameter biparietalis 8,5.)

17. Frets, G. P., Das menschliche Sakrum. Gegenbauers morphol. Jahrb. Bd. 48. Heft 3. p. 365.
18. *Fries, Jos., Über das Becken bei spinaler Kinderlähmung. Inaug.-Diss. Würzburg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 584.
19. Frühinsholz, A., Histoire obstétricale d'une femme porteuse d'un bassin de Naegelé. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 9. p. 840. 1913. Ferner Rev. prat. d'obst. et de péd. Ann. 27. Nr. 297. p. 33. (Es handelt sich um ein typisches, infolge Ankylose der rechten Articulatio sacroiliaca schrägverengtes Becken. Die erste Geburt verlief bei kleinem Kinde (2200 g) und engständiger Einstellung des Kopfes spontan, bei der zweiten Geburt wurde das Kind (2900 g) lebend per forcipem entwickelt, bei der dritten nach erfolglosem Forzeps mittelst Kranioklasten; bei der zweiten wie bei der dritten Geburt war die Kopfeinstellung „weitständig".)
20. Fuchs, H., Kaiserschnitt wegen totaler Ankylose beider Hüftgelenke. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4. p. 477. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 739. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1497. (30jährige IIIpara, durch transperitonealen Kaiserschnitt entbunden. Die Ankylose war im Anschluss an einen septischen Abort infolge doppelter metastatischer Hüftgelenkseiterung zustande gekommen.)
21. Fuster, Bassin rachitique ou ostéo-malacique. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 5. p. 411. (Beckenmasse: Dist. spin. 17, D. crist. 25, C. d. 10, C. v. 8, entenschnabelartig vorspringende Symphyse, sonst aber keinerlei Zeichen von Osteomalacie am Knochensystem. Das Becken stammt von einer 21jährigen IIpara, die nach fünftägiger Geburtsdauer bereits mit Peritonitis eingeliefert wurde und trotz Operation zugrunde ging.)
22. Garrett, N. M., Management of labor in cases with relatively contracted pelves. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 18. Nr. 3. p. 388. (Nichts Neues.)
23. Goinard, Diskussion zu Rouvier und Fuster (Nr. 54). Ebendort.
24. Golischeff, G., Die Therapie beim engen Becken. Inaug.-Diss. München. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 125.
25. Gusseff, Über Geburten bei weitem Becken. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow. 23.—30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 587.
26. Heil, K., Geburtshilfliche und gynäkologische Mitteilungen aus der Praxis. Repertorien-Verlag, Leipzig. (Behandelt unter anderem auch die Therapie beim engen Becken.)
27. Herrgott, A., Bassin cyphotique et opération césarienne. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 4. p. 358. Ferner Annal. de gyn. et d'obst. Tome 11. Nr. 4. p. 213. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 488. (Der Titel sagt alles.)
28. Jacob, Malformation, peut-être congénitale, du bassin, s'étant manifestée, pour la première fois, au moment, de la puberté, sous les apparences d'une coxalgie. Bull. et mém. de la soc. de chir. Tome 39. Nr. 40. p. 1769. 1913.
29. *Jacobsohn, W., Die abwartende Behandlung des engen Beckens und die Indikationen zu chirurgischen Eingriffen. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow, 28. bis 30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 584.
30. *Jansen, Mark, Hét wesen en het worden der Achondroplasie. Nederl. Maandschr. v. Verloosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 17/18. p. 618.
31. *Jolly, R., Die Geburt bei schiefem Becken. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14.
32. — Diskussion zu Schäfer (Nr. 56). Ebendort. p. 588. (Jolly glaubt, dass die meisten sog. Symphysenrupturen in Wirklichkeit nicht eigentliche Sprengungen des Symphysenknorpels, sondern nur Überdehnungen des Lig. arcuatum und pubicum sup. sind.)
33. Kindborg, Beobachtungen über das natürliche Vorkommen der Rachitis bei Hunden. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn, 9. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1291.
34. Kiparsky, Die chirurgischen Operationen beim engen Becken (Hebosteotomie und Kaiserschnitt) vom Standpunkt der modernen chirurgischen Richtung in der Geburtshilfe. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow, 27.—30. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 585.
35. Kirstein, Entbindung einer Frau mit kyphotischem Trichterbecken. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 15. Febr. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 723. (Primipara mit rachitischem Zwergwuchs — 1,26 m gross — Zurückweichen des Pro-

montoriums bei doppelt S-förmiger Krümmung der Wirbelsäule. Beckeneingang längs oval, Ausgang im geraden Durchmesser stark verengt. Entbindung mittelst Forzeps unter Zurückdrängen des Steissbeins. Kind von 7 Pfund, lebt.)

36. *Koch, Jos., Experimentelle Rachitis bei Hunden. Berl. med. Ges. 14. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 3. p. 161.
37. Kolossoff, Das rachitische Becken. Festschr. f. Prof. Pobedinsky, Moskau. p. 9. (Russisch.)
38. Krukenberg, Indikationen für geburtshilfliche operative Eingriffe bei engem Becken. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. 7. Febr. Ref. Med. Klin. Nr. 12. p. 521.
39. Lafont, Diskussion zu Rouvier und Fuster (Nr. 54). Ebendort.
40. *Law, Über ventrale Tumoren des Sakrums. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 187.
41. Lehmann, Diskussion zu Schäfer (Nr. 56). Ebendort. p. 590. (Lehmann hält die Symphysenruptur für häufiger als nach der Literatur anzunehmen ist. Viele Fälle werden sicher übersehen, da sie keine oder zu wenig beachtete Symptome machen. Lehmann selbst hat vier Fälle erlebt.)
42. *Lipsky, Vergleichende Bewertung der prophylaktischen Wendung mit der hohen Zange und der spontanen Geburt bei Beckenenge nach dem Material der Universitäts-Frauenklinik zu Moskau (1. Januar 1899 bis 1. Januar 1912). Festschr. f. Prof. Pobedinsky, Moskau. p. 83. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 491.
43. Lönnberg, J., Zwei Fälle von Kaiserschnitt bei selteneren Formen der Beckenverengerung. Hygiea. 1913. p. 1185. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 616. (1. Kyphotisches Becken, 2. chondrodystrophisches Zwergbecken 20 : 22. C. d. 7,5 cm.)
44. *Markowsky, Die prophylaktischen Operationen in der Therapie des engen Beckens. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow. 28.—30. Dez. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 584.
45. *Mayer, A., Über den Geburtsmechanismus bei durch traumatischen Pfannenbruch und zentrale Luxation des Oberschenkelkopfes verengtem Becken. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.
46. *Meyer, Leopold, Die Behandlung der Geburt bei verengtem Becken. Ugeskr. for Laeger. Jahrg. 76. Nr. 1. p. 1. (Dänisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 134.

46a. — Behandlingen af Fódsel ved snoevert Boekken. (Behandlung der Geburt beim engen Becken.) Vortr. in der Med. Ges. Kopenhagen. 25. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 5—14. (O. Horn.)

47. Nathan, D., Cesarean section necessitated by pelvic chondrosarcoma. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 70. Nr. 2. p. 180.
48. Nathanson, J., Ein Fall von halbseitigem chondrodystrophischem Zwergwuchs. Inaug.-Diss. Marburg 1913.
49. Nebesky, O., Die Geburtsleitung bei engem Becken an der Innsbrucker geburtshilflichen Klinik in den letzten 15 Jahren (1899—1913) mit besonderer Berücksichtigung der daselbst ausgeführten Kaiserschnitte. Arch. f. Gyn. Bd. 103. p. 395.
50. Neu, Diskussion zu Kirstein (Nr. 35). Ebendort.
51. *Pobedinsky, Übersicht über die Behandlungsmethoden bei engem Becken. 5. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. 28. bis 30. Dez. 1913. Charkow. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 585.
52. *Pouliot, L., Quelques considérations pratiques sur les indications de l'opération césarienne dans les bassins rétrécis. Journ. de méd. de Paris. Ann. 34. Nr. 6. p. 107. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 590.
53. Rosner, Fractura colli femoris bei einer an Osteomalacie leidenden Erstgebärenden. Gyn. Ges. Krakau. 28. Jan. 1913. Bericht Gyn. Rundschau. Heft 8. p. 306.
54. Rouvier und Fuster, Bassin rachitique ou ostéomalacique. Réun. obst. et gyn. d'Alger. 25 Avril. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 5. p. 411. (21jährige Frau, die nach fünftägiger Geburtsdauer mit totem Kind und Peritonitis infolge aufsteigender Infektion eingeliefert wird. Exitus. Demonstration des Beckens mit folgenden Massen [die eingeklammerten Zahlen geben die Masse des skelettierten Beckens]: Conj. ext. 18,3 (15,5), Dist. spin. 20 (17), Dist. crist. 24 (25), Dist. tub. isch. — (5). Dass es sich um ein richtiges osteomalacisches Becken handelt, geht daraus hervor, dass die Frau vorher zweimal normal geboren hatte. Allerdings waren sonst nirgends am Skelett Zeichen von Osteomalacie nachweisbar.)

55. Salin, Fall von Spondylolisthesis. Hygiea. 1913. p. 1043. (Kürzester gerader Durchmesser 10 cm; vier Spontangeburten.)
56. Schäfer, Ruptur der Symphyse unter der Geburt. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 27. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 582. (Wahrscheinlich bei Entwicklung der Schultern eines fast 5000 g schweren Kindes trat eine Ruptur der Symphyse ein. Vereiterung, schliesslich aber Heilung.)
57. Schauta, F., Ein Fall von Osteomalacie und Schwangerschaft. Wiener med. Wochenschrift. Nr. 3. (38jährige Vpara. Erst in den letzten Monaten der vierten Schwangerschaft Auftreten von Knochenschmerzen im Beckengürtel; rasche Verschlimmerung, Adduktorenkrampf. Behandlung mit Adrenalin und Röntgenstrahlen [alte Technik, im ganzen 120 X]. Nach der Geburt rasche Heilung, trotzdem die Frau weiter menstruierte. Trotzdem sind in der fünften Schwangerschaft deutlich die Zeichen der Osteomalacie am Becken nachweisbar, allerdings ohne weitere subjektive Symptome. Es wurde nunmehr, um dem Wiederausbruch der Osteomalacie zuvorzukommen, die Schwangerschaftsunterbrechung durch supravaginale Amputation und Kastration vorgenommen.)
58. Schmid, Alfred, Die Therapie der Osteomalacie mit besonderer Berücksichtigung der Organtherapie. Inaug.-Diss. Erlangen 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 114.
59. Schnell, Diskussion zu Engelmann (Nr. 15). Ebendort. p. 549.
60. Schütte, Diskussion zu Engelmann (Nr. 15). Ebendort. p. 549. (Schütte hat grosse Bedenken gegen die Rotter-Schmidsche Promontoriumresektion. Aus der Knochenwunde können manchmal stärkere, schwer zu stillende Blutungen, auch gefährliche Nachblutungen auftreten, ausserdem kann durch Kallusbildung der Erfolg der Operation vernichtet werden — kurz, ein wiederholter Kaiserschnitt scheint ungefährlicher.)
61. Schwarz, Henry, The management of pregnancy and labor in the presence of pelvic contraction. Lancet. clin. Vol. 109. Nr. 8. p. 200. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 376.
62. Sieber, Diskussion zu Fuchs (Nr. 20). Nordostdeutsche Ges. f. Geb. u. Gyn. 7. Febr. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 559.
63. Sippel, Osteomalacie mit zystischen Tumoren. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 14. Nov. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 254. (Schwerste Osteomalacie, die nach der Schwangerschaft sich nicht besserte, bei einer Frau, die ausserdem ausgedehnte zystische Bildungen in den Knochen zeigte.)
64. Siredey, A., Diskussion zu Demelin (Nr. 12). Ebendort.
65. *Ssasonow, Zur Statistik der Geburt bei Beckenenge. Festschr. f. Prof. Pobedinsky, Moskau. p. 113. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 487.
66. Stocker, Über die Ätiologie und Therapie der Osteomalacie und Rachitis. Verhandl. d. gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
67. Strassmann, P., Ruptur der Symphyse unter der Geburt. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 27. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 584. (Demonstration eines bereits auf dem Gynäkologenkongress in Dresden 1907 gezeigten Beckens.)
68. *Stroganoff, W. W., Über die Leitung der Geburt beim engen Becken. Russkij Wratsch. Nr. 18. p. 233. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 488.
69. Vogt, E., Über die Bedeutung der Kyphoskoliose für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 60. (Cf. das im allgemeinen Teil ausgeführte.)
70. *Walcher jun., In der Schwangerschaft konfigurierte Schädel bei engem Becken. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
71. Wehner, Ernst, Der Geburtsverlauf beim engen Becken in der Frauenklinik zu Jena 1911. Inaug.-Diss. Jena. Jan.
72. Zacherl, Adolf, Die Stellung der künstlichen Frühgeburt in der Therapie des engen Beckens. Inaug.-Diss. Würzburg. Mai.

Eine Reihe grösserer Arbeiten liegt zu dem Thema „Geburt beim engen Becken" vor. Von den systematisch oder von weiteren Gesichtspunkten aus die Frage behandelnden Arbeiten seien hier jedoch nur schwerer zugängliche ausländische referiert. Zunächst eine grössere Statistik von Ssasonow (65),

die sich auf eine Gesamtzahl von 8661 einwandfreien Geburtsgeschichten stützt, von denen 2338 (= 26,9%) enge Becken betrafen. Darunter bezieht sich die überwiegende Zahl (90,5%) auf Spontangeburten, nur in 9,5% fand eine operative Entbindung statt (= 222 Fälle). Die hohe Zange wurde nur bei Mehrgebärenden angewendet, in 6,7% aller operativ beendeten Geburten wurden die Kinder perforiert. Bei Erstgebärenden war der Prozentsatz operativer Entbindungen um 4% höher. Mütterliche Mortalität: vier Frauen, Morbidität bei den operativ Entbundenen etwa 12% höher als bei den Spontangeburten. Der grösste Prozentsatz operativer Entbindungen entfiel auf das platte Becken. Die Kindermortalität betrug bei den operativen Entbindungen 28%, bei künstlicher Frühgeburt 75% (!!).

Stroganoff (68) kommt auf Grund kritischer Abwägung zwischen Art der Geburtsleitung bzw. Operation und Reultaten zu folgenden Vorschriften für die Leitung der Geburt bei engem Becken: 1. Bei absoluter Beckenenge (unter 6,5) Kaiserschnitt, in infizierten Fällen auf extraperitonealem Wege; 2. bei einer Conj. vera von 6,5—7 cm kommt bei lebendem Kind und Einwilligung der Mutter ebenfalls nur der Kaiserschnitt in Frage; 3. bei Conj. vera 7 bis 8 cm unterscheidet Verf. zwischen Erst- und Mehrgebärenden. Bei Erstgebärenden wird ein möglichst exspektatives Vorgehen empfohlen; bleibt aber der Kopf in der Austreibungsperiode stundenlang über dem Beckeneingang stehen, dann ist der extraperitoneale Kaiserschnitt indiziert; bei Verweigerung desselben kann vor der Perforation der Versuch einer hohen Zange gemacht werden. Bei Mehrgebärenden kommt ein Abwarten nur dann in Frage, wenn schon früher lebende und lebensfähige Kinder geboren wurden. Tritt der Kopf nicht ein, so ist die Pubiotomie am Platze. Sind früher lebende Kinder nicht geboren worden, dann in der Schwangerschaft die künstliche Frühgeburt, während der Geburt die Hebosteotomie vorzuschlagen.

Pobedinsky (51) gibt eine allgemeine Übersicht über die verschiedenen operativen Eingriffe beim engen Becken und ihre Prognose. Ganz allgemein wird aber möglichstes Abwarten empfohlen, eine zu freie Indikationsstellung beim Kaiserschnitt und den beckenerweiternden Operationen verworfen. Die Kaiserschnittsmortalität wird mit 1% angegeben, die Morbidität mit 5%. Die Wendung ergibt eine Mortalität von 1,6% für die Mütter, 24,4% für die Kinder. Bei der hohen Zange ist die mütterliche Mortalität 4,1%, die kindliche 17,6%, bei der Perforation 3%. Die künstliche Frühgeburt wird empfohlen. (Warum unter diesen Umständen der Verf. dem Kaiserschnitt, der nach seinen Erfahrungen doch die ungefährlichste Operation ist, so ablehnend gegenübersteht, ist eigentlich nicht ersichtlich. — Ref.)

Auch Jakobsohn (29) spricht sich für möglichst exspektatives Verhalten aus und berichtet über 970 Spontangeburten bei engem Becken. Am besten ist die Prognose beim allgemein verengten Becken. Die Geburt dauert durchschnittlich bei Erstgebärenden 12, bei Mehrgebärenden sechs Stunden länger als bei normalem Becken. Die Mortalität der Mütter ist $1^1/_2$ mal grösser als bei normalem Becken, die Kindersterblichkeit bei operativem Vorgehen (abgesehen vom Kaiserschnitt) 31%, bei abwartendem Verhalten 4,6%.

Markowsky (44) betont mit Recht als die Hauptschwierigkeit der praktischen Geburtsleitung beim engen Becken die Abschätzung des gegenseitigen Verhältnisses zwischen Kopf und Becken. Seine weiteren Erörterungen führen zu einer Verwerfung aller prophylaktischen Operationen und zu dem Vorschlag, das Anwendungsgebiet der chirurgischen Operationen zu erweitern.

Leopold Meyer (46) betont gleich zu Anfang, dass die früheren mehr schematischen Vorschriften für die Geburtsleitung beim engen Becken immer mehr verlassen werden und die Geburtsleitung sich ganz auf den während des Geburtsverlaufes gemachten Beobachtungen aufbauen müsse. In 53% seiner Fälle von engem Becken verlief die Geburt spontan.

Ein sehr grosses Material von engen Becken (2727 Fälle auf 10 304 Geburten der Moskauer Frauenklinik) bearbeitete Lipsky (42). Auf 2173 einwandfreie Fälle kamen 1948 Spontangeburten, 127 prophylaktische Wendungen, 98 hohe Zangen.

Pouliot (52) kommt zu dem Ergebnis, dass bei engem Becken mit einer Conj. vera unter 8 am besten mmer von vornherein, gleich bei Wehenbeginn der Kaiserschnitt gemacht werden soll. Bei einer Vera von 8—9 cm kommt eventuell auch die künstliche Frühgeburt in Frage, über 9 cm wird man unbedingt zunächst abwarten, bzw. bei Mehrgebärenden sich nach dem Verlauf früherer Geburten richten müssen.

Eine sicher richtige, bisher aber kaum bekannte und nicht erwähnte Beobachtung bringt Walcher jun. (70) zur allgemeinen Kenntnis. Beim engen Becken findet man oftmals selbst nach kurzer Austreibungsperiode und Gesamtgeburtsdauer sehr stark entsprechend der Form der Beckenhöhle konfigurierte Kindesschädel. Diese Konfiguration kommt schon in der Schwangerschaft dadurch zustande, dass der ins Becken eingetretene Kopf unter günstigen Verhältnissen dort stehen bleibt und bei seinem weiteren Wachstum entsprechend den räumlichen Verhältnissen des betreffenden Beckens modelliert wird.

Jolly (31) gibt eine kurze, übersichtliche Besprechung des Geburtsmechanismus beim schiefen Becken — Naegeleschem, skoliotisch-rachitischem und koxalgischem Becken. Bei allen drei Formen ist der Geburtsmechanismus gleich und ähnlich dem beim allgemein verengten Becken, da auch beim schiefen Becken die Verkürzung sich im ganzen knöchernen Geburtskanal bemerkbar macht. Dementsprechend stellt sich der Kopf in forcierter Hinterhauptshaltung ein. Je nachdem das Hinterhaupt sich in die engere oder weitere Beckenhälfte einstellt, spricht man von engständiger oder weitständiger Einstellung. Bei starker Verengerung ist die engständige Einstellung vorteilhafter, weil dann der biparietale Kopfdurchmesser in den Bereich des grösseren Schrägdurchmessers des Beckens fällt. Der fronto-okzipitale Durchmesser wird ja durch die forcierte Flexionshaltung ausgeschaltet. Bei geringer Verengerung ist dagegen die weitständige Einstellung die günstigere. Das wichtigste für den ganzen Geburtsmechanismus, namentlich bei höheren Graden der Verengerung, bleibt aber immer die starke Senkung des Hinterhauptes.

Das koxalgische Becken stellt unter allen schräg verengten Becken den am wenigsten bestimmten Typus dar. Aguillon (1) liefert darüber eine grössere Arbeit, die ein ausgedehntes Verzeichnis französischer Literatur bringt. Für die endgültige Form, in der das Becken schliesslich geburtshilfliche Bedeutung erlangt, sind wichtig: der mehr akute oder schleichende Verlauf der Erkrankung, die Dauer derselben, der Grad der Knochenveränderungen und schliesslich die Art der Behandlung. Denn aus der Kombination dieser Momente ergibt sich eine ausserordentlich grosse Zahl abweichender Beckenformen, die man nach Aguillon in drei Hauptgruppen einordnen kann: 1. schräg verengte koxalgische Becken mit Abplattung der kranken Seite, 2. mit Abplattung der gesunden Seite, 3. symmetrisch, auf beiden Seiten abgeplattete Becken. Die Prognose der Geburt hängt natürlich nur von Art und Grad der Beckenverengerung ab.

Sehr interessant und von prinzipieller Bedeutung für ähnliche Fälle ist eine Beobachtung von Aug. Mayer (45) über den Geburtsverlauf bei einem durch zentrale Luxation des Oberschenkelkopfes nach Pfannenbruch verengtem Becken. Wesentlich scheint bei derartigen Fällen folgendes: Das wenig umfängliche Vorderhaupt stellt sich immer in die eingeengte Beckenhälfte; der am Tumor stehende Kopfpol bleibt dann gewissermassen an dem luxierten Oberschenkelkopf hängen, die Schädelteilung (Sellheim) erfolgt in der Koronarnaht, ausserdem aber noch eine zweite Schädelteilung in der Pfeilnaht. Erst

wenn die engste Stelle passiert ist, folgt der zurückgebliebene Teil nach. Das geht am leichtesten, wenn der vorangehende Teil das Hinterhaupt ist.

Jos. Koch (36) ist es gelungen, bei Hunden durch Streptokokkeninfektion rachitisähnliche Knochenveränderungen in allen Stadien zu erzeugen, wonach er geneigt ist, auch der menschlichen Rachitis eine infektiöse Genese zuzuschreiben

Mark Jansen (30) erklärt als das Wesen der Achondroplasie einen Zwergwuchs der aus Knorpel entstehenden Knochen, wobei die am spätesten angelegten Knochen am schwersten betroffen sind. Es persistiert das Grössenverhältnis der Knorpelknochen aus einer frühen Periode des Fötallebens. Neben dem Zwergwuchs zeigt der Achondroplast sogenannte „Aufrollungserscheinungen", von denen die auffälligste eine lumbodorsale arkuäre Kyphose ist. Gemeinsame Ursache des Zwergwuchses wie der Aufrollungserscheinungen ist der Druck eines zu engen Amnions in einer frühen Periode des Embryonallebens.

Bossi (5) hält nach wie vor daran fest, dass eine Insuffizienz des Nebennierensystems eine der wesentlichsten Ursachen der Osteomalacie sei und dass die Adrenalinbehandlung der Osteomalacie mindestens ein Verfahren sei, welches in jedem Falle versucht werden müsse, ehe man sich zur Kastration entschliesst.

Fries (18) beschreibt einen interessanten Geburtsfall bei einem infolge spinaler Kinderlähmung veränderten Becken mit schwerer Deformierung.

Sakraltumoren sind sicher eine seltene Ursache von Geburtsstörungen, wirken dann aber natürlich genau so wie irgend ein anderer, im Becken eingekeilter Tumor. Ventrale Sakraltumoren nehmen nach Law (40) ihren Ursprung von Resten des Canalis neurentericus, der postanalen Darmanlage oder von Keimversprengungen am hinteren Körperende. Dermoide, Mischgeschwülste, Teratome und wahre fötale Parasiten kommen dabei in Frage. Nicht selten findet sich maligne Degeneration. Die Tumoren sind meist gut abgekapselt, entspringen vom Beckenbindegewebe und haben nur schwache Verbindung mit dem Periost des Kreuzbeins.

Delmas (11) betont im Anschluss an seinen oben erwähnten Fall, dass seiner Erfahrung nach die Wirkung des Pituitrins unzuverlässig sei, ferner dass die Apnoe des Kindes durch die Narkose sich erkläre und drittens, dass die Hysterotomie durchaus nicht, wie Dührssen meint, für das Privathaus geeignet sei, vielmehr gute Beleuchtung und gute Assistenz verlange.

B. Störungen bei der Geburt der Plazenta.

1. Ahlström, E., Über die Anwendung der Momburgschen Methode. Nord. med. Arch. 1913. Abt. I. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11. p. 619.
2. Allmann, Inversio et prolapsus uteri puerperalis. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 8. Nov. 1913. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 366. Dasselbe als Arbeit: Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. (Empfiehlt bei einigermassen gutem Befinden sofortige Reinversion.)
3. *Alsberg, Paul, Über puerperale Uterusinversion. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jahrg. 11. Nr. 5. p. 140.
4. Aschner, B., Zur Lehre von der vorzeitigen Lösung der Plazenta bei normalem Sitz. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. p. 181. (Cf. vorigjährigen Jahresbericht.)
5. Audebert, Diskussion zu Poux (Nr. 63). Ebendort.
6. Bailey, H. C., Diskussion zu Kosmak und Maroney (Nr. 49). Ebendort. p. 493.
7. *Ballerini, Giorgio, Note cliniche sul distacco precoce di placenta normalmente inserita. Ann. di ost. e ginecol. Anno 36. Nr. 1. p. 1. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 588.
8. Bar, L'inversion utérine. Journ. des prat. 27 Mai 1911.
9. Barbour, A. H. F., und J. W. Ballantyne, Post partum hemorrhage. Edinburgh Med. Journ. Vol. 12. Nr. 3. p. 258. (Empfiehlt nach Erfahrung an fünf Fällen die von

Fieux zu diesem Zwecke angewandte Trendelenburgsche Lagerung, für deren vorzügliche Wirkung eine befriedigende theoretische Erklärung noch aussteht.)
10. Beckmann, Wilh., Einige Bemerkungen über die puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18.
11. Berggren, Über die vorzeitige Lösung der normal inserierten Plazenta. Svensk. Läkaresällsk. Handl. 1911. od. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 230. (Kasuistische Mitteilung, enthält weiter nichts Neues.)
12. Bondy, O., Angiom der Plazenta. Gyn. Ges. Breslau. 16. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 375. (Über faustgrosser Tumor.)
13. Bracht, E., Inversio uteri puerperalis. Med. Klinik. Nr. 9. (Übersichtsreferat.)
14. Brandt, K., Retroplazentare Blutung. Norsk Mag. f. Laegevid. Nr. 6. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1339. (Vorzeitige Plazentarlösung, Kaiserschnitt. 15 Fälle unter 9258 Gebärenden.)
14a. — Retroplazentare Blutung. Frühzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Norsk. Mag. for Laegevidensk. p. 696. (Verf. referiert einen klinisch typischen Fall, in welchem Sectio caesarea abdominalis gemacht wurde. Mutter und Kind blieben am Leben. Von besonderem Interesse war, dass man sowohl auf der vorderen wie auf der hinteren Fläche des Uterus und auch in den Ligg. lata mehrere durch das Peritoneum schimmernde Blutungen sah. Dieselben waren 1—2,5 cm in Diameter und sahen denen ähnlich, die man bei Eklampsie auf der Leberoberfläche sieht. In der Gebäranstalt in Kristiania kam das Leiden bei 0,16 der Gebärenden vor; dabei sind nur die Fälle gerechnet, die deutliche klinische Symptome zeigten. Verf. bespricht das Verhalten der Krankheit und die Diagnose, sowie die Behandlung. Blutungen aus einem graviden Uterus können mit Sicherheit nur dann gestillt werden, wenn derselbe entleert wird. Daher müssen die Fälle, die gefährliche Zeichen aufweisen, entbunden werden. Tamponade der Scheide kann in einigen Fällen psychisch beruhigend wirken, aber die Blutung nicht zum Stehen bringen, und vermehrt die Infektionsgefahr. Die Blutungen, die man in den letzten Jahren in der Muskulatur gefunde hat, machen, dass man in geeigneten Fällen Kaiserschnitt, und zwar per laparotomiam, ausführen wird. Man wird dann diese Blutungen kontrollieren können.)
(L. Severin Petersen.)
15. Cary, W. H., Report of a well authenticated case of sarcoma of the placenta. Transact. of the New York Obst. Soc. Meeting Jan. 13. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 4. p. 658. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1114.
16. Clifford, H., Concealed accidental haemorrhage accompanied by intraperitoneal haemorrhage. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 1. p. 48. (25jährige IIpara, anämisch eingeliefert mit geringer Blutabsonderung aus der Vagina, allgemeiner Uterus- und Bauchdeckenempfindlichkeit, obgleich kaum Wehen bestanden. Cervix für zwei Finger zugängig, Blase erhalten. Nach Sprengung derselben Abgang von Fruchtwasser und dunklem Blut. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes Sectio caesarea. In der Bauchhöhle Blut, das von rupturierten Venen im rechten Ligamentum latum stammt. Plazenta schon vollständig gelöst, Kind tot. Entleerung und supravaginale Amputation des Uterus, sechs Stunden später Exitus an Anämie.)
17. Crabtree, L. R., Post partum hemorrhage. National eclectic Med. Assoc. Quart. Vol. 5. Nr. 4. p. 347. (Nichts Neues.)
18. Cragin, Diskussion zu Kosmak und Marconey (Nr. 49). Ebendort. p. 493.
19. Crossen, H. S., The conservative operative treatment of long-standing inversion of the uterus. Transact. of the Western Surg. Assoc. St. Louis 1913. Ferner: Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 14. p. 1061. (Fall, der nach einem dem Küstnerschen Verfahren ganz ähnlichem operiert und geheilt wurde.)
20. Crousse, René, Transfusion sanguine. Journ. Belge de Gyn. et d'obst. 1 Année. Nr. 6. Bruxelles. p. 457. (Referiert über eine einfache, in Amerika gebräuchliche Methode der Bluttransfusion ohne Gefässanastomose. Man braucht dazu nur etwa 10 Rekordspritzen von 20—25 ccm, die sorgfältig gekocht und mit Kochsalzlösung durchgespült sein müssen. Dann wird einfach von einem Arzt Venenblut des Spenders aspiriert, die gefüllte Spritze sofort durch einen zweiten Arzt der Patientin eingespritzt usf. Eine grosse Zahl von Spritzen ist erforderlich, weil sonst das Blut leicht gerinnt. Die dem Patienten applizierte Nadel wird zwischen je zwei Injektionen mit Kochsalzlösung durchgespült, um in der Hohlnadel Gerinnung zu verhüten.)

21. Delestre, M., De la position de Trendelenburg dans les hémorrhagies graves de la délivrance. Gaz. des hôp. civ. et milit. Ann. 87. Nr. 37. p. 520. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 714. (Warme Empfehlung der Beckenhochlagerung.)
22. Dienst, Diskussion zu Bondy (Nr. 12). Ebendort.
23. Edge, Inversion of the uterus. Midland Obst. and Gyn. Soc. March 3. Ref. Lancet. March 28. Nr. 4726. p. 899. (28jährige IIIpara, am fünften Wochenbettstag als an schwerem Puerperalfieber erkrankt, mit 160 Puls eingeliefert. Das invertierte Corpus uteri in der Scheide. Reposition gelang. Auswischen mit H_2O_2, Jodoformgazetamponade, Antistreptokokkenserum — rasche, völlige Heilung.)
24. Eiglier et Vayssière, L'oxyde de carbone peut-il être incriminé dans les hémorrhagies de la délivrance? Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 3. p. 222. (Multipara, Forzeps, spontane Geburt der Plazenta, schwere atonische Nachblutung, die allen Mitteln widersteht; dabei Schwindel und Erbrechen. Auch beim Arzt stellen sich Schwindel und Übelkeit ein; nach Öffnen des Fensters Erholung von Arzt und Patientin, spontaner Stillstand der Blutung. Da das Zimmer mit Petroleumofen geheizt und mit Petroleum erleuchtet war, nehmen Verff. an, dass eine Überladung der Zimmerluft mit CO_2 nicht nur Ursache der subjektiven Beschwerden von Arzt und Patientin, sondern auch der hartnäckigen Nachblutung war.)
25. Engelhard, Angioma placentae. Nederl. Gyn. Vereenig. Amsterdam. 30. Nov. 1913. Ref. Gyn. Rundschau. Nr. 10. p. 385.
26. Fabre et Rhenter, Un cas de rétention du placenta après l'accouchement. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 16 Mars. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 4. p. 305. (Bei einer 27jährigen Ipara vorzeitige Expressionsversuche durch die Hebamme 10 Minuten post partum; dann auch manueller Lösungsversuch, welcher — da er nur Teile der Plazenta zutage förderte, dann von einem Arzt fortgesetzt wurde, indes auch nur Teile der Plazenta erreichte, da ein Kontraktionsring des Kollums bestand. Weitere Untersuchung ergab eine Striktur des inneren Muttermundes. Chloral, Morphium ohne Erfolg, schliesslich in Narkose Lösung der an der Tubenecke adhärenten Plazentarteile. Glatte Rekonvaleszenz.)
27. Ferré, Diskussion zu Poux (Nr. 63). Ebendort. (Die Ursache der Inversion bleibt meist unklar und ist sicher keine einheitliche. Meist dürfte eine besonders anatomische Disposition des Uterus zur Inversion vorhanden sein.)
28. Fieux, Un nouveau procédé pour arrêter les hémorragies de la délivrance. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 8 Déc. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 820. (Empfehlung der Trendelenburgschen Lagerung.)
29. *— La position de Trendelenburg dans les hémorrhagies graves de la délivrance. Rev. franç. de méd. et de chir. Ann. 11. Nr. 7. p. 103. Ferner: Ann. de gyn. et d'obst. Ann. 41. Nr. 2. p. 88. Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. Ann. 35. Nr. 1. p. 3. Ref. Presse méd. Nr. 13. p. 132.
30. Fourny, M., De l'hémostase par constriction élastique de la taille en obstétrique et en gynécologique et particulièrement dans les hémorrhagies de la délivrance. Paris.
31. *Fraipont, M., Fissures péritonéales du corps utérin dans les cas de décollement du placenta normalement inséré. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 11. Nr. 4. p. 200. Ferner: Journ. Belge de gyn. et d'obst. 1 Année. Nr. 4.
32. Frank, Rob. T., Diskussion zu Cary (Nr. 15). Ebendort. p. 668.
33. *Freeland, J. R., The relationship existing between the mechanism and management of the third stage of labor. A Report of 2600 cases from the Rotunda Hospital. Dublin, Ireland. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 302.
34. Gabaston, Juan A., Eine neue Methode künstlicher Plazentarlösung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1113.
35. *Gallois, Paul, Traitement des hémorrhagies de la délivrance par la compression manuelle prolongée. Journ. de méd. Paris. Ann. 34. Nr. 19. p. 378. Ferner: Bull. méd. Ann. 38. Nr. 7. p. 71.
36. *Goodman, Sylv. J., The treatment of post-partum haemorrhage. Lancet-Clin. Vol. 109. Nr. 14. p. 373.
37. Gräf, E., Ein vergessener geburtshilflicher Handgriff. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 52. p. 2910. (Empfiehlt neuerlich die bereits von Uesenner angegebene manuelle Kompression der Aorta zur Stillung von puerperalen Blutungen.)
38. *Guildal, Paul, De la rétention des membranes après l'accouchement à terme. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 3 Année. Nr. 5. p. 549.

38a. Guildal, Paul, Om Retention af Oghinderne ved den rettetidige Födsel. (Über Retention der Eihäute bei rechtzeitiger Geburt.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ugeskr. f. Laeger. p. 457—467. (Häufiger Retention, wenn die Nachgeburtsperiode aktiv geleitet wird (Credé). Versuche, die Häute zu entfernen, haben keinen Zweck.) (O. Horn.)
39. *Hoehne, O., Über die Behandlung retinierter Plazentarreste. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.
40. Hoffstroem, K. A., Fall von Inversio uteri totalis. Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. 56. Heft 2. p. 225. (Schwedisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 589. (27jährige IVpara. Credé durch die Hebamme eine Stunde post partum, dabei Inversion. Reinversion misslang sowohl dem behandelnden Arzt als in der Klinik. Deshalb wurde eine Kolpeuryse ausgeführt, die alle 12 Stunden gewechselt innerhalb vier Tagen die Reinversion zustande brachte. Patientin konnte am 13. Wochenbettstage gesund entlassen werden.)
41. Huzarski, Therapie der post partum-Blutungen. Przegl. chir. i gin. Bd. 8. Heft 2. p. 328. 1913.
42. Jeannin, C., und Roux-Berger, Deux cas de transfusion du sang, suivie de succés, chez deux accouchées, atteintes d'infection et de grave anémie post-hémorrhagique. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Déc. 1913. p. 465. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. 41 Année. 2 Série. Tome 9. Mars. p. 181. (Der Titel sagt das Wesentliche.)
43. Jolly, Über Inversio uteri. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 28. Nov. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 280. (Demonstration eines Falles von Inversio uteri bei Placenta accreta. Zwischen Plazenta und Uteruswand fehlt die Substantia spongiosa völlig.)
44. *Jones, Walter Clinton, Reports of two cases of post partum inversion of the uterus, with discussion of the pathogenesis of obstetrical inversion. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 6. p. 982. (Im ersten Fall ist Zug an der Nabelschnur bei gleichzeitigem Druck auf den Fundus anzuschuldigen, im zweiten Fall handelte es sich um eine Spontaninversion.)
45. Jordan, Diskussion zu Edge (Nr. 23). Ebendort.
46. Jung, Ph., Die Behandlung bedrohlicher Blutungen nach der Geburt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. (Ein Fortbildungsvortrag, der eine ausgezeichnete kurze Darstellung aller einschlägigen Fragen gibt.)
46a. Kaarsberg, Disc. tis Guildal: An Retention af Aghinder. (Diskussion zu Guildal: Über Retention von Eihäuten.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1879. (O. Horn.)
47. Keiffer, H., Emmoragia retroplacentare al principio del travaglio. Gazz. ital. d. levatr. Anno 3. Nr. 10. p. 149. (Fall von vorzeitiger Plazentarlösung.)
48. — Hémorragie rétro-placentaire au début du travail, mort de l'enfant. Bull. de la soc. Belge de gyn. et d'obst. Tome 24. Nr. 9. p. 434. Journ. Belge de gyn. Mars. p. 203. (Vorzeitige Lösung der Plazenta vor Wehenbeginn. Pituitrin; nach einer Viertelstunde Wehenbeginn, wonach unter forcierter digitaler Dilatation des Zervikalkanals die Extraktion des übrigens bereits abgestorbenen Kindes möglich war.)
49. Kosmak, Geo W., and Wm. J. Maroney, Case of complete inversion of the uterus. Transact. of the New York. Obst. Soc. Meeting. Dec. 9. 1913. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 3. p. 490. (Erster Fall: Spontaninversion, nach zwei Stunden bei der vollständig ausgebluteten Patientin leicht gelingende Reinversion. Tamponade, Heilung nach dreiwöchentlichem Puerperalfieber infolge Parametritis. Zweiter Fall: Verlauf der Nachgeburtsperiode unbekannt. Im Wochenbett dauernd spärliche Blutung, die am 24. Tage zur Erkennung der Inversion führt. Leichte Reinversion, Heilung.)
50. Kreiss, Ph., Die Bekämpfung der postpartalen Blutungen durch intravenöse Hypophyseninjektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. (Vorzügliche Erfolge. Injektion von ¼—½ ccm, sehr langsam, innerhalb 2—3 Minuten auszuführen, um unangenehme Nebenerscheinungen zu vermeiden.)
51. Küttner, O. J., Ein Fall von vorzeitiger Lösung der Plazenta bei normalem Sitz derselben. Kaiserschnitt, Uterusamputation, Heilung. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Bd. 29. p. 735. (Russisch.) (Vorzeitige Lösung bei einem Uterus unicornis.)
52. *Leborgue, G., La transfusion du sang dans les anémies aiguës post-hémorrhagiques. Thèse de Lille. 1913. 154 p. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. 41 Année. 2 Série. Tome 11. p. 180.

53. Leemann, J., Solutio praematura placentae normaliter insertae. Gyn. Helvetica. Jahrg. 13. Herbstausgabe. p. 298. 1913. (Vorzeitige Lösung bei I gravida im achten Monat. Im vorliegenden Falle ist die Ursache wahrscheinlich tätliche Misshandlung durch den Ehemann.)
54. Lepage, G., Chorionangiome der Plazenta. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 8. p. 666. 1913. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 274.
55. Levaut, A., La transfusion du sang plus particulièrement étudiée en gynécologie et en obstétrique. Indications, techniques, résultats. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nov. 1913. p. 366. Ref. Annal. de gyn. et d'obst. 41 Année. 2 Série. Tome 11. p. 181. (Die Resultate sind vor allem gut bei Hämorrhagien nach Verletzungen. Die Transfusion scheint abgesehen von ihrer Quantität auch an sich die Blutstillung zu befördern. Die direkte Gefässnaht wird als beste Methode der Transfusion erklärt. Da diese aber Übung erfordert, bleibt für viele Fälle die Transfusion mittelst der Elsbergschen Kanüle das empfehlenswertere Verfahren.)
56. Lombardo, Antonio, Il mio compressore dell' aorta addominale nelle emorragie ostetriche in sostituzione del laccio elastico alla Momburg. Clin. Ost. Anno 16. Nr. 2. p. 25. (Cf. vorigjährigen Jahresbericht.)
57. Martin, Chr., Diskussion zu Edge (Nr. 23). Ebendort.
57a. Meyer, Leopold, Disc. til Guildal: Om Retention af Oghinder. (Diskussion zu Guildal: Über Retention von Eihäuten.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1880. (O. Horn.)
58. Nebesky, O., Beitrag zur Kenntnis der Chorionangiome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. p. 42. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1149.
59. Netto, O. Correia, Le procédé de Momburg dans les hémorragies obstétricales. Revista méd. de Sao Paulo. 15 Déc. 1913. Ref. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 9 Année. Nr. 5. p. 354. (Im Anschluss an einen Fall schwerster Nachblutung bei einer sehr anämischen Frau mit Placenta praevia erklärt Verf. die Momburgsche Methode für ausgezeichnet, ohne ihre Gefahren bei Herz- und Nierenkranken zu verkennen.)
60. Parache, Inversion utérine puerpérale. Annales de la Acad. de Obst. Ginec. y Pediatr. IV—11.
61. Pierra, Louis, Trois observations d'hémorragies graves de la délivrance traitées pār le procédé de Momburg avec succés dans deux cas. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 9 Ann. Nr. 2. p. 121. Ferner: Journ. des sages-femmes. Ann. 42. Nr. 9. p. 66. (In drei Fällen von schwersten Anämien infolge von Nachgeburtsblutungen Momburg. In zwei Fällen prompter Erfolg, in einem Falle konnte die Schnürung nicht aufrecht erhalten werden, da die Patientin schwere Oppression und Synkope bekam. Es handelte sich in diesem Falle um eine Herzkranke. Auf Grund dieser Beobachtung widerrät auch Verf., bei Herzkranken die Momburgsche Taillenschnürung anzuwenden.)
62. Piskacek, L., Äussere Doppelhandgriffe zur Stillung von atonischen Post partum-Blutungen. Gyn. Rundschau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1458.
63. Poux, Deux cas d'inversion utérine récente. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 4 Févr. Bull. de la soc. d'obst., et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 2. p. 155. (Zwei Fälle spontaner Inversion, wobei allerdings beide Male die Plazenta exprimiert worden war und im zweiten Falle vielleicht auch etwas Zug an der Nabelschnur hinzukam. Ausführliche Beschreibung der Technik der Reposition, die nichts Neues bringt.)
64. Puech, Hémorragie rétroplacentaire silencieuse. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 9. p. 817. 1913. (Vorzeitige Plazentarlösung im achten Monat mit Frost und äusserer Blutung. Spontangeburt eines toten Kindes. Die Plazenta weist den typischen Befund auf. Warum eine derartige Blutung als „silencieuse" bezeichnet wird, ist unklar. — Ref.)
65. Purslow, Diskussion zu Edge (Nr. 23). Ebendort.
66. Ricci, A. P., Sul trattamento dell' inversione cronica dell' utero. Arch. ital. di ginecol. Anno 17. Nr. 2. p. 29. (Allgemeine Besprechung der Behandlungsmethoden. Bericht über zwei nach Küstner-Piccoli erfolgreich operierte Fälle.)
67. — De l'inversion utérine chronique. Soc. italienne d'obst. et de gyn. XI. 1912.
68. Rody, Carl, Über die Inversio uteri post partum und ihre operative Behandlung. Inaug.-Diss. Bonn.
69. Ryosaku, Yamato, Über den Geschwulstcharakter des Chorionangioma placentae. Inaug.-Diss. München 1913. (75. Fall dieser Art, sorgfältig beschrieben. Ryosaku

fasst die Veränderung als echte Geschwulst auf und zwar als allantogenes Kapillarangiom von proliferierendem Charakter mit teilweiser Zystenbildung.)
70. Sarline, Inversion utérine chronique. Soc. toscane d'obst. et de gyn. 25 Juin. 1911.
71. *Sauvage, C., De la transfusion du sang comme complément de l'hystérectomie dans le traitement de la rupture de l'utérus pendant le travail. Ann. de gyn. et d'obst. 41 Année. 2 Série. Tome 11. p. 140. Mars.
72. Schäfer, P., Inversio uteri puerperalis. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 28. Nov. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 273.
73. Schneider, Heinrich, Geschichte der Behandlung atonischer Uterusblutungen mit intrauterinen Injektionen von Liquor ferri sesquichlorati. Inaug.-Diss. Leipzig. März.
74. Seitz, Hans, Zur Therapie der Retention von Plazentarresten. Inaug.-Diss. München 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1113.
75. Slaski, Uterusinversion. Medyc. i kronika Lekarska. 1913. Nr. 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 453.
76. *Spire, A., Un cas d'inversion utérine puerpérale spontanée. Soc. obst. et gyn. de Nancy. 22 Janv. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 3 Année. Nr. 1. p. 71. (Spontaninversion bei einer Ipara, leichte Reinversion, geringe Temperatursteigerungen im Wochenbett.)
77. Stone, S., Diskussion zu Kosmak und Maroney (Nr. 49). Ebendort. p. 494.
78. Tédenat, Inversion de l'utérus. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 9. p. 804. 1913. (Bericht über zwei Fälle puerperaler und eine nichtpuerperale Inversion. Im zweiten Falle puerperaler Inversion waren zwei im Fundus sitzende gestielte Myome für die Inversion verantwortlich zu machen. Reinversion nach Abtragung der Myome 15 Stunden post partum. Der erste Fall bietet nichts Besonderes.)
79. Telfair, John Hamilton, Complete inversion of the uterus following delivery. Report of a case. New York Med. Journ. Vol. 99. Nr. 18. p. 882. (Telfair will die sofortige Reinversion nur dann ausgeführt wissen, wenn die Blutung dazu zwingt, andernfalls ist es besser, das Abklingen des Schocks abzuwarten. Der Fall selbst bietet nichts Besonderes.)
80. Thiébant, Inversion utérine irréductible; réduction opératoire par le procédé de Duret; guérison. Soc. Belge de gyn. et d'obst. X, XI et XII. 12.
81. Thiébault, Deux cas d'inversion utérine. Soc. Belge de gyn. et d'obst. 9 Déc. 1911.
82. Trillat, Décollement prématuré du placenta normalement inséré sans hématome rétro-placentaire. Anémie aigue. Méthode de Momburg. Mort. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 8. p. 704. 1913. (Am Ende der dritten Gravidität während einer Wagenfahrt plötzlich starke äussere Blutung — schwerste Anämie. Uterus weich, da kein retroplazentares Hämatom vorhanden war, trotzdem die Plazenta völlig gelöst im Uterus lag. Diese Form mit schwerer äusserer Blutung ohne innere Blutung ist selten. Das übrige ergibt sich aus dem Titel.)
83. Tuma, J. V., Über Anwendung der elastischen Konstriktion nach Momburg und des Gaussschen Kompressoriums in der Geburtshilfe. Casopis lék. cesk. Jahrg. 53. Nr. 10—12. (Tschechisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1341.
84. Unterberger, jun., Drei Fälle von Inversio uteri chronica. Nordostd. Ges. f. Gyn. 29. Nov. 1913. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 256.
85. *Vautrin, Quelques considérations sur l'inversion utérine et sur la cure conservatrice, qui lui est applicable. La Gyn. Déc. 1913. p. 705. 17 Année. Nr. 12.
86. *— La cure de l'inversion utérine doît être conservatrice. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Ann. 22. Nr. 3. p. 78. Ferner: Journ. de méd. Ann. 34. Nr. 15. p. 295.
87. *Wallich, V., et P. Adami, Des modifications du sang dans les anémies par hémorragies obstétricales; indications pronostiques. Arch. de mal. du coern et des vaisseaux. 1913. Nr. 12. p. 777. Ref. Presse méd. Nr. 13. Referatenteil. p. 11. Dasselbe. Ann. de gyn. et d'obst. Févr. p. 72.
88. *Wienskowitz, H., Physiologie und pathologische Physiologie der Blutungen post partum und ihre Beeinflussung durch die isolierte Scheidentamponade. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 705.
89. Wilczynski, Eine ungewöhnliche Ursache einer vorzeitigen Plazentarlösung. Lwowski Tygodnik Lekarski. 1913. Nr. 3. p. 33. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 454. (Ursache: sub partu ausgeführter Koitus.)
90. Wilson, Diskussion zu Edge (Nr. 23). Ebendort.

Die vielumstrittene Frage über die Behandlung retinierter Plazentarreste soll hier nur soweit berücksichtigt werden, als sie mit der Leitung der Nachgeburtsperiode zusammenfällt. Da betont neuerdings Hoehne (39) in einer kritischen Zusammenstellung des einschlägigen Materials der Kieler Klinik, dass bei erkanntem Plazentardefekt jedenfalls sofort die Austastung und Ausräumung des Uterus vorzunehmen sei, wie denn auch bei sorgfältiger Wahrung der Asepsis dieser Eingriff in der Kieler Klinik niemals eine puerperale Erkrankung im Gefolge gehabt hat.

Partielle oder totale Eihautretention fand sich nach Untersuchungen Guildals (38) an der Kopenhagener Klinik unter 14 078 Geburten in 2,5% aller Fälle. Sie findet sich am häufigsten bei Plazentaranomalien, besonders Placenta marginata und kommt im übrigen dann leicht zustande, wenn die Plazenta vor vollständiger Lösung exprimiert wird. Besondere Gefahren resultieren daraus nicht, die puerperale Morbidität ist nicht grösser, wenn man die spontane Ausstossung derselben abwartet, als wenn man sie sofort herausholt — so dass also ein Eingreifen jedenfalls besser zu unterlassen ist.

Auffallend gross finde ich im Berichtsjahre die Zahl der Mitteilungen über die Inversio uteri post partum. Man geht kaum fehl in der Annahme — wie übrigens in vielen Berichten ausdrücklich erwähnt wird — dass eine zunehmende Polypragmasie in der Leitung der Nachgeburtsperiode, namentlich von ungeschickter Hand, daran ihr wohlgemessenes Teil hat. Auf der anderen Seite wäre es aber viel zu weit gegangen, in jedem Falle Arzt oder Hebamme verantwortlich zu machen. Das betont besonders Spire (76). Man muss eine gewisse Disposition mancher Uteri für die Inversion annehmen. Genauer mit der Pathogenese der Inversio beschäftigt sich W. Cl. Jones (44). Danach ist das wichtigste prädisponierende Moment die Atonie des Uterus; dazu kommt in etwa der Hälfte der Fälle Druck auf den Fundus mit oder ohne Zug an der Nabelschnur als auslösendes Moment. Gut die Hälfte aller Fälle entsteht aber spontan. Ist der Uterus ganz schlaff, dann mag man den intraabdominellen Druck dafür verantwortlich machen. Wo das aber nicht der Fall ist, erklärt Jones das Zustandekommen der Umstülpung durch ungleichmässige und verschieden starke Kontraktion der Fundusmuskulatur. Bei Schlaffheit der inneren Muskelschichten und kräftiger Kontraktion der äusseren muss eine Umstülpung des Fundus eintreten. Besonders disponiert sind dazu Fälle, in denen die Plazentarstelle im Fundus sitzt. Daraus erklärt sich auch, warum bei Erstgebärenden die Inversion häufiger vorkommt, trotzdem Atonie an sich bei Mehrgebärenden häufiger ist; bei Erstgebärenden ist der Plazentarsitz häufiger im Fundus.

Auch Alsberg (3) schreibt einer individuellen Disposition des Uterus eine grosse Rolle zu. Was die Therapie anlangt, so empfiehlt er in jedem Falle die sofortige Reinversion mit gleichzeitiger Uterusscheidentamponade, die 24 Stunden liegen bleiben soll, zum Schutz gegen ein Rezidiv der Inversion wie gegen Nachblutung. — Auch Vautrin (85) hält die violente Uterusinversion für viel seltener als die spontane; manche unvollständige Inversion dürfte wohl überhaupt unerkannt bleiben, da sie keine Symptome macht und schliesslich eine spontane Reinversion mit Fortschreiten der puerperalen Involution zustande kommt. Vautrin hält die Erschlaffung des atonischen Uterus für den wichtigsten ätiologischen Faktor. Dabei könne unter dem Einfluss des intraabdominalen Druckes leicht eine Eindellung entstehen, die bei Wiedereinsetzen kräftiger Uteruskontraktionen verstärkt werde, bis eine dauernde Inversion entstehe. Je akuter die Inversion entsteht, um so schwerer sind die bekannten Symptome, vor allem der Schock. — In der Therapie plädiert Verf. für ein möglichst konservatives Vorgehen. Wo es möglich ist, soll sofort manuelle Reinversion, eventuell unter Zuhilfenahme von Kolpeuryse und Scheidentamponade ausgeführt werden; bei verschleppten Fällen kommt die operative Reinversion

auf vaginalem Wege (Küstner-Piccoli) oder abdominalem Wege (G. Thomas) in Frage. Die Totalexstirpation lässt er nur als ultima ratio gelten.

Wenig Bearbeitung fand diesmal die Solutio praematura placentae normaliter insertae. Ballerini (7) fand dieselbe 41 mal unter 2500 Fällen, von denen allerdings nur 12 klassische Symptome zeigten. Unter diesen letzteren Fällen starb ein Drittel. Die Stärke und Ausdehnung der inneren Blutung ist durchaus nicht immer massgebend für die Schwere des Falles, da daneben die Schnelligkeit der Entstehung und der davon abhängige Schock eine grosse Rolle spielen. Ätiologisch kommt den Schwangerschaftstoxikosen grosse Bedeutung zu, therapeutisch ist vor allem eine möglichst rasche Entleerung des Uterus zu erstreben.

Fraipont (31) bildet einen Fall ab, bei dem der Uterus infolge vorzeitiger Plazentarlösung multiple peritoneale Fissuren zeigt. Das Vorkommen derselben ist ja längst bekannt, in dieser Ausdehnung aber doch äusserst selten. Er erklärt ihr Zustandekommen einmal durch die infolge des retroplazentaren Hämatoms entstehende starke Wandspannung des Uterus, ferner durch die herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der infolge der uteroplazentaren Apoplexie blutig imbibierten Serosa. Sobald dann stärkere Wehen einsetzen, können solche Fissuren oder inkomplette äussere Uterusrupturen multipel auftreten und eventuell auch zu stärkerer intraabdomineller Blutung Veranlassung geben, wie in einem hier vom Verf. mitgeteilten Falle.

Freelands (33) Nachforschungen ergaben, dass bei der Plazentalösung nach Modus Duncan die Eihäute in 15,4% gegenüber 5% bei Modus Schultze unvollständig sind und kommt somit auch (gleich Menge) zu dem Schlusse, dass nur der Modus Schultze als streng physiologisch gelten könne.

In der Heidelberger Frauenklinik wird, wie Wienskowitz (88) mitteilt, zur Bekämpfung der atonischen Nachgeburtsblutungen der Uterus nicht mehr tamponiert, sondern nur die Scheidentamponade nach Menge mit sterilen Wattetampons ausgeführt. Es kommt nur darauf an, die ganze Scheide und besonders die Scheidengewölbe so fest wie möglich auszustopfen, um durch Druck auf die Zervikalganglien die Uteruskontraktion anzuregen. Die Erfolge sind ausgezeichnete. Die Gaze wird als Tamponadematerial von Menge verworfen, da sie immer eine Kapillardrainage schafft und so nur unnötigerweise Blut abführt.

Auch Goodman (36) verwirft die intrauterine Tamponade zur Bekämpfung von atonischen Nachgeburtsblutungen völlig. Neben den sonst allgemein üblichen Verfahren empfiehlt er bei deren Versagen das Einführen der Faust ins Uteruskavum bei gleichzeitiger Kompression von aussen, nächstdem das Einführen von einem hühnereigrossen Stück Eis. — Wieder ein anderes Verfahren empfiehlt Gallois (35): Nachdem das angesammelte Blut aus dem Uterus ausgedrückt ist, soll derselbe dicht oberhalb der Symphyse in Richtung auf das Kreuzbein solange fest komprimiert werden, bis die Blutung steht. Die spärlichen Erfahrungen des Verf. mit diesem Verfahren waren gut.

Bemerkenswerter scheint dem Referenten der Vorschlag von Fieux (29), bei schweren Nachgeburtsblutungen die Patientinnen in steile (45° betragende) Beckenhochlagerung zu bringen, um die Blutung zum Stehen zu bringen. Fünf ganz verloren scheinende Fälle konnte Fieux auf diese einfache Weise retten; von dem Moment an, in dem die Beckenhochlagerung perfekt war, wurde kein Tropfen Blut mehr verloren. Die Erklärung dieser auffallend günstigen Wirkung erblickt Fieux in einfachen mechanischen Gesetzen der Blutströmung (Schwere und Höhe der in so steiler Beckenhochlagerung auf dem Herzen lastenden Blutsäule), wobei freilich nach Meinung des Ref. noch vorauszusetzen ist, dass die Herzkraft durch den vorhergegangenen Blutverlust schon gelitten hat. Die günstigen Erfahrungen von Fieux sind von verschiedenen Seiten (cf. das vorstehende Literaturverzeichnis) bestätigt worden.

In der französischen Literatur wird vielfach die Bluttransfusion zur Bekämpfung postpartaler Anämien empfohlen. Allgemein werden die überraschenden Resultate hervorgehoben. Nach Leborgue (52) ist die Bluttransfusion immer dann indiziert, wenn eine chirurgische Blutstillung nicht möglich ist, also abgesehen von postpartalen Blutungen bei vorzeitiger Plazentarlösung, Inversio uteri, Uterusruptur. Blutspender ist am besten ein naher Verwandter der Frau, rasches Handeln notwendig, dabei aber auch der Blutspender sorgfältig zu überwachen. Ganz ähnlich spricht sich Sauvage (71) aus, der der Bluttransfusion auch zur Bekämpfung des Schocks, z. B. bei Inversio uteri, grossen Wert zuerkennt. Freilich lässt sich die Transfusion nur unter günstigen äusseren Verhältnissen, wozu vor allem das nötige Instrumentarium gehört, durchführen.

Wallich und Adami (87) weisen darauf hin, dass die Pulsbeschleunigung keinen sicheren Anhalt über die Schwere und Prognose einer Anämie gibt; ebenso wenig ist die Pulsspannung, der arterielle Blutdruck zu verwerten. Nur das Blutbild gibt klare prognostische Aufschlüsse. Sie unterscheiden drei Grade der Anämie nach dem Blutbild: 1. Ungleiche Grösse der Erythrozyten, Granulationen in denselben — gute Widerstandsfähigkeit bedeutend; 2. ausserdem Deformation der Blutzellen, 3. kernhaltige Blutkörperchen als Ausdruck dafür, dass die letzten Reserven eingesetzt sind.

Eklampsie. Placenta praevia.

Referent: Dr. M. Stickel.

I. Eklampsie.

1. Adam, Über Augenveränderungen bei Schwangerschaft und Geburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 808.
2. *Aschner, Bernhard, Über die posteklamptische Amnesie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. 2.
3. Austin, Eclampsia with total absence of albumin, but generalized hard edema (Pure Choride-Retention). Med. Rev. Vol. 85. Nr. 9. p. 384—386. (Eklampsie bei einer Erstgebärenden, bei der kein Eiweiss gefunden wurde: im ganzen sechs Anfälle. Die starke Gewichtszunahme, ohne dass Fingereindruck in der Haut sichtbar blieb, bezeichnet Austin als „hartes Ödem".)
4. *Beard, J. H., The importance of urin analysis during pregnancy and the significance of the positive findings. Illinois Med. Journ. Jahrg. 25. Nr. 5. p. 296 ff.
5. Bollag, Karl, Ein seltener Fall von Früheklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 2. p. 65 ff. (Eklampsie im 3.—4. Monat durch Stroganoff günstig beeinflusst.)
6. Bonnet-Laborderie, Accès éclamptiques observés chez deux accouchées à quelques heures d'intervalle. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 2. Nr. 8. p. 686 ff. (Bonnet-Laborderie führt das Auftreten von Eklampsie bei einer II. und einer VIII. Gebärenden kurz nach der Entbindung auf Witterungseinflüsse (Gewitter mit feuchtigkeitsgesättigter Luft) zurück. Chloral und Aderlass führten zur Heilung.)
7. Bonney, V., A case of preeclampsia at the twenty-fourth week, caesarean section Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Jahrg. 24. Nr. 6. p. 313 ff. (Ein Fall von drohender Eklampsie in der 24. Woche, der durch abdominalen Kaiserschnitt geheilt wurde.)

8. Britton, F. C., The diagnosis and treatment of puerperal eclampsia. Journ. of the Tennessee State Med. Assoc. Vol. 6. Nr. 11. p. 430—431. (Nichts Neues.)

9. *Christiani, Zur Therapie der Eklampsie auf Grund der Beobachtungen der Kochsalzretention. St. Petersburger med. Zeitschr. Jahrg. 39. Nr. 10. p. 123.

10. Coles, S. T., The toxemia of pregnancy. Therap. Gaz. Jahrg. 38. Nr. 5. p. 305 f. (Reine Milchdiät, viel Wasser, Kalomel und Natr. bicarb. soll bei drohender Eklampsie gegeben nach Coles die Zahl der Eklampsiefälle vermindern.)

11. Danforth, W. C., Caesarean section, with report of fourteen cases from the services of Drs. Parkes and Danforth. Illinois Med. Journ. Vol. 25. Nr. 4. p. 213—217.

12. *Eisenreich, O., Biologische Studien über die normale Schwangerschaft und Eklampsie mit besonderer Berücksichtigung der Anaphylaxie. Habil.-Schr. Volkmanns klin. Vorträge. N.F. Leipzig, Joh. Ambr. Barth.

13. *Esch, P., Einige Bemerkungen zu der Arbeit von Paul Werner und Emil Kolisch: Vergleichende Untersuchungen über die Giftigkeit von Harn, Serum und Milch (Kolostrum) während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, mit besonderer Berücksichtigung der Eklampsie. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Nr. 2. p. 393 (s. Nr. 61).

14. *Faw und Williams, The total non-protein nitrogen of the blood in pregnancy and eclampsia. Amer. Journ. of the Med. Sciences. 147. Nr. 4. p. 556 ff.

15. Furniss, H. D., Günstiger Effekt der Nierendekapsulation, kontrolliert durch funktionelle Nierenprüfung vor und nach der Operation. Med. Record. Bd. 84. 1913. Nr. 15. (Der Fall ist tatsächlich gut beobachtet. 41 Anfälle während der Geburt. Schwere Rekonvaleszenz.)

16. Gauchon, Du prognostic chez les eclamptiques. Thèse. Paris 1913. 88 p. (Allgemeine Statistik ohne grösseren Wert.)

17. Gessner, W., Zur Behandlung der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 49. (Empfehlung des aktiven Verfahrens mit Unterstützung durch Morphium in grösseren Dosen.)

18. Götte, Ch. A., Over eclampsie. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Deel III. Nr. 3. p. 139—163. (Holländ.) (Zusammenfassende Übersicht. Nichts Eigenes, nichts Neues. Empfehlung der konservativen Behandlung.) (Lamers.)

19. Giunta, Rocco, Il metodo Bossi nel parto forzato per la cura dell' eclampsia. Nota clinica. Gin. moderna. Jahrg. 6. p. 88.—92. 1913. (Ein Fall. Zwillinge Bossis. Dilatation, Heilung.)

20. Guillermit, Contribution à l'étude pathogénique de l'éclampsie. Thèse de Toulouse. 1913. Nr. 63. p. 87. (Nichts Neues, Statistik.)

21. *Haughton, S., The prophylaxis and treatment of pre-eclamptic toxaemia and eclampsia. Indian med. Gaz. 49. Nr. 4. p. 137 ff.

22. *Hirsch, J., Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe. Therap. Monatshefte. Jahrg. 28. Heft 9. p. 612 f.

23. Hodisne, Weitere Bestimmungen über das spezifische Gewicht des Eklampsieblutes. Leipziger Ges. f. Geb. u. Gyn. 20. Juli. Zentralbl. f. Gyn. p. 1383.

24. *Hofstätter, R., Die Anwendung der Hypophysensubstanzen in der inneren Medizin und Gynäkologie. Wiener med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1894.

25. *Hull, E. T., und Rohdenburg, G. L., Experiments on the etiology of eclampsia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 70. p. 919, 1029.

26. Jardine, Robert, Symmetrical Necrosis of the Cortex of the kidneys associated with puerperal eclampsia and Suppression of Urine. Lancet. March 1. 1913. p. 651.

27. — Rapid delivrancy in eclampsia. Brit. med. Journ. 2768. p. 141. (Jardine rät bei Eklampsie auf Grund grosser eigener Erfahrungen nur dann zu entbinden, wenn es ohne schneidende Eingriffe möglich ist, also im allgemeinen am Schlusse der Austreibungsperiode; ist Entbindung nicht möglich, so verwendet er Veratrin, 1 ccm, subkutan.)

28. *Jung, R., Der Übergang von Arzneimitteln von der Mutter auf den Fötus. Therap. Monatshefte. Jahrg. 28. Heft 2. p. 104 ff.

29. *Kolossoff, Tödliche Leberblutung bei Eklampsie. Festschr. f. Prof. Pobedinsky. p. 257—262.

30. Kuntze, Friedrich Georg, Ein Fall von Eklampsie ohne Krämpfe. Inaug.-Diss. Leipzig. 1913. (Ohne Erklärung. Zusammenstellung von 31 Fällen.)
31. *Lichtenstein, Euphyllin bei Eklampsie und akute Magendilatation. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Jahrg. 27. April u. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. p. 833. (Hebung der Diurese bei eklamptischem Koma durch intramuskuläre Euphyllininjektionen.)
32. — Klinische Bemerkungen zur Schnellentbindung bei Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 5. p. 197. (Polemik gegen Nackes Statistik, durch die die Notwendigkeit der Schnellentbindung nicht dargetan sei.)
33. Lyssogorsky, A. W., Ein Fall von vaginalem Kaiserschnitt wegen Eklampsie. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 29. Heft 4. p. 613—614.
34. *Mayer, Paul, Die Eklampsiefälle der Heidelberger Frauenklinik in den Jahren 1902—1912. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913.
35. Nacke, Erwiderung auf den Artikel des Herrn Privatdozenten Dr. Lichtenstein in dem Zentralblatt 1914. Nr. 5. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 16. p. 588—590. (Streit um die Statistik der Eklampsie und deren Verwertung für die Therapie.)
36. Newell, F. S., The treatment of eclampsie. Bull. of the Lying-in-Hospital of the City of New York. Jahrg. 9. Nr. 3. p. 151 ff. (Empfehlung des Aderlasses von 1000 bis 1200 ccm, bei hochbleibendem Blutdruck mit anschliessender Schnellentbindung und Darmreinigung sowie Warnung vor Chloroformanwendung.)
37. Petersen, L. Severin, Von Eklampsie; Theorie und Therapie. Med. Revue. Bergen. p. 155. (Eine hauptsächlich referierende Übersicht über das Verhalten der Eklampsietheorien zu den therapeutischen Massnahmen bei dieser Krankheit.)
38. *Peterson, R., A critical review of 500 published and unpublished cases of abdominal caesarean section for eclampsia. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 6. p. 909 ff.
39. — Emptying of the uterus as one of the methods of treating ante partum eclampsia. Journ. of the Michigan State Med. Soc. 1913. Nr. 1. p. 4 ff. (Peterson empfiehlt die Schnellentbindung bei Eklampsie, weil die Schwangerschaft die Ursache sei; durch Abwarten und medikamentöse Behandlung könne nur geschadet werden.)
40. *Pisani und Servarè, Cholestearinämie und Wassermannsche Reaktion bei Eklamptischen. Ginec. 10. Jahrg. Nr. 20.
41. Plotkin, J. A., Eklampsiefälle und Eklampsiebehandlung der Kgl. Universitäts-Frauenklinik München von 1862—1912 inklusive, mit besonderer Berücksichtigung der Theorien der Eklampsie und ihrer Bedeutung für die Therapie. Inaug.-Diss. München 1913. (Statistische Angaben über die Eklampsie der Münchener Klinik aus den letzten 50 Jahren. Häufigkeit 0,5%. Mütterliche Mortalität früher 37%, kindliche Mortalität 39%, jetzt mütterliche Mortalität 17, kindliche Mortalität 27%.)
42. Polano, O., Weitere Erfahrungen mit der Sectio cervicalis posterior. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. Nr. 15. p. 818 ff. (Polano hat die Sectio cervicalis posterior u. a. auch bei schweren Eklampsiefällen mit gutem Erfolge für Mutter und Kind ausgeführt.)
43. Raubitschek, Über Beziehungen mütterlicher Erkrankungen zu den Organen der Föten und Neugeborenen. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 57. Heft 2. (In zwei Fällen von schwerer Eklampsie fanden sich auch beim Neugeborenen ausgesprochene Nieren- und Leberveränderungen, bei der einfachen Schwangerschaftsniere nie. Urannitrat macht bei dem Muttertier schwere typische Veränderungen, bei Neugeborenen dagegen nicht.)
44. *Reifferscheid, Karl, Euphyllin zur Hebung der Diurese bei Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37. p. 1747.
45. Righetti, Über Eklampsiebehandlung. Wiener klin. Rundschau. 20. Sept. p. 501 u. 513.
46. *Rongy, A., A preliminary report on the treatment of toxemia in pregnancy with placental serum. New York State Journ. of Med. Jahrg. 14. Nr. 1. p. 21 ff.
47. Rossier, Opérations césariennes, ostéomalacie, éclampsie, fièvre puerpérale, pubiotomie, pituitrine, grossesse nerveuse, tumeur de l'ovaire. Rev. méd. de la Suisse romande. Ann. 34. Nr. 6. p. 385 ff. (Kaiserschnitt, abdominal und vaginal, wegen Eklampsie.)
48. *Rothrock, J. L., Wie sollen wir die Eklampsie behandeln.? St Paul Med. Journ. Vol. 15. Nr. 9. 1913. Sept.

49. *Rouvier, Nouvelles Remarques cliniques sur le traitement de l'éclampsie puerpérale par la morphium et ses adjuvants. Ann. de gyn. et d'obst. Juin. p. 321.
50. v. Schichuzki, Untersuchungen über die Bedeutung der Kernsubstanz des Plazentarepithels für die Entstehung der Eklampsie. Inaug.-Diss. Halle a. S. 1913. (Negatives Ergebnis.)
51. *Schiller, A., Zur Eklampsiebehandlung auf Grund der Erfahrungen der Königsberger Universitätsklinik. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Jahrg. 39. Heft 2. p. 147 ff.
52. Schridde, Fall von Eklampsie. Demonstrationsabend d. städt. Krankenanstalt Dortmund. Nov.-Dez. 1913. Med. Klinik. Jahrg. 10. Nr. 6. p. 262. (Blutungen im Peritoneum der Nierenkapsel und den weichen Hirnhäuten. Markhyperplasie der Thymus.)
53. *Schüppel, A., Ein Fall von doppelseitiger totaler Nierenrindennekrose bei Eklampsie, nebst kurzem Abriss über den derzeitigen Stand der Eklampsiefrage. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 2. p. 243 ff.
54. Shulman, Alexander, Prognosis of eclampsia. Arch. of Diagn. Vol. 6. Nr. 3. p. 279 bis 282. 1913. (Abhängigkeit der Prognose von der Zahl und Häufigkeit der Anfälle, von der Temperatur, der Qualität des Pulses, dem Blutdruck und dem Eiweissgehalt. Die Temperaturerhöhung ist weniger wichtig. Nur anhaltende Temperaturerhöhung über 40% ist von schlechter Bedeutung, ebenso die Häufung der eklamptischen Anfälle.)
55. Sselitzky, Eklampsie ohne Krämpfe. Festschr. f. Prof. Pobedinsky, Moskau. p. 25—81.
56. Stahnke, Ernst, Tätigkeit der Niere während der Geburt. Inaug.-Diss. Rostock. August 1914.
57. Sutherland, R. Tate, Clinical lecture on eclampsia. Austral. Med. Journ. Vol. 3. Nr. 131. p. 1388—1391. (Nichts Neues.)
58. Tobin, J., Clinical notes on a case of eclampsia. Journ. of the Roy. Army Med. Corps. Vol. 22. Nr. 3. p. 312—313. (Innerlich Crotonöl und grössere Dosen von Magnesiumsulfat, sowie Morphium. Heilung.)
59. *Vértes, Oskar, Zur Pathogenese der Eklampsie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Sept. Heft 3. p. 361. Okt. Heft 4. p. 466.
60. *Wagner, Zur Behandlung der Eklampsie. Med. Klinik. 1913. Nr. 33.
61. *Werner und Kolisch, Vergleichende Untersuchungen über die Giftigkeit von Harn, Serum und Milch (Kolostrum) während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, mit besonderer Berücksichtigung der Eklampsie. Arch. f. Gyn. Jahrg. 103. Heft 1. p. 222 (s. Nr. 14).
62. Worsley, R. C., Schnellentbindung bei Eklampsie. Brit. Med. Journ. 1913. Dec. 27.
63. *Young, J., Etiology of eclampsia and albuminuria and their relations to accidental haemorrhage. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. July. XXVI. Nr. 1. p. 1 ff.
64. *Zinke, The merits of surgery in management of puerperal eclampsia.
65. *Zweifel, E., Eklampsie nach Totalexstirpation wegen Uterusruptur mit schwerer Anämie bei einer Viertgebärenden. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 5. p. 195.

Vértes (59) hat die Frage, ob die Eklampsie als Überempfindlichkeitserscheinung aufzufassen ist, experimentell studiert. Nach eingehenden theoretischen Erörterungen unter Bezugnahme auf die Erklärung der Überempfindlichkeit nach Wolff-Eisner, in dessen Laboratorium Vértes seine Versuche anstellte, gibt er eine Schilderung seiner Experimente. Nach Wolff-Eisner entstehen „nach der ersten Einverleibung von Eiweisssubstanz lytische Reaktionsstoffe im Serum, die auf die bei nachfolgenden Injektionen einverleibten Eiweisssubstanzen auflösend, d. h. lytisch wirken (Albuminolysine); infolgedessen werden durch Aufschliessen, Auflösung der Eiweisskörper, giftige Eiweissspaltprodukte frei.“ Bei den ersten Injektionen geschieht die Auflösung der einverleibten Eiweisssubstanzen durch die normal vorhandenen lytischen Stoffe, die sogenannten Normalambozeptoren, so langsam infolge der kleinen Menge der lytischen Stoffe, dass eine Reaktion seitens des Körpers gar nicht zustande kommt. Durch die erste Injektion wird aber die Bildung der lytischen, spezifischen Immunkörper angeregt. Wenn nun nach einer gewissen Zeit wiederholt dieselbe Eiweisssubstanz injiziert wird, so verfügt der Körper über soviele spezifische, gegen die

eingespritzte Substanz gerichtete lytische Immunkörper, dass das einverleibte Eiweiss plötzlich aufgelöst werden kann und der Körper mit giftigen Eiweissspaltprodukten überschwemmt wird; so entsteht nach der zweiten Injektion eine intensive, rasch sich einstellende Reaktion; darin erblickt Wolff-Eisner das Wesen der Überempfindlichkeit. Nach Erwähnung der abweichenden Friedbergerschen Theorie beschreibt Vértes die klinischen Erscheinungen der Überempfindlichkeit in ihrer schwersten Form nach Wolff-Eisner und in der leichtesten Form der Pirquetschen Serumkrankheit. Auf Grund dieser Erscheinungen und des pathologisch-anatomischen Befundes: maximale Kapillarerweiterung der Lungen, führt Vértes die Überempfindlichkeit zurück auf eine Alteration des Vasomotorenzentrums. Besteht nun auch eine Parallele zwischen Überempfindlichkeit und Eklampsie? Nach Schmorl ist eine massenhafte Plazentarzellenembolie für Eklampsie pathognomonisch, wenn sie nach Lubarsch auch bei Nichteklamptischen, allerdings in nicht so hohem Grade, vorkommt. Veit hat dafür den Begriff: „Zottendeportation" geprägt, da ganze Zottenäste in die Blutbahn geraten und in verschiedene Organe verschleppt werden. Schubweise gerät also Organeiweiss in die mütterliche Blutbahn, anscheinend in höherem Masse bei Eklampsie als bei normaler Schwangerschaft. Vértes verwirft sowohl die Veitsche Auffassung, dass die Eklampsie entstehe infolge Mangels an Synzytiolysinen, als auch die Ascolische, die einen Überschuss an Synzytiolysinen annimmt, als auch endlich die von Weichart, der auf ungenügende Neutralisierung freiwerdender Synzytiotoxine die Eklampsie zurückführt. Welche klinischen Erscheinungen der Eklampsie lassen sich mit den grundlegenden Schmorlschen Befunden in Einklang bringen? Vértes meint, dass durch die Wehen die Zotten in die Blutbahn hineingepresst werden, da eine grosse Zahl der Eklampsien unter der Geburt bzw. in unmittelbarem Anschluss daran auftreten. Die gleiche Wirkung könnte nach Vértes haben plötzliche Uteruskontraktion, z. B. nach der Blasensprengung, ferner in einem von ihm beobachteten Fall nach Entfernung der Tamponade, die wegen Atonie ausgeführt worden war. Vértes zitiert dann die Fälle von Eklampsie bei Blasenmole, um zu zeigen, dass nicht der Fötus die Ursache der Eklampsie sein kann. So fand Essen-Möller, dass bei Blasenmole das Erbrechen intensiver sei und im allgemeinen früher auftrete, als bei normaler Schwangerschaft. Im einzelnen wird darauf hingewiesen, dass bei Eklampsie ebenso wie bei Überempfindlichkeit ein gewisser Reizzustand des Zentralnervensystems vorhanden sei. Dass man sich neuerdings in der Eklampsietherapie wieder mehr der Stroganoffschen Methode zuwendet, die in der Darreichung gewisser Narkotika und Fernhaltung äusserer Reize besteht, führt Vértes ebenfalls als Stütze seiner Auffassung an.

Und endlich weist die Abderhaldensche Reaktion das Vorhandensein von Stoffen im Blutserum nach, die durch die Überempfindlichkeitslehre gefordert werden. Vértes führt eine Reihe von Arbeiten an von Lockemann und Thies, von der Heide, Gozony und Wisinger, Weichardt, Friedmann und anderen, die zu ähnlicher Auffassung von der Eklampsie als Überempfindlichkeit gelangten, wie er selbst, im Gegensatz wieder zu anderen wie Esch und Felländer. Die Widersprüche der experimentellen Arbeiten auf diesem Gebiet veranlassten Vértes zu seinen Versuchen; das Ziel war festzustellen, ob das Eiweiss des im Mutterleib wachsenden Eies den mütterlichen Organismus überempfindlich zu machen vermöge oder nicht. Aus dem paternen Anteil des Eies, also arteigenem, aber körperfremdem Eiweiss, die Überempfindlichkeit abzuleiten, wäre nicht schwer. Versuche von Gräfenberg und Thies bewegten sich in dieser Richtung. Vértes untersuchte, ob auch der grössere materne, körpereigene Anteil des Eies Überempfindlichkeit seitens der Mutter auszulösen vermöchte. Durch geeignete Vorbehandlung wurde aus den betreffenden Organen eine von Gewebstrümmern befreite Masse hergestellt, so dünnflüssig, dass bei intravenöser Injektion eine Embolie nicht zu befürchten war. Eine grosse Reihe von Tierversuchen führte

zu folgendem Ergebnis: Sowohl durch körpereigenes als auch durch arteigenes Eiweiss konnte eine Überempfindlichkeit bei den Versuchstieren erzielt werden, ähnlich der, wenn auch nicht so hohen Grades, die artfremdes Eiweiss hervorruft; auch waren meist mehrere Injektionen nötig. — Im Gegensatz zu Pfeiffer hält Vértes den Nachweis der Überempfindlichkeit nur für erbracht durch den meist zum Tode des Tieres führenden anaphylaktischen Schock; der Temperatursturz genügt ihm nicht. Die Zufuhr körpereigenen und arteigenen Eiweisses bewirkt einen mehr protrahierten, chronischen Verlauf der Erkrankung. Seine Beobachtungen führen Vértes der Veitschen Auffassung nahe, dass Hyperemesis gravidarum, Schwangerschaftsnephritis und Eklampsie auf einer gemeinsamen Ursache, der Zottendeportation, beruhen. Die Anaphylaxie, bedingt durch die Zotteneinschleppung, kann monatelang bestehen, bis es dann plötzlich zum anaphylaktischen Schock, zum Ausbruch der Eklampsie kommt. Die mikroskopische Untersuchung besonders der Niere und Leber seiner Versuchstiere ergab Vértes ähnliche Befunde, wie diese Organe Eklamptischer aufweisen; auch Eiweiss fand Vértes im Harn einiger Tiere. Es befindet sich also nach Vértes Untersuchungen der schwangere Organismus im anaphylaktischen Zustand infolge Resorption der Zottenelemente, die aus art- und körpereigenem Eiweiss bestehen. Die Eklampsie ist als anaphylaktischer Schock aufzufassen. Die Übereinstimmung beider Erscheinungen erstreckt sich auf die klinischen Symptome, auf die Ähnlichkeit der Organveränderungen und endlich auf die Albuminurie.

Eisenreich (12) gibt nach einer Literaturübersicht die Ergebnisse seiner eigenen Versuche, die das Ziel hatten, Beziehungen anaphylaktischer Natur zwischen Mutter und Fötus zu ermitteln. Er kommt zu einem negativen Ergebnis. Der Komplementgehalt des Blutes Eklamptischer war zwar von dem normaler Schwangerer verschieden, doch ergaben sich keine gesetzmässigen Beziehungen. Mit dem Komplementbindungsversuch konnten keine Immunitätsbeziehungen zwischen Mutter und Fötus ermittelt werden.

Werner und Kolisch (61) stellten in der Wertheimschen Klinik vergleichende Versuche an über die Giftigkeit von Harn, Serum und Milch bzw. Kolostrum, und zwar während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes unter besonderer Berücksichtigung der Eklampsie. Veranlassung zu diesen Versuchen boten die vielfach widersprechenden Ergebnisse der über diese Beziehungen vorliegenden Arbeiten, aus neuerer Zeit besonders von Vollhard, Pfeiffer, Franz Esch, Zinsser und anderen. Die zu prüfenden Stoffe wurden Meerschweinchen meist intrakardial injiziert, und durch wiederholte Messungen wurde der Temperaturabfall bzw. Aufstieg bestimmt. Die Ergebnisse stimmten ausnahmslos mit denen der genannten Autoren überein. Im einzelnen kamen Werner und Kolisch zu folgenden Schlüssen: Harn und Serum gesunder Nichtschwangerer ist ungiftig. Die Giftigkeit des Harnes gesunder Schwangerer nimmt unter der Geburt ab, steigt im Wochenbett und erreicht am 3.—4. Tage post partum ihren Höhepunkt. Bei Nephritis gravidarum ist die Harngiftigkeit erhöht. Bei Eklampsie ist die Harngiftigkeit während der Geburt herabgesetzt, steigt nach der Geburt sofort an, ist aber niemals höher als die normaler Frauen aus der gleichen Gestationsperiode. Das Serum gesunder Schwangerer ist giftig im Gegensatz zu dem Nichtschwangerer; seine Giftigkeit vermindert sich unter der Geburt und steigt im Wochenbett an bis zu einem Höhepunkt am dritten Wochenbettstage. Bei Nephritis gravidarum ist die Serumgiftigkeit erhöht. Das Serum Eklamptischer ist in der Regel giftig bei fehlendem Ödem, ungiftig bei bestehendem Ödem. Bei Wochenbettseklampsien ist das Serum gewöhnlich nur giftig, wenn Ödeme bestehen. Kolostrum ist wenig giftig; Milch ist nur giftig am dritten Wochenbettstage. Weder die Milch nephritischer noch die eklamptischer Wöchnerinnen ist giftiger als die normaler Wöchnerinnen. Auch die Giftigkeit des Kolostrums scheint bei Eklampsie nicht erhöht. Die Ödem-

flüssigkeit bei nephritischen Schwangeren und Wöchnerinnen ist giftig, bei eklamptischen Schwangeren und Wöchnerinnen ungiftig; bei gebärenden Eklamptischen jedoch giftig. Sie steht in umgekehrtem Verhältnis zur Giftigkeit des Serums. Das in der Gravidität im Harn, im Serum und in der Milch auftretende Gift hat weder antigenen Charakter noch anaphylaktische Eigenschaften. Die Ergebnisse der biologischen Auswertung des Harns, des Serums und der Milch Eklamptischer stehen in keinem Zusammenhang mit dem klinischen Bild und Harnbefund bei Eklampsie. Bezüglich Beurteilung der Tierversuche betonen die Autoren noch besonders, dass Krankheitsbilder, die bisher als charakteristisch für Anaphylaxie galten, sich auch bei Blutungen in den Herzbeutel finden. Darum ist es unbedingt erforderlich, alle Tiere unmittelbar nach der letzten Temperaturmessung durch Chloroform zu töten und durch Obduktion jeden Versuchsfehler auszuschliessen.

Esch weist (13) die Behauptung, die sich in der Arbeit von Werner und Kolisch findet, zurück, dass er das Harngift als Anaphylaxiegift aufgefasst habe; er habe diese Frage offen gelassen. Auch fand er den Harn eklamptischer Frauen unter der Geburt nicht stets, wohl aber in mehreren Fällen, stark giftig für Meerschweinchen. Im grossen und ganzen decken sich seine Versuchsresultate mit denen der beiden Verfasser sowohl als auch mit denen Zinssers, im Gegensatz zu den die gleiche Frage behandelnden Untersuchungen von R. Franz.

Eine Reihe von Beobachtungen sprechen nach J. Young (63) dafür, dass die Eklampsie und die Schwangerschaftsalbuminurie zurückzuführen sind auf das Freiwerden von Produkten frühzeitiger Autolyse der Plazenta. Die Toxämien gehen einher mit frischen Plazentarinfarkten. Plazentarinfarkte sind bedingt durch Unterbrechung der mütterlichen Blutzufuhr zu der betreffenden Stelle. Der Bau der Plazenta bringt es mit sich, dass, wenn ein Teil abstirbt, dann die freiwerdenden Produkte dieses Kotyledo in den Blutstrom gelangen können. Bei mehr allmählichem Verlauf der Plazentarerkrankungen sind die Bedingungen für die Entstehung der Infarkte günstiger; daher findet man ausgedehntere Plazentarerkrankungen bei länger bestehender Albuminurie, als bei plötzlich einsetzender Eklampsie; und gerade die allmähliche Entstehung der Toxämie ermöglicht den Fortbestand der Schwangerschaft. Diese Erwägungen führen Young zu der Annahme, dass autolytische Produkte der Plazenta infolge frühzeitiger Nekrose, die Ursache der Toxämien sind. Durch Nachahmung des im Uterus sich abspielenden Prozesses der Autolyse konnte Young eine lösliche Substanz aus der Plazenta gewinnen, die bei Tieren die drei charakteristischen Erscheinungen der Eklampsie auslöste: Krämpfe, Lebernekrose und degenerative Prozesse an den gewundenen Harnkanälchen der Niere. Young rät, bei allen Wochenbettseklampsien auf einen im Uterus etwa zurückgebliebenen Plazentarrest zu fahnden, der genügen könne, die Eklampsie auszulösen.

Beard (4) betont die Notwendigkeit fortlaufender Urinkontrolle in der Gravidität; Albuminurie gilt ihm meist als Zeichen einer Toxikose. Gerade die genaue Urinuntersuchung wird in vielen Fällen die Unterbrechung der Schwangerschaft vermeiden helfen unter Anwendung einer dem Fall angepassten Diät, u. a. auch bei den Schwangerschaftstoxämien.

Schüppel (53) gibt einen Überblick über den heutigen Stand der Eklampsiefrage mit besonderer Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Seite der Frage. Im Anschluss daran beschreibt er den Obduktionsbefund bei einer 35jährigen Frau, die an einer puerperalen Eklampsie gestorben war. Neben den übrigen für Eklampsie kennzeichnenden Organveränderungen fand sich eine doppelseitige totale Nierenrindennekrose, wie sie Beneke und Herzog je einmal beobachteten. Auf eine äussere hämorrhagische Zone folgte ein völlig kernloses nekrotisches Rindengebiet, das durch eine Leukozytenzone nach innen von der Markschicht geschieden war. Die Arteriae arcuatae, interlobulares und die Vasa afferentia

waren durch Thromben verschlossen. Auffallend war eine hochgradige Fettinfiltration der Epithelien in den noch gut erhaltenen Tubuli recti. Eine Embolie konnte als Ursache der Infarktbildung in diesem Falle ausgeschlossen werden. Schüppel nimmt an, dass das hypothetische Eklampsiegift durch Zerstörung der zelligen Blutelemente zu einer Überladung der Blutbahn mit Trümmern der Blutzellen, also zu Blutplättchenbildung führte, die sich wie Schlamm in einem Schlammfang in den Glomerulusschlingen ablagerten und so die Ursache der geschilderten Erscheinungen wurden.

Hull und Rohdenburg (25) haben experimentelle Studien gemacht.

Parenterale Aufnahme eines als Ferment wirkenden homologen Eiweisse bewirkt starke Leber- und schwächere Nierendegeneration in einer wahrscheinlich der Eklampsie ähnlichen Form.

Kocht man das gleiche Eiweiss, so sind die Leberveränderungen geringer, doch ist die Niere schwer geschädigt und die Tiere sterben analog der menschlichen Eklampsie.

Ein Überschuss von fötalen Elementen ins mütterliche Blut bewirkt schliesslich vermehrte Leuzinbildung; dadurch entstehen die Leberveränderungen, während die Nierenveränderungen durch andere Produkte der Autolyse bedingt sind. Letztere sind nach der Meinung der Autoren die wichtigeren für die Genese der Eklampsie. (Leider sind die Darlegungen schon früher von anderer Seite ausgeführt und allgemein abgelehnt worden [Ref.].)

Pisani und Savaré (40) geben an, dass man bei Eklampsie deutlicher als sonst Cholestearin im Blute nachweisen kann. Sie nehmen eine Hyperfunktion der Nieren und eine Dysfunktion der Leber an. Je stärker der Cholestearingehalt ist, desto schlechter ist die Prognose.

Christiani (9) ist der Überzeugung, dass die Verhaltung von Kochsalz die Hauptursache der Entstehung der Eklampsie sei; er empfiehlt deshalb Aderlass, Ruhe, Morphium und Chloral, und wenn dies nicht hilft, Entleerung des Uterus. Bericht über einen Fall.

Faw und Williams (14) bestimmten den Reststickstoff bei normalen Schwangeren und fanden in 100 ccm Blut 21—31 mg, bei Niereninsuffizienz betrug die Menge 34—52 mg, bei sechs Eklamptischen 38—78 mg.

Rothrock (48) gibt eine geschichtliche Darstellung über die Ergebnisse der Behandlung der Eklampsie. Er glaubt nicht, dass die neuen Versuche der operativen Therapie an der Mortalität gegen früher etwas gebessert haben.

Peterson (38) stellt 500 Fälle von abdominalem Kaiserschnitt bei Eklampsie zusammen, die von 250 Operateuren in allen Weltteilen ausgeführt wurden. Er fasst das Ergebnis in einer Zahl von Schlussfolgerungen zusammen, von denen die wichtigsten herausgegriffen seien. Bis 1908 betrug die mütterliche Mortalität 47,97%, nach dieser Zeit bis 1913 nur 25,79%, sank also fast um die Hälfte. Durch sorgfältige Technik und strenge Beschränkung auf sicher nicht infizierte Fälle lässt sich nach Petersons Meinung die Mortalität weiter verringern. So weisen 91 Fälle, von 13 Operateuren ausgeführt, beispielsweise nur eine mütterliche Mortalität von 18,68% auf; ja nach Abrechnung von 15 Fällen, in denen die Frau septisch oder moribund war, ergibt sich sogar nur eine Sterblichkeit von 13,15%. In 54,92% der Fälle hörten die Anfälle nach dem abdominalen Kaiserschnitt auf. Immerhin starben in der Zeit nach 1908 noch 19,8% der Fälle, in denen nach der Operation die Anfälle aufhörten. Allerdings betrug die Mortalität der Fälle, in denen Anfälle nach der Operation weiterhin auftraten, 31,52%. Wichtig ist nicht erst als letztes Mittel, sondern sobald als möglich den abdominalen Kaiserschnitt zur Entleerung des Uterus anzuwenden. 20,32% betrug die Mortalität der Mütter in den Fällen, in denen nur 1—5 Anfälle der Operation voraufgegangen waren; sie sank auf 15% in den Fällen, in denen ausserdem nur 1—2 mal vaginal untersucht worden war. Auf 30,33% stieg die Sterblichkeit in den Fällen, in denen mehr als sechs Anfälle

vor dem Eingriff beobachtet worden waren. Zwillingsschwangerschaft war unter den 500 Fällen häufiger als es der Norm entspricht. Die durchschnittliche Anzahl der Anfälle betrug vor 1908 zehn und nach dieser Zeit acht. Unter Ausschluss der Frühgeburten betrug von 1908—1913 die kindliche Mortalität 3,62 %, wenn man die Kinder als lebend rechnet, die eine Stunde post partum noch am Leben waren. Nach Abzug der nach drei Tagen post partum noch sterbenden Kinder stieg die Mortalität auf 10,69 %; also auch bezüglich der Kindersterblichkeit ist diese Methode den anderen überlegen, da die Eklampsie eben auch den Fötus in hohem Masse gefährdet. Erstgebärende waren 83,75 %, Mehrgebärende 16,17 %; die mütterliche Mortalität betrug bei den letzteren 27,08 %, bei den ersteren nur 24,44 %. Die Mortalität bei abdominalem Kaiserschnitt wegen Eklampsie steigt mit dem Alter der Frau. Schlecht sind die Resultate nur bei unreinen Fällen. Besonders am Platz ist der abdominale Kaiserschnitt in den Fällen, in denen der Entbindung per vias naturales Hindernisse im Wege stehen. Peterson glaubt jedenfalls durch seine Zusammenstellung zeigen zu können, dass bisher vielfach eine zu hohe Mortalität, sowohl der Mutter als auch des Kindes, beim abdominalen Kaiserschnitt wegen Eklampsie angenommen wurde.

Schiller (51) geht chronologisch die seit dem Jahre 1882 in der Königsberger Universitäts-Frauenklinik geübten Behandlungsmethoden und die mit ihnen erzielten Ergebnisse durch: Auf die Behandlung nach G. v. Veit mit grossen Chloroform-Morphium- und Chloraldosen folgte die Zeit der Früh- und Schnellentbindung, besonders unter Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes nach Dührssen. Hierbei bewertet Schiller mit Freund die Ergebnisse nach dem Zeitraum, der zwischen ersten Anfall und Entbindung verstrichen ist, nicht nach der Zahl der Anfälle. In der neuesten Zeit trat wieder die medikamentös-exspektative Stroganoffsche Methode in den Mittelpunkt des Interesses, im Verein mit Aderlässen. Schiller steht auf dem Standpunkt, dass die Ergebnisse der beiden letzterwähnten Methoden bis jetzt noch einander die Wage halten.

Aus der Heidelberger Klinik berichtet Mayer (34) über 65 Fälle von Eklampsie. Die gesamte Mortalität der Mütter betrug rund 17 %, der Kinder früher 52 %, jetzt 23 %. Neuerdings empfiehlt die Heidelberger Klinik den abdominalen Kaiserschnitt. Von 20 Fällen starb nur eine Mutter, 17 Kinder wurden lebend geboren. Daneben wird der Aderlass mit und ohne Kochsalzinfusion angewendet.

Wagner (60) versucht sich auf einen vermittelnden Standpunkt zu stellen. Er will weder die reine Stroganoffsche Methode anwenden, noch unter allen Umständen schnell entbinden. Man soll beide Verfahren zu vereinigen suchen. Das Stroganoffsche Verfahren wendet er bei der Eklampsie nach der Entbindung an. Besonders wichtig ist es, dass er hervorhebt, dass alle Eklampsiekranken ins Krankenhaus gehören.

Haughton (21) gibt als Zeichen einer drohenden Eklampsie, auf die besonders zu achten sei, an: Kopfschmerzen, Sehstörungen, Übelkeit, Erbrechen; auch auf Ödeme ist zu fahnden und der Urin fortlaufend zu kontrollieren. Bei ausgebrochener Eklampsie rät er, wenn irgend möglich, zu entbinden; bei fehlender Eröffnung durch Kaiserschnitt. Magenspülungen, Infusion, Aderlass und Schweissanregung, sowie in schweren Fällen die Nierendekapsulation sind ausserdem angezeigt. Von Narkotizis wendet er nur das Chloralhydrat an.

Dagegen tritt Worsley (62) warm für aktive Methode bei der Eklampsie ein, und zwar mit Dilatatoren.

Rouvier (49) weist nach einleitenden theoretischen Erörterungen, die die verschiedenen Formen der Eklampsie betreffen, an einer Reihe von selbstbeobachteten Fällen den günstigen Einfluss kochsalzfreier, vorwiegend pflanzlicher Kost auf Blutdruck und Albuminurie der Eklamptischen bzw. Präeklamptischen

nach. Der Übergang von dem Zustand normaler physiologischer Funktion aller Organe zu dem der vollständigen Toxämie bildet ein Zeitabschnitt verschiedener Dauer, charakterisiert durch einige Prodromalsymptome. Diesen Übergangszustand rechtzeitig zu erkennen, darauf legt Rouvier besonderes Gewicht. Die Hauptkennzeichen dieses Prodromalstadiums sind der erhöhte arterielle Blutdruck und die Albuminurie. Allerdings kann, wenn auch selten, der Blutdruck minimal oder nur wenig erhöht sein. Zur Stellung der Prognose darf jedenfalls die Höhe des Blutdruckes allein nicht herangezogen werden.

Die Albuminurie gehört zu den konstanten Symptomen der Eklampsie. Nur bei einigen Kranken vermisste sie Rouvier im Intervall zwischen den Anfällen, also nur vorübergehend. Im Hinblick darauf, dass die Mehrzahl der Organsysteme bei der Eklampsie schliesslich in Mitleidenschaft gezogen werden: Niere, Darmtraktus, Gehirn und Meningen, Lungen usw., erschien Rouvier die Behandlung mit Morphium besonders geeignet zur Bekämpfung der Toxämie. Nach Abzug von zwei Fällen von 13 mit Morphium nach seiner Methode behandelten Fällen, die moribund eingeliefert wurden und starben, erzielte er eine Mortalität von 0%: die anderen 11 Fälle wurden geheilt. Da nach seinen Beobachtungen Morphium auch in den schwersten Fällen von Eklampsie rasch durch die Niere wieder ausgeschieden wird, gab er sehr grosse Dosen, um die Krämpfe sicher zu unterdrücken: einmal 11 cg in 46 Stunden; ein anderes Mal gar 14 cg in 30 Stunden. Das Minimum der Morphiumgabe beträgt $4^1/_2$ cg; die ganz grossen Dosen bleiben für die schwersten Fälle vorbehalten. Man gibt während der ersten Stunde viermal 1 cg, dann gibt man, falls die Anfälle aufhören, nach zwei Stunden nochmals 1 cg. Solange nicht zwei Stunden die Anfälle aussetzen, solange gibt man weiterhin stündlich 1 cg. Auch eine diuretische Wirkung schreibt Rouvier dem Morphium zu. Unterstützt werden muss die Morphiumtherapie noch durch eine Reihe von anderen Massnahmen; doch bleibt das Wichtigste immer die Morphiumdarreichung. Magenspülungen mit sterilem Wasser (5—6 Liter) nach Umständen wiederholt; flüssige Diät; möglichst hohe Rektalspülungen, ebenfalls mindestens 6 Liter alle 6—8 Stunden; Helmitol zur weiteren Steigerung der Diurese. In besonders schweren Fällen wendet Rouvier Aderlässe bis zu 300 g und Sauerstoffzufuhr durch Einatmung und subkutan an. Auch Lumbalpunktion kommt in Frage. Ob das Punktat klar oder blutig ist, hat nach Rouvier prognostische Bedeutung. Häufiger als vielfach angenommen wird, schliesst sich an die Eklampsie nach Rouviers Ansicht eine Manie oder eine Amnesie (siehe Aschner (2)) an. Durch Aderlass und die Morphiumbehandlung soll sich die Zahl der posteklamptischen Psychosen vermindern lassen. Im allgemeinen bietet die Psychose eine gute Prognose. Rouvier steht auf dem Standpunkt, dass durch seine Methode der Morphiumbehandlung im Verein mit den übrigen geschilderten therapeutischen Massnahmen, die eigentlich alle bei Eklampsie empfohlenen Prozeduren in sich schliessen, mit Ausnahme der operativen Entbindung, der bis dahin als eine schwere Erkrankung geltenden Eklampsie ihr bedrohlicher Charakter zum grössten Teil genommen sei.

Zinke (64) weist auf zwei im Jahre 1913 erschienene amerikanische Publikationen hin, in deren einer die sofortige Entleerung des Uterus durch vaginalen Kaiserschnitt als die erfolgreichste Methode der Eklampsiebehandlung gepriesen wird, während in der anderen der rein medikamentösen Behandlungsart das Wort geredet wird. Wie soll sich nun der Praktiker verhalten, da Todesfälle bei beiden so verschiedenen Methoden in fast der gleichen Prozentzahl vorkommen? Unter Polemik gegen andere Autoren empfiehlt Zinke die medikamentöse Behandlung mit Veratrum viride, subkutan angewandt, heissen Bädern oder Packungen, Milchdiät. Ist die Patientin in der Geburt, so kann man durch Wendung oder Zange entbinden. Seine mütterliche Mortalität ist 13%. Angaben über die kindliche fehlen.

Hirsch (22) streift in seinem Referat über die praktischen Ergebnisse der Geburtshilfe auch die Eklampsiefrage. Den Anhängern der Frühentbindung, auch auf blutig-operativem Wege, sind in denen, die nach Zweifel-Stroganoff mit einem Aderlass die Morphium-Chloralhydrattherapie verbinden, Gegner erwachsen; zwischen ihnen, auf der „mittleren Linie", stehen diejenigen, die eine schonende, aber schnelle Entbindung mit dem Zweifel-Stroganoffschen Verfahren vereinen. Der Therapie der mittleren Linie neigt auch Hirsch zu; für wichtig hält er die Verdrängung des Chloroforms durch den Äther zur Narkose bei Eklamptischen. Auch Euphyllin wandte er mit Erfolg an.

Reifferscheid (44) hat 16 zum Teil sehr schwere Fälle von Eklampsie in der Bonner Frauenklinik in den Jahren 1910—1911 mit Euphyllin intramuskulär oder rektal behandelt. Der Erfolg war sehr gut: nur ein mütterlicher Todesfall. Meist trat starke Diurese sofort ein. Nicht nur in der Entwässerung, sondern auch in der Entsalzung erblickt Reifferscheid die Hauptwirkung und empfiehlt die systematische Anwendung des Präparates bei Eklampsie.

Lichtenstein (31) rät, das Euphyllin bei Eklampsie weiter auszuprobieren, da er einen gewissen günstigen Einfluss in fünf Fällen, die er damit behandelt, beobachtete.

Hofstätter (24) führt in einer ausführlichen Besprechung der Anwendung der Hypophysensubstanzen in der inneren Medizin und Geburtshilfe u. a. an, dass auch in der Bekämpfung der Eklampsie Hypophysenextrakte bzw. ihre diuretische Wirkung Anwendung fanden, so von Krakauer und Schlossberger. Dagegen wird von Antecky und Zakrzewsky jeglicher Einfluss dieses Mittels auf die Eklampsie bestritten.

Rongy (46) gelang es, durch Injektion von fötalem Serum die Geburt in Gang zu bringen, gleichzeitig verschwanden bei einer Kreissenden die Anzeichen drohender Eklampsie. Er gab daraufhin das Serum (10—20 ccm intramuskulär) mit gutem Erfolge bei vier schweren Fällen von Eklampsie und in zwei Fällen drohender Eklampsie.

Kolossoff (29) beobachtet in einem Falle von Eklampsie bei einer 39 jährigen Erstgebärenden Asphyxie während des vaginalen Kaiserschnittes, deshalb zur Rettung des Kindes der klassische Kaiserschnitt. In der Bauchhöhle grosse Mengen von Blut und die Ursache des Blutes war Ruptur der Leber. Tödlicher Ausgang.

Aschner (2) beschreibt zwei Fälle von Amnesie. Er hält das Symptom für verhältnismässig regelmässig, wenn auch in der Literatur darüber nicht viel bekannt ist.

Zweifel (65) beschreibt das Auftreten von Eklampsie $3^1/_2$ Stunden nach der Totalexstirpation des Uterus mit linken Adnexen bei einer Viertgebärenden mit engem Becken, bei der Entbindungsversuche zur Uterusruptur geführt hatten. Nach Anwendung der Stroganoffschen Methode erwachte die Patientin am dritten Tage aus dem Koma, am 17. Tage verschwand die Aphasie; Heilung. Das Krankheitsbild war getrübt durch die schwere Anämie.

Jung (28) beobachtete zwei Fälle von Eklampsie, nach Stroganoff behandelt, in denen seiner Meinung nach die Kinder starben infolge des Überganges von Morphium, Chloral bzw. Chloroform von der Mutter auf den Föt; in einem dritten Fall war eine tiefe Asphyxie des Kindes die Folge der erwähnten Therapie. Danach stehen die klinischen Erfahrungen im Gegensatz zu experimentellen Untersuchungen, nach denen nur Spuren von Narkotizis von der Mutter auf den Fötus übergehen.

II. Placenta praevia.

1. Appelgate, J. C., Four unusual obstetric complications. New York Med. Journ. Aug. I. C. Nr. 5. (Der zweite Fall war kompliziert durch Placenta praevia lateralis, fibromyxomatöse Degeneration des Chorion und allerlei Missbildungen des teilweise mazerierten Fötus. Im vierten Fall wurde wegen Placenta praevia centralis im 8. Monat Kaiserschnitt ausgeführt.)
2. *Brindeau, A., Traitement actuel des hémorragies dues au placenta praevia. Journ. des sages-femmes. Ann. 42. Nr. 8. p. 57—59. Nr. 9. p. 65—66. Nr. 10. p. 73—74 u. Clin. Tarnier, Paris. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Ann. 9. Nr. 4. p. 233, 243.
4. Cathala, Opération césarienne conservative pour insertion vicieuse du placenta. Gyn. 18. Nr. 2. p. 116 ff. (Empfehlung des Kaiserschnittes bei Placenta praevia auf Grund der Literatur und eines eigenen Falles.)
5. Cohn, R., Pituglandol bei Placenta praevia. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1430. (Bei einer 26jährigen Erstgebärenden, fünf Wochen vor dem normalen Ende der Schwangerschaft, bewirkte Pituglandolinjektion innerhalb 3½ Stunden die Erweiterung des für die Fingerkuppe zugängigen Muttermundes, so dass mit zwei Fingern die Blase gesprengt werden konnte.)
6. *Davis, Edward P., The treatment of placenta praevia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. LXIII. Nr. 4. p. 290 ff. July 25.
7. Döderlein, A., Cura dell' emorragia dell' area placentare negli ultimi mesi della gravidanza. Clin. ostetr. Jahrg. 16. Nr. 4. p. 73—81. (Statistische Zusammenstellung im ganzen von 5161 Fällen von Placenta praevia. Mütterliche Mortalität 8%, kindliche Mortalität 54%.)

7a. Engelhard, I. L. B., Over Placenta praevia. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. 3. Aufl. (Verf. gibt einen Überblick über die Fälle von Placenta praevia aus der Utrechtschen Universitätsklinik und Poliklinik von 1899—1911. Auf 20793 Geburten 100 Fälle, d. h. 0,48% oder 1 auf 207 Geburten. Einfluss von früheren Graviditäten, die Ätiologie, Insertionsstelle des Eies werden ausgiebig besprochen, sowie auch der Beginn der Blutung, der Einfluss auf die Schwangerschaftsdauer, die Lage der Frucht, Komplikationen, wonach Verf. zur Behandlung der Placenta praevia kommt. Eihautstich, Gazetamponade, Kolpeurynter; Herunterholen eines Fusses bei unvollkommener Eröffnung, Braxton-Hicks und die operativen Behandlungsmethoden. Der Verf. gibt bei den verschiedenen Fällen eine Gesamtmortalität für die Mutter von 9—10%, für die Kinder von 52,6%. Eine sehr eingehende Besprechung der Krankengeschichten bei den verschiedenen Arten der Behandlung führt den Verf. zur Konklusion, dass für das Kind die beste Methode der Eihautstich, die Tamponade der Cervix und Vagina, Metreuryse und Kaiserschnitt sei, während dagegen im Interesse der Mutter die Wendung nach Braxton-Hicks am ungefährlichsten wäre, oder bei starken tiefgehenden Cervixrissen besser der Kaiserschnitt, sowie bei Blutung im Anfang der Geburt, wenn die Eröffnung noch sehr gering ist, vorausgesetzt, dass keine Infektion im Spiel ist.) (Mendes de Leon.)

8. Fabre et Fouilloud-Buyat, Un cas de placenta praevia. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 16 Mars.
9. Fekete, Durch Placenta praevia centralis bedingte Hysterotomie. Zentralbl. f. Gyn. p. 805. (Ein komplizierter Fall, bei dem die abdominale Uterusexstirpation vorgenommen wurde, mit gutem Erfolg für die Mutter.)
10. Fournier, De l'emploi de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse dans le placenta praevia, la délivrance à terme et la rétention placentaire post-abortive. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 4 Mars.
11. Harrar, J. A., Efficient methods in the treatment of placenta praevia. New York State Journ. of Med. Jahrg. 14. Nr. 2. p. 81 ff. (Harrar empfiehlt die Metreuryse und warnt vor forcierter Entbindung. Im New Yorker Lying-in-Hospital kamen in 20 Jahren 466 Fälle von Placenta praevia, von denen 70 tödlich ausgingen, auf 81000 Geburten. Die mittlere Mortalität sank in den letzten fünf Jahren von 18% auf 11½%. In gewissen Fällen kommt auch der abdominale Kaiserschnitt in Frage.)
12. Jung, Ph., Behandlung bedrohlicher Blutungen während der Geburt. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 40. Nr. 23. p. 1145—1146. (Zusammenfassende Darstellung.)

13. Kohlmann, The cesarian section in ante-partum hemorrhage. New Orleans Med. and Surg. Journ. Jahrg. 66. Nr. 9. p. 655. (Kohlmann empfiehlt auf Grund zweier eigener Fälle den Kaiserschnitt bei Placenta praevia und vorzeitiger Lösung der normalsitzenden Plazenta.)
14. Kosmak, G. W., Dystocia und Placenta praevia nach Interposition. Med. Record. Bd. 84. 1913. Nr. 15. (Heilung durch Kaiserschnitt.)
15. Kupermann, L., Placenta praevia und ihre Behandlung nach Braxton Hicks. Inaug.-Diss. München 1913.
16. *Lindemann, Walther, Über die Anwendung der Hysterotomia anterior bei Placenta praevia. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 6. Heft 1. p. 163 ff.
17. Mac-Pherson, Treatment of placenta praevia by cesarean section. When, if ever is it justifiable? Bull. of Lying-in-Hosp. of the City of New York. Jahrg. 9. Nr. 3. p. 198 ff. (Der Kaiserschnitt wird bei Placenta praevia empfohlen bei langer, wenig eröffneter Cervix und lebendem Kind, gleichviel ob das Becken normal oder verengt ist. Die mütterliche Mortalität betrug 5,3%, die kindliche 26% in 16 Fällen.)
18. Nagel, W., Placenta praevia und ihre Behandlung. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 1. (Nagel hat in 50 Fällen die Wendung nach Braxton-Hicks bei Placenta praevia angewendet. Er zieht diese Methode auf Grund seiner Ergebnisse den anderen in Frage kommenden, wie Tamponade, Ballonbehandlung, vaginalen und abdominalen Kaiserschnitt vor.)
19. *Nürnberger, L., Zur Kenntnis der Placenta praevia, speziell der Placenta praevia accreta. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 6. Heft 1. p. 1 ff.
20. Pargschew, D. A., Sectio caesarea abdominalis bei Placenta praevia. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 199. Ref. Zentralbl. Nr. 34. p. 1196. (Ein Fall von Placenta praevia centralis bei 35jähriger VIII-Gebärenden wurde mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind durch klassischen Kaiserschnitt behandelt. Pargschew empfiehlt diesen Eingriff auch bei Anämie der Mutter und bei gefährdetem Kind; nur bei infektiösen oder infektionsverdächtigen Fällen sieht er davon ab.)
21. Purslow, C. E., Uterus with multiple Fibroids and Placenta praevia, removed by Hysterectomy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 25. Nr. 6. June. p. 363. (Myom, bis zum Rippenbogen reichend; im Uterus ein 11 Wochen alter Fötus; die Plazenta bedeckte das Os internum.)
22. *Reinhardt, E., Über die Gefahren der Tamponade bei Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 4. p. 168 ff.
23. Sapelli, Die Metreuryse in der Behandlung der Placenta praevia. 10 Fälle durch Metreuryse geheilt und 10 lebende Kinder. Liguria med. 1913. August 15. (Auffallend ist, dass das Instrument ausserhalb des Amnion angelegt wurde.)
24. Stratz, Behandlung der Placenta praevia. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 713. (Unter 173 Fällen von Placenta praevia genügt in der Privatpraxis 63mal die Blasensprengung, 110mal wurde die Braxton-Hicks-Wendung gemacht. Nur eine Mutter starb, 77 Kinder (45%) kamen tot zur Welt. Stratz empfiehlt für die Praxis auf Grund der vortrefflichen Erfolge ganz besonders die Braxton-Hickssche Wendung.)
25. — Sitzg. vom 5. April zu Leiden. (Stratz komplettiert seine Mitteilung über Placenta praevia. Die Behandlung war: bei geringer Blutung am Ende der Schwangerschaft; Ruhe, Morphium, niemals Tamponade; bei schwerer Blutung prophylaktische Wendung — Braxton-Hicks; Abwarten und nur extrahieren, wenn das Kind bis an den Schultern geboren. Resultate: zweimal Infektion, vom Endometrium, einmal Douglasabszess. In 50 Fällen leichte Störungen. Ein Todesfall [Verblutungstod? Luftembolie?]. Tamponade ist jedenfalls zu verwerfen. Operatives Eingreifen ganz abzuraten. Diskussion: Kouwer meint, aus den verschiedenen Statistiken schliessen zu dürfen, dass operatives Eingreifen in keinem der Todesfälle imstande gewesen wäre, die Frau zu retten. Mit gut ausgeführter Tamponade kommt man am besten aus, vorausgesetzt, dass man streng aseptisch arbeitet und nicht zu lange abwartet, wodurch die Frau zu anämisch wird. De Snoo sieht mehr Erfolg von der Sectio caesarea vaginalis bei Placenta praevia, als von der Tamponade, die immer Infektion herbeiführt und wobei man Cervixrisse vollständig vermeiden kann. Besonders bei starker Blutung, wenn noch kein Kolpeurynter eingebracht werden kann, ist die Sectio vaginalis indiziert, da man dann auch das Kind retten kann, was bei Braxton-Hicks unmöglich zu sagen ist. Engelhard befürwortet ebenfalls die Tamponade.) (Mendes de Leon.)

26. Thierry et Lafay, Dystocie par variété rare de placenta praevia. Tours méd. Ann. 10 Nr. 3. p. 45—48.

27. *Zinke, E. Gustav, A few points of practical importance in obstetrics, gynecology and abdominal surgery. The treatment of placenta praevia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. LXIII. Nr. 10. Sept. 5. p. 817.

Davis (6) fasst die Placenta praevia auf als eine besondere Form der ektopischen (!) Schwangerschaft, da sich das Ei nicht an normaler Stelle einnistet. Sie bietet in gleicher Weise die Gefahr der Blutung wie der Infektion, und wie bei der Extrauteringravidität klinisch-operative Behandlung nötig ist, so auch bei der Placenta praevia. Für den praktischen Arzt und im Privathaus empfiehlt er Blasensprengung bei Placenta praevia partialis bzw. lateralis. Zur Wendung nach Braxton-Hicks rät er, wenn die Placenta praevia eine totale ist. Die Extraktion danach ist streng verboten und das kindliche Leben muss zugunsten des mütterlichen geopfert werden. Dazu soll Strychnin, Atropin oder Digitalis gegeben werden. Nach der Geburt soll eine Uterusspülung und Tamponade vorgenommen werden, um Post partum-Blutungen zu vermeiden. In der Klinik soll nach Blasensprengung der Metreurynter eingeführt werden bei Placenta praevia lateralis; durch anschliessende Entbindung (Forzeps) nach genügender Erweiterung des Muttermundes kann die Kindersterblichkeit bedeutend vermindert werden. Bei totaler Placenta praevia, besonders auch bei Erstgebärenden ist der abdominale Kaiserschnitt am Platz, Wendung nur bei totem oder nicht lebensfähigem Kind. Auch bei lebendem Kind kommt besonders bei Mehrgebärenden die Metreuryse in Frage mit anschliessender operativer Entbindung. In 17 Fällen führte Davis den abdominalen Kaiserschnitt aus; auch nach dieser Operation spült und tamponiert er den Uterus vom Abdomen her. Alle Mütter blieben am Leben, die kindliche Mortalität betrug 40%.

Zinke (27) ist der Ansicht, dass die Mehrzahl der Fälle von Placenta praevia mit günstigem Ausgang für die Mutter behandelt werden kann mit Tamponade, Metreuryse, Wendung und langsamer Extraktion. Doch geht bei diesen Behandlungsmethoden ein grosser Prozentsatz der Kinder zugrunde. In gewissen Fällen hält Zinke auch den abdominalen Kaiserschnitt für berechtigt, so wenn bei Placenta praevia lateralis oder partialis die Blutung nicht sicher durch die obenerwähnten Massnahmen beherrscht werden kann, wenn die Chorionzotten die Muskularis durchwuchert haben, wenn die Cervix sehr lang oder sehr rigide ist und wenn die Kindeslage Tamponade oder Metreuryse unmöglich bzw. unwirksam macht. Besonders wendet er sich gegen die, die den Kaiserschnitt wohl bei Eklampsie, aber nicht bei Placenta praevia für berechtigt halten, indem er die Frage aufwirft, ob nicht ein durch abdominalen Kaiserschnitt lebend zur Welt gebrachtes Kind bei Placenta praevia bessere Aussicht habe, am Leben zu bleiben als bei Eklampsie.

Lindemann (16) zieht auf Grund der Erfahrungen der Hallenser Frauenklinik bei Behandlung der Placenta praevia den vaginalen Kaiserschnitt im allgemeinen dem abdominalen aus verschiedenen Gründen vor. Die Hernienbildung und Wundeiterung fällt fort; er ist leichter auszuführen; auch Blasenverletzungen kommen kaum vor. Nur selten erschwert der Sitz der Plazenta den vaginalen Kaiserschnitt. Bei festsitzender Plazenta besteht bezüglich der Gefahr dieser Komplikation kein Unterschied zwischen der vaginalen und der abdominalen Operation. Allenfalls bei Erstgebärenden bietet der vaginale Weg gewisse Schwierigkeiten. Die Mortalität betrug nur 3,2% bei den Müttern und 24% bei den Kindern.

Reinhardt (22) berichtet über 270 Fälle von Placenta praevia, die in den letzten 10 Jahren in der Dresdener Frauenklinik behandelt wurden. 115 Fälle wurden tamponiert eingeliefert. Die Gesamtmorbidität betrug 42%, die Ge-

samtmortalität 2,2%. 47% der fieberfreien Fälle waren tamponiert, 66% nicht tamponiert; von den fiebernden 53%, 34% nicht; von den an Sepsis gestorbenen 4,3%, 0,7% nicht. Morbidität und Mortalität ist demnach bei den tamponierten Fällen höher. Bei mässiger Blutung soll man zum Transport Morphium geben und nicht tamponieren, besonders nicht, wenn Placenta praevia gar nicht nachgewiesen ist. Lässt sich zum Transport die Tamponade nicht umgehen, so soll man streng aseptisch mit in dünner Permanganatlösung getränkter und wieder ausgedrückter Gaze tamponieren. Jeder tamponierte Fall gilt als infektionsverdächtig.

Brindeau (2) schildert die Gefahren der Placenta praevia, die gleicherweise Mutter und Kind betreffen: Tod durch Verblutung und Tod durch Sepsis. Nach neueren Statistiken starben 6,5% der Mütter durch Infektion, 2,5% durch Verblutung. Je tiefer die Plazenta sitzt, um so grösser ist die Gefahr. Die kindliche Sterblichkeit betrug zwischen 25% und 70%. Die erweiternden Eingriffe an der Cervix gefährden das Kind durch Nabelschnurvorfall. Die forcierte Erweiterung der Cervix ist als zu gefährlich verlassen. Die noch viel gebräuchliche Tamponade hat den Nachteil, aus der äusseren Blutung eine innere zu machen, die der Kontrolle des Auges entzogen ist. Man soll unterscheiden zwischen chirurgischer Entbindungsmethode, die für eine kleine Zahl von Fällen aufgespart bleiben kann, und geburtshilflicher Entbindungsmethode, die für die Mehrzahl der Fälle in Betracht kommt. Zu diesen gehören: Blasensprengung, ferner Wendung, die das kindliche Leben bisweilen in Gefahr bringt, schliesslich Metreuryse. Zu den chirurgischen Entbindungsmethoden gehören der abdominale und vaginale Kaiserschnitt. Zu den letzteren Verfahren rät Brindeau erst dann zu greifen, wenn die geburtshilflichen Methoden nicht zum Ziele führen.

Kupermann (15) hat als Ergebnis der Erfahrungen der Münchener Klinik die kombinierte Wendung ohne Extraktion als das beste Verfahren bei Placenta praevia empfohlen. Von 39 Fällen starben fünf Frauen, von denen allerdings epikritisch einige Fälle ausscheiden. Die kindliche Mortalität betrug allerdings 80%.

Nürnberger (19) gibt eine Übersicht über die Untersuchungen, die aus den letzten Jahren über Placenta praevia, über das Eindringen der Chorionzotten in die Uteruswand und die Placenta accreta sowie über das Chorionepitheliom vorliegen; seine eigenen Untersuchungen betreffen einen im dritten Monat graviden Uterus, an dem sich makroskopisch und mikroskopisch ein Isthmus deutlich nachweisen liess und einen zweiten Fall, in dem die Plazenta mit der Vorderwand des Isthmus und des Zervikalkanals fest verwachsen war. Mikroskopisch war hier besonders auffallend die ausgedehnte Einwucherung der Chorionzotten in das Myometrium. Doch hält Nürnberger diese Erscheinung und die abnorme Eieinnistung nicht für ausreichend zur Erklärung der Placenta accreta, besonders wenn man den Befund bei anderen Placenta praevia-Fällen und bei der Tubargravidität zum Vergleich heranzieht. Eben das Fehlen der Spongiosa und die vielleicht durch Fermentwirkung bedingte parenchymatöse Degeneration des Myometriums, kurz, die hochgradige Veränderung von Decidua und Uterus, muss man, wie es auch Baisch getan hat, nach Nürnberger berücksichtigen, um die Plazentarverwachsung zu erklären.

III. Kindliche Störungen.

Referent: Frl. Elisabeth Loewenhardt cand. med.

A. Missbildungen[1]).

1. Bellardoni, Contributo clinico statistico della concomitanza di mostruosita fetali ed idramnios. Ist. ost. gin. Torino. Gin. minon. VII. p. 33. s. a. Zentralbl. d. ges. Geb. u. Gyn., Bd. 5. p. 283. (Unter 68 Fällen von Hydramnion 17 mal (25%) Zwillinge; neunmal Missbildungen, zweimal Entwicklungsstörungen in geringem Grade.)
2. Gussew, Über die Schwierigkeit, die Anencephalie der Frucht während der Geburt zu erkennen. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 247. (Russisch.) (Missbildung wurde nicht intra partum erkannt. Volles Fehlen des Gehirns, Spina bifida.)
3. Humpstone, Dystozie und Tod des Fötus infolge kongenitaler Zystenniere. New-York. Obst. Soc. Oct. 1913. Gyn. Rundschau. Heft 23/24. p. 719. (Beschreibung der makroskopischen und mikroskopischen Veränderungen der Nieren. Verf. hält die Zystennieren für eine Entwicklungsstörung.)
4. Marek, Ruptur einer Nabelschnurhernie intra partum. Casopis lék. cesk. 1913. Nr. 45. Zentralbl. f. Gyn. p. 293. (An der vorderen Bauchwand in der Gegend der Nabelstranginsertion ein mannsfaustgrosses Gebilde, das aus Darm, Magen und Leber bestand. Operation. Heilung. Verf. fand fünf analoge Fälle. Nach der letzten Statistik von Finsterer betrug die Mortalität nach der Operation 22%.)
5. Scherer, Monstrosität, die ein Geburtshindernis bildete. Gyn. Sect. Ärztev. Budapest. 8. 12. 13. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 22. p. 810. (Starker Aszites einer sieben Monate alten Frucht und Überfüllung der persistierenden Kloake machten eine Geburt unmöglich. Punktion der beiden Flüssigkeitsansammlungen. Extraktion.)
6. Simon, Praktische Betrachtungen über die Aufgabe des Geburtshelfers bei einigen fötalen Missbildungen des Kopfes. Thèse de Paris. 1913. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Jahrg. 22. Nr. 1. p. 1—7. (Dass es sich um Föten mit mangelhafter, resp. rudimentärer Schädeldecke oder Gehirn handelt, kann man mit Sicherheit behaupten, wenn man 1. wiederholt beobachtet, dass sich in der späteren Schwangerschaftszeit durch den touchierenden Finger konvulsive Bewegungen des Fötus auslösen lassen, wenn 2. dabei Hydramnion und 3. Nephritis der Mutter besteht. Eventuell Einleitung der Frühgeburt im siebenten bis achten Monat, da am Ende der Schwangerschaft für die Mutter gefährliche Komplikationen entstehen können (Hydramn., grosse Schulternbreite].)
7. Vallois und Madon, Geburtshindernis durch Hydrocephalus. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 240. (Mehrere vergebliche Zangenversuche. Nach richtiger Diagnosenstellung Perforation und Extraktion.)
8. Zweifel, P., Die Geburt eines durch angeborenen Aszites unförmlich vergrösserten Kindes. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. 618. Sitzg. 16. Febr. Zentralbl. f. Gyn. p. 969. (Ein Fall der Art. Demonstration durch Neumann: Die Missbildung zeigt verschiedene Abnormitäten im Urogenitalsystem. Die eigentliche Ursache für den Aszites bildete die prall gefüllte, dilatierte Harnblase; in der darin enthaltenen Flüssigkeit befand sich keine Harnsäure; es konnte sich nicht um Urin handeln. Die Dilatation war also nicht durch Urinstauung, sondern durch aktives exzessives Wachstum entstanden.)

B. Multiple Schwangerschaft.

1. Ambrosini, A proposito di trasmissione della sifilide nella gravidanza gemellare. Opera pia guardia ostetr. ed asilo „Regina Elena". Milano. Jahrg. 28. p. 113—125. (Mutter luetisch infiziert. Abort im vierten Monat; später im siebenten Monat spontane Geburt eines 42 cm langen, toten mazerierten Kindes mit leichten Aszites-Pemphigusblasen; danach schwere Blutung. Ein zweites Kind im Uterus. Querlage,

[1]) Hier sind nur berücksichtigt diejenigen Missbildungen, welche zu Geburtsstörungen Veranlassung gegeben haben.

Wendung, Extraktion. Kind lebt, zeigt keine luetischen Veränderungen. Nach zwei Stunden Exitus. Möglichkeit, dass einer der Zwillinge nicht luetisch infiziert zu sein braucht.)

2. Bar, P., Présentation d'un placenta de grossesse gémellaire monoamniotique avec un des foetus bien développé et l'autre petit, momifié, trouvé libre dans la cavité amniotique. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 2. p. 772—775. 1913. (Das Wesentliche ist im Titel angegeben.)

3. Benthin, Eineiige Zwillinge und Hydramnios. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 564. (Zwei Fälle. Gemeinsam: akutes Hydramnion im vierten bis fünften Monat; 6—7 Liter Fruchtwasser. 1. Fall: Polyhydramniotischer Fötus; Herz- und Leberhypertrophie, grosse Eihöhle und reichliche Plazentargefässe, grösser als der Oligohydramnios, ausserdem ein oligohydramniotischer Fötus. Insertio velamentosa der Nabelschnur. 2. Fall: Oligohydramniotischer Fötus, weit grösser und voluminöser in seinen Organen als der polyhydramniotische. Ein polyhydramniotischer Fötus. Insertio velamentosa der Nabelschnur. Nieren in beiden Fällen bei beiden Zwillingen annähernd gleich gross.)

5. Bogdanovics, Ein Fall von Zwillingsgravidität mit intra und extrauterinen lebenden Früchten. Demonstration. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 807. (Verf. beschreibt einen Fall von neun Monate alter Intra- und Extrauteringravidität, zwei lebende Früchte verschiedenen Geschlechts. Beide Keime stammen aus dem linken Ovarium. Die rechtsseitige tuboabdominale Frucht wurde 22 Tage nach der Geburt der intrauterinen durch Laparotomie entfernt.)

6. Braham, Zwillingstubenschwangerschaft mit Tubarabort eines Zwillings. Brit. med. Journ. August 1. (Gravidität im sechsten Monat. Wegen starker Blutung Laparotomie. Beide Föten abgestorben ungefähr 17½ cm lang; einer frei unter der Leber liegend. Heilung.)

7. Brattström, Ein Fall von viereiigen Vierlingen nebst einigen Beobachtungen betreffs der Vierlingsgeburten im allgemeinen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 1. (Spontane Geburt von vier viereiigen männlichen Früchten, drei lebend und ausgetragen, eine mazeriert. Drei der Plazenten sind durch deutliche Scheidewände voneinander getrennt. Mehrlingsgeburt ist als Folge eines abnormen Reichtums des Ovariums an Follikeln und gleichzeitigem Platzen mehrerer Follikel aufzufassen.)

8. Buecheler, Über Mehrlingsschwangerschaft. Ärztl. Verein in Frankfurt. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Heft 2. p. 324.

9. Chambrelent, Über einen Fall von akutem Hydramnios bei Zwillingsschwangerschaft. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 432—436. (Im fünften Monat Entstehen eines akuten Hydramnios. Unterbrechung der Gravidität. Sechs Liter Fruchtwasser. Kinder lebten beide.)

9a. Coron, Contribution à l'étude de la grossesse triple. Thèse de Lyon. Nr. 75. 1913.

10. Demelin, L., Die Prognose der Schwangerschaft und Geburt bei Zwillingen. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Oct. Zentralbl. p. 1320. (100 Beobachtungen. Prognose schlecht; häufig Abort und zahlreiche Frühgeburten. Grund für diese: Überdehnung des Uterus, Hydramnion. Mortalität bei Erstgebärenden grösser als bei Mehrgebärenden. Alle Komplikationen bei Zwillingen schwerer als bei einem Kinde.)

11. Diamant, Geburt eines merkwürdigen Doppelmonstrums. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Nr. 1. p. 35. (Holländ.) Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 557. (Spontane Geburt eines Encephalothoracopagus. Ein Gesicht normal, das andere zeigt ein Auge, Andeutung von Nase und Mund; darunter die dicht aneinander gerückten, normal ausgebildeten Ohren: die eine Seite zeigt männliche Genitalien, auf der anderen Seite unbestimmbar.)

12. Dietrich, Monströse Verschlingung der Nabelschnüre monoamniotischer Zwillinge. Zentralbl. f. Gyn. p. 586—588. (Die vielfach verschlungenen Nabelschnüre bilden einen höchst eigenartigen Knoten [keine wahre Knotenbildung]. Erst die Geburt des ersten Kindes führte zu einer Zerrung und festeren Zusammenziehung des Knotens, die den Tod des zweiten Zwillings zur Folge hatte. Vorher hatte die innige Verschlingung keine Zirkulationsstörung hervorgerufen.)

13. Piero Gall, Beitrag zur Kasuistik der Drillingsgeburten. Zentralbl. f. Gyn. p. 126. (Statistik über 81 Millionen Geburten aus verschiedenen Ländern. Auf 7104 Ge-

burten eine Drillingsgeburt; die Hälfte bis Zweidrittel nicht ausgetragen. Verf. berichtet ausserdem von einem Fall, bei dem die Geburt der ersten Frucht durch Zange, der beiden anderen durch Wendung erfolgte. Kinder leben, gut entwickelt, stammen aus drei Eiern. Erbliche Multiparität und Alter hatten hier Einfluss gehabt.) — Colorni fand am häufigsten Drillingsgeburten bei Drittgebärenden. Nach Mirabeau ist der Höhepunkt der Drillingsfruchtbarkeit im Alter von 30—34 Jahren.)

14. Halban, Zur Kenntnis der Zwillingsschwangerschaften. Zentralbl. f. Gyn. p. 332 bis 334. (Als einziges klinisches Symptom auf Absterben einer Zwillingsfrucht in der Schwangerschaft gibt Strassmann eine eventuell, aber durchaus nicht jedesmal auftretende Blutung während der Schwangerschaft an, die nach dem Absterben der Frucht auftreten kann. Dieses Symptom ist jedoch nicht ausschlaggebend für die Diagnose. Verf. meint, dass in manchen Fällen die Diagnose doch schon während der Schwangerschaft möglich sei. In dem beschriebenen Falle treten folgende Symptome auf: 1. im vierten Monat Entstehen eines akuten Hydramnions; zugleich objektiv nachweisbare Uteruskontraktion. Hydramnion verschwand im Laufe des nächsten Monats. 2. Ausgesprochene Wehen, als das Hydramnion verschwand. Hartwerden des Uterus. Wehen hielten während des Restes der Schwangerschaft an, hatten zweimal den Charakter von Geburtswehen. 3. In den letzten Wochen erschien eine quer über die Vorderfläche des Uterus verlaufende Furche [= Grenzlinie zwischen lebender und toter Frucht]. Entbindung am normalen Schwangerschaftsende: mit der Plazenta wurde ein zweiter Sack mit einem Foetus papyraceus ausgestossen. Verf. führt die Symptome alle auf das Absterben der Zwillingsfrucht zurück.)

15. Hardouin, Extrauterine Zwillingsschwangerschaft. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Jahrg. 89. p. 164—166. (Rechtsseitige Extrauteringravidität. Laparotomie. 2 je 3 cm lange Föten frei in der Bauchhöhle.)

16. Holst, Paul, Geburt von Vierlingen. Tijdskr. for den Norske Laegeforening. p. 304. (38jährige Lappländerin ungemischter Rasse. Der Mann 55 Jahre alt. 1. Vor der Ankunft des Arztes war ein „ganz kleines" Mädchen geboren. Keine Wehen. Glanduitrin bewirkte nur krampfähnliche Zusammenziehungen. 2. Zange: ein totes Mädchen. 3. Wendung und Extraktion eines lebenden Knaben. An ein viertes Kind wurde nicht gedacht, bis man daran ging, die Nachgeburt zu entbinden; es stellte sich eine Fruchtblase und 4. ein viertes Kind wurde exprimiert. Zwei Plazenten mit je zwei Funiculis. Die Mädchen hatten nur ein Amnion, die Knaben zwei. Das erste Kind starb 10 Tage alt; das andere (Nr. 3) lebte noch nach einem halben Jahre und schien weiter leben zu können.) (Kr. Brandt.)

17. Kamerling, Zwei Fälle von Foetus compressus. (Holländ.) Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. p. 2154. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 428. (Zwei Fälle von viermonatlichem Foet. papyr., die nach Geburt eines lebenden Zwillings mit Plazenta ausgestossen wurden.)

18. Kreiss, Die Röntgendiagnose der Zwillingsschwangerschaft. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 5. p. 578—579. (In zweifelhaften Fällen mittelst Röntgenbestrahlung sichere Diagnose. Aufnahme wird bei straffen Bauchdecken, wenig Fruchtwasser, in Rückenlage, bei Hängebauch in Seitenlage gemacht. Einfluss der Röntgenstrahlen auf das Kind noch nicht beobachtet.)

19. Lévy, Geburtshindernis im Verlauf der Zwillingsschwangerschaft. Revue prat. d'obst. et de péd. 1913. Nov. Zentralbl. f. Gyn. p. 1488. (Kopf des zweiten Zwillings bildet Geburtshindernis für den in Steisslage befindlichen ersten Zwilling. Wegschieben des Kopfes, Extraktion, Forzeps.)

20. Lichtgarn, Fünflinge. Lwowsk t. lek. Nr. 21. Zentralbl. f. Gyn. p 1116. (Spontane Geburt im siebenten bis achten Monat. Alle Kinder leben, starben aber nach 6—12 Stunden. Gemeinsame Plazenta mit fünf Nabelschnüren.)

21. Lokczewski, Ein ungewöhnlicher Fall von Zwillingsgeburt. Gaz. lek. Nr. 11. Zentralbl. f. Gyn. p. 694. (Die beiden Früchte innig verwachsen: zwei Körperoberhälften, eine gemeinsame Körperunterhälfte, ein Becken, eine Nabelschnur, drei untere Extremitäten. Verf. beobachtete drei analoge Fälle. Er meint, dass schwere Lebensverhältnisse, physische Arbeit, schlechte Nahrung, nichthygienische Wohnung, zahlreiche Schwangerschaften für Missgeburten prädisponieren.)

22. Lucker, Twin pregnancy, hydatidiform mole associated with normal ovum. abortion at four months. Proceed. of the Roy. Soc. of Med. Vol. 7. Nr. 3. Obst. and Gyn. Sect. p. 113. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 457. (Ausstossung einer Traubenmole und eines normalen Fötus mit normaler Plazenta.)

23. Marshall, Akutes Hydramnion in einem Falle von uniovulärer Zwillingsschwangerschaft in der 18. Woche. Journ. of Gyn. and Obst. of the Brit. Emp. Nr. 4. April. (Einteilung in akute, chronische Hydramnions und solche Fälle, wo das chronische Hydramnion einen akuten Charakter annimmt. Ebenso wie letztere, ist die akute Form sehr selten. Auf der Baudelocqueschen Klinik war das Verhältnis des akuten zum chronischen Hydramnion wie 8 zu 623. Die akute Form ist äusserst gefährlich, da das enorm schnelle Anwachsen der Flüssigkeitsmenge die Atmung schädigt und sich die Bauchorgane dieser schnellen Ausdehnung nicht anpassen können. In fast 50% der akuten Fälle lag Zwillingsschwangerschaft vor; gewöhnlich enthielt der eine Amnionsack sehr wenig Flüssigkeit. Verf. schildert einen derartigen Fall: akutes, im vierten Monat auftretendes Hydramnion. Infolge grosser Beschwerden Sprengung der Blase; enorm viel Fruchtwasser geht ab. Am folgenden Tag nach Pituitrin Geburt von Zwillingen in Fusslage. Bei der Extraktion reissen die Köpfe ab. Früchte mazeriert; manuelle Ausräumung. Nur ein Amnionsack war vom Hydramnion ergriffen.)

24. Mayer, Paul, Die Eklampsiefälle der Heidelberger Frauenklinik in den Jahren 1902 bis 1912. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913. (Auffallend ist der hohe Prozentgehalt von Zwillingsgeburten bei Eklampsie.)

25. Misuraca, Über eine Doppelmissbildung. Dicephalus dibrachius. Ann. di ostetr. e gin. Jahrg. 36. Nr. 1. p. 47—56. (Zwei Köpfe, zwei Arme, zwei Füsse, doppelt angelegt waren Wirbelsäule und Hals, Brustorgane und der Darmtraktus bis zum Dünndarm. Drei Hoden, eine Urethra, zwei Nieren, ein Pankreas, zwei Milzen. Verf. ist der Ansicht, dass diese Art von Missbildung spontan geboren werden könne; vorzeitige Extraktionsversuche solle man unterlassen.)

26. Mylvaganam, Vorgeschrittenes Cervixkarzinom bei Zwillingsschwangerschaft. Lancet 1913. II. p. 230. Zentralbl. f. Gyn. p. 243. (Totalexstirpation wegen Cervixkarzinom. Im Uterus Zwillingsföten im dritten Monat. Heilung.)

27. Neugebauer, Eine neue Serie von 73 Fällen isochroner, heterotoper Zwillingsschwangerschaften, das eine Ei intrauterin, das andere extrauterin implantiert, nebst Schlussfolgerungen. Gyn. Rundschau. Jahrg. 7. p. 809—831. p. 849—873. 1913. (Kasuistische Vervollständigung der bisher veröffentlichten 170 Fälle. Bei 15 der 243 Fälle wurde die Diagnose richtig gestellt. In 35 Fällen erreichten beide Früchte die Reife; 76 intrauterine Kinder wurden lebend geboren und 38 extrauterine ausgetragen. Für die Mütter betrug die Mortalität 20%. Verf. meint, dass die Sterblichkeit mehr abnehmen würde, wenn jedesmal rechtzeitig operiert würde, bevor die Frau zu viel Blut verloren hat.)

28. Neuhäuser, Über Zwillingsschwangerschaften. Inaug.-Diss. München 1913. (Unter 12201 Geburten 122 Zwillingspaare, also 1%. Davon 56 Erst- und 66 Mehrgebärende. 58% der Schwangerschaften endeten zu früh. Einfluss der Heredität viermal nachweisbar. Operationsfrequenz 70%. 35 Kinder totgeboren, 26 starben bald nach der Geburt. Von den 122 Müttern starben zwei.)

29. Nürnberger, Nachempfängnis und Vererbungsfragen bei der Erzeugung rassedifferenter Zwillinge. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 4—59. (Verf. erörtert die Frage der Nachempfängnis. Eine Superfökundation, d. h. eine Befruchtung mehrerer aus einer Ovulationsperiode stammender Eier durch Samen verschiedener Herkunft durchaus möglich. Annahme einer Superfötation, d. h. Befruchtung eines zweiten Eies aus einer späteren Ovulationsperiode zweifelhaft.)

30. Orgler, Beobachtungen an Zwillingen. Das Längenwachstum der Zwillinge. Mitteilungen II. Monatsschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 12. p. 490—501. 1913. (Von 15 Beobachtungen zeigten fünf Zwillingspaare bei der Geburt die gleiche Körperlänge, fünf verschiedene Anfangslänge und fünf anfangs verschiedene Länge mit späterem Zurückbleiben eines Kindes. Gewichtskurve verlief gleichsinnig mit der Längenkurve.)

31. Ottow, Über Doppelbildungen nebst Mitteilungen über eine menschliche Doppelbildung aus der dritten Embryonalwoche. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 9. (Kurzgefasste Besprechung der Doppelbildungen. Anführen eines Thoracopagus parasiticus aus der dritten Embryonalwoche.)

32. Papitow, Ein Fall von Drillingsgeburt. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 1413. (Russ.) (Vor dieser Drillingsgeburt hat Patientin ausser vier Einzelgeburten schon eine Zwillingsgeburt gehabt.)

33 Philips, Th. B., Een geval van dubbele baring by dubbele baarmoeder. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 1 Helft. Nr. 9. p. 631. (Doppelseitige Schwangerschaft in einem Uterus

pseudodidelphus [Kehrer], wobei beide Uteruskörper getrennt waren und nur die Cervices zusammenhingen. Beide Kinder wurden spontan geboren, das zweite aber erst 2 × 24 Stunden nach dem ersten. Im Anschluss gibt Verf. eine Auseinandersetzung von den verschiedenen Formen von Doppelbildung des Genitalkanals und ihrer Bedeutung für Schwangerschaft und Geburt.) (Mendes de Leon.)

34. Poucher, Die Überlegenheit des Kaiserschnitts über andere Verfahren in Grenzfällen. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1913. Dez. Zentralbl. f. Gyn. p. 572. (Verf. hält neben engem Becken, einzelnen Fällen von Placenta praevia, Geburten bei fixiertem Uterus und Tumoren auch Nabelschnurvorfall für eine Indikation zum Kaiserschnitt.)
35. Primsar, Zwei Fälle von isochroner, heterotoper Zwillingsschwangerschaft. Gyn. Rundschau. Heft 1/6. Zentralbl. f. Gyn. p. 880. (Verf. fügt den früher veröffentlichten 73 Fällen dieser Art zwei neue hinzu. Einmal bestand neben der intrauterinen Schwangerschaft eine Ovarialgravidität, bei der anderen Tubargravidität. Richtige Diagnosenstellung, Operation der Extrauteringravidität, Heilung. Die intrauterine Schwangerschaft endete einige Wochen später durch Abort. Die Grössenverhältnisse beweisen, dass Intra- und Extrauteringravidität zu gleicher Zeit begonnen haben.)
36. Pursche, Über verhakte Zwillinge. Diss. Jena 1913.
37. Rey, Drillingsplazenta. Lyon méd. Nr. 20. (Ein in Schädellage und zwei in Steisslage befindliche Kinder. Jedes der drei gleichgeschlechtlichen Kinder lag in einer vollständig separaten Fruchtblase.)
38. Robinson, Nabelschnurvorfall. Journ. Amer. Med. Assoc. 1913. Vol. 61. Nr. 18. p. 1629. Zentralbl. f. Gyn. p. 293. (Knieellenbogenlage. Morphium. Permanentes Zurückdrängen des Kopfes. Nach zwei Stunden Wendung, Extraktion. Kind lebt.)
39. Schick, Demonstration eines neun Monate alten Zwillings mit Myxödem. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. zu Wien. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 51. p. 1925. (Bei der Geburt zeigte Kind kein Symptom von Myxödem. Die Schilddrüse der Mutter musste also für die Funktion der kindlichen Schilddrüse vikariierend eingetreten sein. Der andere Zwilling war gesund.)
40. Schiff, Über das serologische Verhalten eines Paares eineiiger Zwillinge. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. (Es liessen sich keine serologischen Unterschiede finden.)
41. Schmiedt, Über einen Fall von einseitiger Polyhydramnie und anderseitiger Oligohydramnie bei eineiigen Zwillingen. Inaug.-Diss. Leipzig. (Beschreibung eines derartigen Falles. Theorien zur Erklärung. Erklärung für diesen Fall: Primäre Ungleichheit der Herzen, Asymmetrie im dritten Kreislauf, Stauung im venösen Plazentargebiet des grösseren Zwillings.)
42. Sefl, Drei Fälle von Drillingsgeburten. Casopis lék. cesk. 1913. Nr. 52. p. 1646. Zentralbl. f. Gyn. p. 605. (Alle Früchte ausgetragen, zum Teil totgeboren, zum Teil kurze Zeit nach der Entbindung gestorben.)
43. Snoo, de, Drillingsgeburt mit einem Acephalus und Placenta praevia. Nederl. Gyn. Ges. Sitzg. vom 5. April. (Holländ.) (Macerierter Knabe, lebendes Kind und Acephalus. Die gemeinsame Plazenta hatte zwei Chorions.)
44. Sobotta, Eineiige Zwillinge und Doppelmissbildungen des Menschen im Lichte neuerer Forschungsergebnisse der Säugetierembryologie. Stud. z. Pathol. d. Entwickl. Bd. 1. Heft 3. p. 394—427. (Verf. führt die Polyembryonie der Säugetiere auf eine zunächst latent bleibende Isolation der Teilstücke der im vierten Zellenstadium getrennt von den übrigen Blastomeren liegende und bei allen bisher untersuchten Spezies durch ihre Grösse auffallende Embryonalblastomere zurück. In den drei anderen Blastomeren Anlage für das Chorion, den Trophoblast. Doppelmissbildungen bei Säugetieren nicht infolge einer Befruchtung durch zweischwänzige oder zweiköpfige Spermatozoen und auch nicht durch Isolation der beiden ersten Blastomeren.) (Weishaupt.)
45. Strohbach, Thorakopagus. Gyn. Ges. in Dresden. 359. Sitzg. vom 16. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 94. (Beide Kinder haben einen gemeinsamen Herzbeutel; ein Herz hat zwei Ventrikel, das andere einen, die in gemeinsamen Vorhof ohne Septum münden. Das eine Kind hat zwei grosse Nieren mit vier Nebennieren und keine Leber, das andere eine Leber mit Gallenblase und keine Niere. Magen und Duodenum getrennt, Blinddarm gemeinsam. Kolon und Rektum wieder getrennt.)
46. Vogel, Die Diagnose der Mehrlingsschwangerschaft unter Berücksichtigung des Röntgenverfahrens. Diss. Jena 1913.
47. Wedenjapinsky, Geburt eines Thoracopagus tetrabrachius tripus. Charkower Med. Journ. Bd. 17. Heft 1. p. 81—83. (Russisch.) (1 Plazenta, 1 Nabelschnur, 2 Köpfe,

2 Hälse, 2 obere Extremitäten, 1 Nabelring, 1 Beckengürtel, 2 gutentwickelte und 1 mangelhaft entwickelte Unterextremität, 1 Herzbeutel mit 2 Herzen, 1 Lunge; die übrigen Organe in der Einzahl.)

48. Wiese, Foetus papyraceus bei Zwillingsschwangerschaft. Med. Klinik. Jahrg. 10. p. 891—892. (Ein Fötus bis zum vierten Monat normal entwickelt, der andere bis zum Ende der Schwangerschaft. Ätiologie der mechanischen Einwirkung unbekannt.)

C. Falsche Lagen.

1. Bar, Wendung bei einem Fall vorliegender Schulter. Journ. des sages femmes. Nr. 7. p. 49—50. (Blase steht, Herztöne schlecht, Wendung, Extraktion, lebendes Kind, Armbruch. Anweisungen für Hebammen betreffs der Indikationen zu Eingriffen.)
2. Brodhead, Selbstentwicklung bei Schulterlage mit Bericht über drei Fälle. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 5. p. 820—821. (In ½% der Fälle Schulterlage [nach Edgar]. 8% verlaufen davon spontan, jedoch nur bei kleinen Kindern, weitem Becken und kräftigen Wehen. Ein lebendes Kind wurde nie geboren. Anführung dreier Fälle.)
3. Drejer, Von Querlagen. Norsk. Mag. for Laegevidenskaben. p. 48. (Erfahrungen über 102 Fälle, die Verf. in der Heimat behandelt hat. In Norwegen kommen Querlagen in 0,55% der Geburten vor, auf dem Lande 0,61%, in den Städten 0,45%. Die Häufigkeit ist nicht überall im Lande dieselbe: die Ursache, meint Verf., liegt darin, dass die Hygiene nach der Geburt nicht überall gleich gut ist; vielleicht spielt auch eine verschiedene Häufigkeit enger Becken in dieser Hinsicht eine Rolle. Während das Alter der Frauen auf das Vorkommen der Querlagen keinen Einfluss zeigte, konnten die Pluriparen und besonders die „Multiparen" die meisten Querlagen aufweisen. Die Geburten bei Querlagen schienen öfter als normal frühzeitig einzutreten; Verf. meint, dies ist in den meisten Fällen weder die Ursache noch die Folge der abnormen Lage, sondern dieselben Momente, die eine Querlage bewirken, führen auch zu einer frühen Geburt [enges Becken, Hydramnion, Zwillinge, Placenta praevia). In 34,31% der Fälle fand er enges Becken. Verf. schreibt dem Becken einen kleineren Einfluss zu, als vielmehr dem Verhalten der Gebärmuttermuskulatur und der Bauchwand, die bei den Frauen mit engem Becken schwach sind, vielleicht aus der Ursache, dass die Rachitis auch die Entwicklung der Muskulatur gehemmt hat. Placenta praevia kann zwar allein eine Querlage bewirken, doch spielen auch hier andere Momente mit, es kommen schwache Wehen, schlaffe Bauchwand, Hydramnion gleichzeitig vor. Es waren unter den Kindern Knaben gegen Mädchen im Verhältnis 164 : 100. Zwillingsgeburten waren 16,67%. Seltener vorkommende Befunde sind: Fehlerhafte Gestaltung des Uterus, Geschwülste, Missbildung der Frucht. Im Verlaufe der Geburt hat er oft Wehenschwäche gefunden. Verf. schreibt überhaupt einer mangelhaften Spannung der Bauch- und Gebärmutterwände eine wesentliche Rolle bei den Querlagen zu. Nach dem Abgang des Fruchtwassers wird gewöhnlich der Arm geboren. Verf. behandelt ziemlich ausführlich die Selbstentwicklung [ein Fall]. Die Sterblichkeit der Kinder war 38,8% totgeborene und 8 Kinder, die in den ersten Lebenstagen starben. Doch mussten in mehreren Fällen nicht die Querlage, sondern andere Verhältnisse: Placenta praevia, Prolapsus funiculi, enges Becken als Todesursache angesehen werden.)
(Kr. Brandt.)
4. Fabre et Bourret, Kaiserschnitt wegen Vorfalls der Nabelschnur bei Querlagen und engem Becken. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 194—196. (Bei Nabelschnurvorfall, wenn die Nabelschnur nicht gedrückt werden kann [Querlage, Vorfall kleiner Teile], ist die Sectio caesarea eventuell indiziert.)
5. Fabre et Rhenter, Primäre Gesichtslage. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 49—52. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 71. (40 Tage vor der Entbindung wurde eine Flexionshaltung der Frucht bei beweglichem Kopfe festgestellt; 14 Tage später eine Gesichtslage. Die Gesichtslage soll aus einer Stirnlage entstanden sein.)
6. Fieux, Über das Herunterholen des Fusses bei Steissfusslage. Rev. prat. d'obst. et de péd. Jahrg. 26. p. 353—370. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 353. (Zusammenstellung von 92 Erstgebärenden mit unvollkommener Steisslage; 83 = 90% haben spontan entbunden. Dieses Resultat spricht gegen das prophylak-

tische Herunterholen der Füsse. Die Extraktion darf nicht gleich angeschlossen werden.)

7. Florence, Über die Häufigkeit der Schultervorlage, Indikationen der Wendung und der Embryotomie. Geb. Mitteil. a. d. Kolonien. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 375—380. (In den Kolonien wird immer dann die Wendung ausgeführt, wenn man mit der Hand eingehen kann; wenn dies nicht möglich ist, die Embryotomie. Nur bei schwer infizierten Fällen von Querlagen die Embryotomie mit Museuxscheren ohne Dekapitation.)
8. Gardlund, Entbindung, bei der die Schulterbreite das Gebären des Kindskörpers nicht zulässt. Allm. Svenska Laekartidn. Bd. 11. Nr. 19. p. 417—420. (Schwedisch.) (Der Kopf in Gesichtslage wurde leicht durch Forzeps extrahiert. Körper folgte den kräftigen Traktionen nicht, schliesslich Bruch der Wirbelsäule, Arm wurde heruntergeholt, Geburt erfolgt nun fast spontan. Aszites von ca. 100 g. Gewicht des Kindes: 4800 g.
9. Gutiérrez, Julian, Unvollständige Steisslage. Gac. med. del Sur de Espana. Bd. 31. Nr. 25. p. 586—589. 1913. (Spanisch.) (Kasuistische Mitteilungen.)
10. Henne, Zur Reposition der vorgefallenen Nabelschnur. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 37. p. 1853—1854. 1913. (Zur Reposition der Nabelschnur Zurückschieben derselben auf einem zusammengeknüllten Tuch, das in der Eihöhle liegen bleibt und mit der Nachgeburt ausgestossen wird.
11. Hoehne, Über die Leistungsfähigkeit der äusseren Untersuchung während der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. p. 509—514. (Verf. betont von neuem die Wichtigkeit der äusseren Untersuchung während der Geburt. Dass diese oft allein genügt, um etwa über die Ursache des Geburtenstillstandes die richtige Diagnose zu stellen, belegt er durch zwei Fälle von Querlage, eine extrem verschleppte und eine auf Verhaltung des quer gelagerten toten Kindes infolge eines Krampfes des Os internum beruhende. Das Fehlen eines fühlbaren Kontraktionsringes veranlasste ihn zu der letzten Annahme.)
12. Johansson, Ruth, Beitrag zur Lehre des Nabelschnurvorfalles. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Jahrg. 2. p. 475—493. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 279. (Beobachtung von 36 verschiedenen Fällen. Bei 18 war die Nabelschnur länger als 67 cm, bei 33 länger als 50 cm. Kindermortalität 26,6%. Die expektative Therapie hält Verf. für gefährlicher als jede andere Behandlung. Innere Wendung besser als Repositionsversuche.)
13. Marchand, Über die Ätiologie der Steisslage. Rev. prat. d'obst. et de péd. Jahrg. 27. Nr. 298. p. 65—78. (Verf. unterscheidet echte und zufällige Steisslagen; erstere sind das Resultat einer anormalen Anpassung [kindlicher Schädel pathologisch — Hydrocephalus — oder im Verhältnis zum Becken zu gross, oder unteres Uterinsegment zu sehr entwickelt]. Ursache der zweiten Art: Kleinheit des Kindes, viel Fruchtwasser, Erschlaffung der Uterus-Bauchwandungen, Zwillinge. Hier fehlt jede Anpassung. Endresultat vom Zufall abhängig. Wichtiges ätiologisches Moment ist die tiefe Insertion der Plazenta [in Übereinstimmung mit Wallich]. Statistik derartiger Fälle. Verf. schlägt vor, gegen Ende der Gravidität bei Verdacht auf tiefe Plazentarinsertion die Lage durch äussere Handgriffe umzuwandeln. Bei vollständiger Steisslage sei die künstliche Umwandlung mit nachheriger Fixierung der Lage durch Bandage immer möglich.)
14. Maier, Über den Geburtsmechanismus bei durch traumatischen Pfannenbruch und zentrale Luxation des Oberschenkelkopfes verengtem Becken. Zentralbl. f. Gyn. p. 1345—1351. (Ausführliche Beschreibung. dieses Geburtsmechanismus. Verf. kommt zu dem Schluss, dass alle Kopfstellungen, bei denen das Hinterhaupt am Tumor gelegen ist, als ungünstig angesehen werden müssen. Naturgemäss geht die Geburt am besten so vor sich, wenn sich das schmalere Vorderhaupt in den durch den Tumor verengten Beckenteil einstellt und das Hinterhaupt den gegenüberliegenden Pol bildet. Indessen ist auch bei umgekehrter Einstellung, wie die Erfahrung zeigt, die Geburt möglich.)
15. Morell, 16 Fälle von verschleppter Querlage und ihre Behandlung in der Universitäts-Frauenklinik zu München. Inaug.-Diss. München 1913. (Unter 6617 Geburten 85 Querlagen, davon 16 verschleppte. Verf. beschreibt die verschiedenen Fälle und ihre verschiedene Behandlungsart. Ferner gibt er die für die Behandlung der verschleppten Querlagen in der Döderleinschen Klinik geltenden Prinzipien an; die Operationen

bestehen je nach den vorliegenden Verhältnissen in Dekapitation, Eviszeration, Dissectio foetus und Sectio caesarea.)

16. Nacke, Drei Fälle von hohem Geradstand. Zwei davon in Positio occip. pubica, einen in Positio occip. sacralis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. LXXIV. Heft 2/3. (Verf. beschreibt drei Fälle. Ätiologie von Fall 1: infolge von Hydramnion liegt Rücken nach vorn, nach Blasensprung wird der Kopf in Geradstand in das Becken gepresst und fixiert. Ätiologie von Fall 2: quer verengtes Becken. Ätiologie von Fall 3: unbekannt.)

17. Oria, Thornscher Handgriff. Bol. di Chirurg. Nr. 47. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 120. (Bei Gesichtslage und weitem Becken mit gutem Erfolg angewandt. [Nach Reposition der vorgefallenen Hand und Thornschem Handgriff spontane Geburt in weniger als zwei Minuten.] Für Ungeübte bei Gesichtslage Abwarten oder innere Eingriffe.)

18. Pankow, Über den hohen Geradstand. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 397. (Unter 4000 Geburten wurden 16 Fälle beobachtet. Am häufigsten Schädellagen und unter diesen wieder die Positio occip. pubica. Ursache unbekannt. Wahrscheinlich Haltungsanomalie des Kindes. Es gibt zwei Geburtsarten: 1. die, dass der Kopf mit geradeverlaufender Pfeilnaht in und durch das Becken tritt. 2. [häufiger] die, dass eine Drehung der Pfeilnaht in den schrägen oder queren Durchmesser des Beckeneinganges zustande kommt und der Kopf so in das Becken eintritt. Endbild schliesslich das einer gewöhnlichen Hinterhauptslage.)

19. Pawlicki, Spontane Zerreissung der Nabelschnur während der Geburt. Przeglad lekarski. Nr. 12. Zentralbl. f. Gyn. p. 1115. (Forzeps. Ruptur der Nabelschnur durch eine heftige Wehe. Rissenden glatt, wie nach einer Durchschneidung.)

20. Peer, Ein Fall von spontaner Wendung eines Fötus auf den Fuss bei Querlage. Klin.-therap. Wochenschr. Jahrg. 21. p. 414—415. (Querlage, Vorfall der Nabelschnur und der rechten Hand. Wegen tetanischer Uteruskontraktionen Wendung unmöglich; auf dem Transport zur Klinik Geburt eines toten Kindes in Fusslage.)

21. Petersen, L. Severin, Hoher Geradstand des Kindskopfes. Med. Revue. Bergen. p. 408. (Zwei Fälle: 1. 31 jährige I para. Positio occ. pubica. Nach 150 Stunden Zangenentbindung. Mutter und Kind lebend. Das Becken leicht allgemein verengt, besonders im queren Durchmesser. 2. 26 jährige I para. Becken normal. Positio occ. sacralis. Nach 72 Stunden Zange wegen Schwächung der Herztöne des Kindes. Mutter und Kind lebend. Im ersten Falle wird die anormale Einstellung wahrscheinlich aus der Verengerung des Beckens zu erklären sein; im zweiten Falle kommt in Betracht, dass die physiologische Lumballordose bei der Frau nur wenig ausgebildet ist, so dass die Wirbelsäule wenig nach vorn ragt. Dass man beim hohen Geradstand nicht selten enges Becken findet, lässt sich vielleicht daraus erklären, dass die Geburt bei sonst normalen Verhältnissen spontan verläuft und die Abnormität nicht entdeckt wird. Dass die Geburt bei der Positio occ. sacralis schwieriger ist, kann darauf beruhen, dass das Kind den Kopf gerade hält, was für die „erste Drehung" hinderlich sein wird. Eine nur kleine Krümmung des Kindsrückens wird wiederum die Entstehung einer Positio sacralis occ. begünstigen.) (Kr. Brandt.)

22. Puppe, Grober Kunstfehler einer Hebamme. Extraktion bei angeblicher Vorderscheitelbeineinstellung mit einer eingeführten Schlinge; Strangmarke am Halse. Tod des Kindes 10 Stunden post partum. Erkrankung der Wöchnerin an schwerer Parametritis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 253. (Das Wesentliche im Titel enthalten.)

23. Rabaute, Verschleppte Schulterlage und Embryotomie in der Landpraxis. Thèse de Toulouse. 1913. Nr. 55. p. 58.

24. Sachs, Über innere Überdrehung des Rückens infolge Armvorfalls. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 634—637. (Gesichtslage, Kopf gegen Rücken um 180° gedreht. Gesichtslinie entsprach einer zweiten, Rückenlage einer ersten Lage. Arm-, Fuss- und Nabelschnurvorfall. Rücken rotierte dem von vorn nach hinten vorfallenden Arm nach. Kopf blieb stehen, durch die vorgefallene Hand gehemmt.)

25. Sarchi, Über abnorme Kürze und Länge, Umschlingungen, Knoten, Torsionen und Insertion der Nabelschnur. Inaug.-Diss. München 1913. (Ausführliche Statistik eines Materials von 20000 Geburten. Die Bedeutung dieser Komplikation für das Kind ist besonders berücksichtigt worden.)

26. Starkey-Smith, Geburtshindernis durch flektierten aussenrotierten Arm. Brit. Med. Journ. 1913. Dec. 20. Zentralbl. f. Gyn. p. 416. (Durch Drehung, so dass

der nach aussen rotierte Arm, dessen Hand sich gegen die Beckenwand stemmte, vor die Brust zu liegen kam, bereitete die Extraktion keine Schwierigkeiten. Vorher waren alle Zangenextraktionen vergeblich gewesen.)

27. Trey, de R., L'extraction du siège d'après Deventer-Mueller. Ann. de gyn. et d'obst. p. 146—159. (Hauptvorzug dieses Verfahrens ist, dass ein innerer Eingriff nicht nötig ist. Es ist nur darauf zu achten, dass die Schulternbreite durch den grössten Beckendurchmesser tritt. Das Verfahren gelingt bei 93,2% der Fälle. Misslingen nur bei fehlerhafter Armhaltung und hochgradiger Rigidität der Weichteile. Temperaturerhöhungen sehr selten.)
28. Unger, Kombinierter Handgriff zur Extraktion des nachfolgenden Kopfes bei Beckenendlage resp. Querlage. Pester med.-chir. Presse. Jahrg. 50. p. 119—120. (Wenn Kopf weder durch Druck noch durch Zug herausbefördert werden kann, folgender Handgriff: Zeigefinger der linken Hand in den Mund geschoben und mit diesem der Unterkiefer herabgedrückt. Rechte Hand wird dem Rücken und Kopf des Kindes entlang in das Cavum uteri vorgeschoben und ein leichter Druck und Zug auf den Schädel ausgeübt. Durch diesen Druck und Zug beider Hände gelingt die Herausbeförderung.)
29. Voron, Plötzliche Selbstwendung am Ende der Geburt bei Schulterlage. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 46—49. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 5. p. 72—73. (Aus dorsoanteriorer erster Querlage unmittelbar beim Blasensprung ganz plötzlich Selbstwendung auf die Füsse. Ätiologie: Zusammentreffen des Blasensprungs mit energischer Uteruskontraktion, weiter Geburtsweg [Mehrgebärende], relative Kleinheit des Kindes.)
30. Wortsmann, Über den Vorfall mehrerer Extremitäten bei Schädellage. Diss. Bern 1913.

D. Sonstige Störungen.

1. Aschheim, Missbildung infolge amniotischer Stränge. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. Nr. 27. p. 1402. (Demonstration.)
2. Blair, Behandlung eines Falles von Geburtsverletzung des Oberschenkelschaftes. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 3. Zentralbl. f. Gyn. p. 1215. (Beschreibung einer nach einem Pappemodell angefertigten Stahlschiene.)
3. Bloch, Kritische Betrachtungen zu dem Geburtenrückgang in Deutschland und den zu seiner Bekämpfung vorgeschlagenen Mitteln. Inaug.-Diss. Strassburg 1913. (Verf. sieht den Geburtenrückgang als etwas von der Psyche des Menschen Beabsichtigtes an; es ist ein durch den geistigen Fortschritt bedingter Vorgang. Verf. führt neben den Anschauungen verschiedener Autoren besonders die Vorschläge Bornträgers zur Bekämpfung des Geburtenrückganges an. Dieser empfiehlt vor allem Vergünstigungen in jeder Beziehung für Familienväter zu ungunsten der Ehelosen resp. Kinderlosen.)
4. Broca, Mastitiden bei Neugeborenen. Rev. prat. d'obst. et de péd. Jahrg. 27. Nr. 296. p. 1—4. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 511. (Ätiologie: fast immer falsche und unsaubere Behandlung des in den ersten Tagen sezernierenden Organes. Phlegmone bilden sich sehr selten aus; diese können tödlich verlaufen.)
5. Cannata, Zusammenhang zwischen chronischem Hydrocephalus mit kongenitaler Syphilis. Pediatr. Naples. Oct. 22. Nr. 10. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nov. 21. (Bei 10 von 19 Kindern mit chronischem Hydrocephalus erhielt Verf. eine positive Wassermannreaktion; bei den betreffenden Eltern war die Probe bei den Müttern 16mal und bei den 10 Vätern viermal positiv. In drei weiteren Fällen waren die Eltern unzweifelhaft luetisch infiziert. Dieser Befund rät zu sofortiger Behandlung der Syphilis in jedem Falle von chronischem Hydrocephalus.)
6. Credé-Hörner, Warum konnte die Blennorrhoe nicht abnehmen? Zentralbl. f. Gyn. p. 116—118. (Verf. weist auf die Notwendigkeit hin, neue Vorbeugungsmassregeln zur Bekämpfung der Blennorrhoe in die Wege zu leiten. Die Gynäkologen seien sozusagen auf den Lorbeeren eingeschlafen, die in den Kliniken gesammelt worden seien.)
7. Dahlmann, Zur Kenntnis der Fazialislähmungen bei Spontangeburten. Charité-Ann. Jahrg. 37. p. 377—380. 1913. (Die Lähmungen fallen in die Entwicklungszeit

oder intra partum; letztere sind zentral oder peripheren Ursprungs. Anführung der verschiedenen Symptome. Ätiologie: meist Missverhältnis zwischen Kopf und Becken.)

8. Dufour, Henri, und J. Thiers, Übertragung des Kochschen Bazillus von der Mutter auf das Kind. Gyn. 1913. Juillet. Zentralbl. f. Gyn. p. 853. (Mutter starb an Tuberkulose. Fötus hat aufgetriebenen Leib. Das mit diesem Aszites geimpfte Meerschweinchen erkrankt an Tuberkulose. Bazillen werden nachgewiesen, in der Plazenta hingegen nicht.)

9. Fry, Demonstration des Kinder-Pulmotor, nebst Bemerkungen über seine Verwendung bei der Asphyxia neonatorum. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. Zentralb. f. Gyn. p. 294. (Zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener empfiehlt Verf. den Drägerschen Pulmotor sehr. Zunge wird hervorgezogen, die Maske über Nase und Mund gelegt und durch abwechselnde Hebestellung die Ein- und Ausatmung in Gang gebracht.)

10. Fuchs, Zur Wiederbelebung Neugeborener mittelst des Werthschen Schnupftuchmanövers. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 567—569. (1. Akt: Man bringt die im Knie gebeugten Unterschenkel des asphyktischen Kindes mit der rechten Hand unter starker Kompression des Bauches und des Thorax gegen die linke Wange und wischt dann mit den Knien quer über Mund und Nase hinweg (nach Art des Schnäuzens mit dem Schnupftuch). Die linke Hand hält den Kopf. (Exspiration.) 2. Akt: Zurückbringen des Kindskörpers in die Horizontallage (Inspiration). Das Verfahren leistet Gutes. Sachs widerrät aber mit vollem Recht, dasselbe vor den Schultzeschen Schwingungen anzuwenden. Die Trachea muss mit Katheter auf alle Fälle leer gesogen sein! Das Abwischen der Nase soll den herausgepressten Schleim oder Mekonium mechanisch auspressen.)

11. Gårdlund, W., Geburt, wo die Schulterbreite die Austreibung des Kindeskörpers verhinderte. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Hygiea. (Der hintere Arm wurde heruntergeholt und danach der vordere, wonach das Kind beinahe spontan geboren wurde.) (Silas Lindqvist.)

12. Green, Intrakranielle Blutungen bei Neugeborenen. Journ. of Amer. Med. Assoc. May 16. p. 1583. (Beobachtung an sieben Fällen. Verf. führt die intrakraniellen Blutungen entweder auf Traumen [operative Entbindung] zurück oder bringt sie in Verbindung mit „Hemorrhagica neonatorum". Therapie: Lumbalpunktion [bei infratentorialer Blutung] oder Kranialpunktion. Bleiben diese Methoden ohne Erfolg, so ist die Kraniotomie angezeigt. Die meisten intrakraniellen Blutungen hält Verf. für subdural; selten seien sie intraventrikulär. Prognose ernst.)

13. Hannes, Demonstration einer durch Gewalteinwirkung auf die Mutter entstandenen Leberruptur beim Kind. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. p. 1487. (Stoss der Mutter in die Unterleibsgegend hat diese Verletzung beim Kinde hervorgerufen. Der Geburtsakt wird die entstandene Blutung erneuert und verstärkt haben, so dass das Kind moribund geboren wurde. Die Schultzeschen Schwingungen können diese Substanzzertrümmerung nicht hervorgerufen haben. Wegen gerichtsärztlicher Betrachtung des Falles von Wichtigkeit.)

14. Hauch, Angioma placentae. Demonstration. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1875. (O. Horn.)

15. Jung, Der Übergang von Arzneimitteln von der Mutter auf den Fötus. Therap. Monatshefte. Febr. (Medikamente, die die Mutter aufnimmt, findet man im Fötus wieder in derselben Form, nur in geringeren Mengen. Auf diese Weise kann der Fötus geschädigt und getötet werden. Narkotika: Morphium und Chloralhydrat, die zum Teil bei Eklampsie während der Entbindung gegeben werden; ebenso die Skopolamin-Morphium-Narkose. Ob die Lumbalanästhesie den Fötus schädigt, ist noch nicht sicher nachgewiesen. Quecksilber [Schmierkur bei Lues], Jodkali gehen auf das Kind über; ebenso Toxine [Diphtherie]. Bei Antitoxinen, ferner Sublimat, Arsen [Salvarsan] u. a. unsicher.

16. Kaufmann, Demonstrationen: Melaena neonatorum. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Z. f. Gyn. p. 374. (Kaufmann demonstriert einen derartigen Fall, der am vierten Tage post partum durch Gelatineinjektion geheilt wurde. Diskussion: Küster beschreibt einen Fall von typischem Ulcus rotundum des Duodenum. Zur Therapie bemerkt er, dass mit Diphtherieheilserum, Pferdeserum, Menschenserum, mit defibriniertem Blut und Transfusionen viele Erfolge erzielt wurden.)

17. Kober, Über die Beziehungen von Gewicht und Länge der Neugeborenen zur Dauer der Schwangerschaft. Diss. Tübingen 1913.
18. Kowitz, Intrakranielle Blutungen und Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna bei Neugeborenen und Säuglingen. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 2. Inaug.-Diss. Kiel. (Frische derartige Blutungen und ihre Reste häufig. Bei 3,9% aller Fälle entwickelte sich eine hämorrhagische Pachymeningitis daraus, die zum Tode noch während des Kindesalters führte oder die Widerstandskraft gegen Erkrankungen herabsetzte.)
19. Lejbowitsch, Die Häufigkeit und geburtshilfliche Bedeutung der Riesenkinder. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2. p. 162—167. (Verf. schlägt vor, Kinder von 4400 g als abnorm grosse und erst solche von 5000 g an als Riesenkinder zu bezeichnen; diese sind besonders häufig bei hohem Alter, kräftiger Konstitution und gutem Ernährungszustand der Mütter. Bedeutender Knabenüberschuss. 15% Totgeburten; alle Kinder wurden mit Kunsthilfe geboren. Die Mütter waren sämtlich Mehrgebärende.)
20. Luftmann, Ein Fall von Erbscher Schulterarmlähmung bei Neugeborenen. Inaug.-Diss. München 1913. (Ätiologie der Entbindungslähmung: hauptsächlich artifizielle Geburtstraumen [Zangen, Extraktionen, Armlösungen]. Prognose im allgemeinen gut. Therapie: Symptomatische Lokalbehandlung mit Elektro- und Bewegungstherapie, gelegentlich orthopädische Methoden. Verf. unterscheidet die Duchenne-Erbsche [obere Plexus-]Lähmung und die Klumpkesche [untere Plexus-]Lähmung. Die erstere ist viel häufiger, entsteht durch Läsionen des 5. und 6. Cervikalnerven. Folge: umfangreiche Armlähmung; Finger- und Armbewegung erhalten. Läsionen des 7. und 8. Cervikalnerven und des Thorakalnerven bewirken die Klumpkesche Lähmung.)
21. Mc Govan, Blutung bei Neugeborenen. Austral. Med. Journ. Vol. 2. Nr. 128. p. 1357. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 511. (Drei Fälle von Blutungen in die Haut und das Unterhautzellgewebe. Bei zwei Kindern rascher Exitus. Ätiologie unbekannt.)
22. Meyer, Leopold, Saedestillingens Œtiologi. (Die Ätiologie der Beckenendlage.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 3. Dez. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1880. (Demonstration eines in Beckenendlage spontan geborenen Kindes mit abnorm stark entwickelter Nackenpartie.) (O. Horn.)
23. Michaelis, Austritt eines Ovarialkystoms aus dem After während der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. p. 154. (Verf. beschreibt eine sehr schwierige Geburt, bei welcher vergeblich mehrere Zangen- und Perforationsversuche gemacht wurden. Bei dem letzten Zangenversuch trat ein zystischer, gestielter Tumor aus dem After heraus. Nun liess sich der Kopf leicht entwickeln. Es handelte sich um ein mehrkammeriges Ovarialkystom, das durch Druck des Kopfes oder Zangenextraktionen gegen das Rektum gedrängt wurde, so dass dieses aufplatzte. Laparotomie. Exitus am achten Tag.)
24. Morax, A propos du traitement de l'ophtalmie gonococcique du nouveau né. Ann. de gyn. et d'obst. Tome XI. p. 129. Zentralbl. f. Gyn. p. 1215. (Verf. empfiehlt neben den Vakzinen von Nicolle und Blaigot Argentum nitricum und Argyrol anzuwenden.)
25. Morimoto, Über einen Fall von Melaena neonatorum infolge Volvulus des Blinddarms. Inaug.-Diss. München 1913. (Wahrscheinlich infolge einer Achsendrehung der Radix mesenterii um 360° Melaena hervorgerufen. Exitus.)
26. Nürnberger, Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum. Zentralbl. p. 295. Samml. klin. Vortr. Gyn. Nr. 251. (Verf. führt den dritten, bekannt gewordenen Fall von Volvulus als Ursache obiger Krankheit an nach Schilderung der Pathogenese und des Krankheitsverlaufes der Melaena. Es müsse immer darauf geachtet werden, ob es sich um verschlucktes Blut fremder Abstammung einerseits oder symptomatische oder idiopathische Blutung andererseits handelt. Verf. empfiehlt die bakteriologische Blutuntersuchung und Röntgenuntersuchungen. Behandlung rein symptomatisch.)
27. Peltessohn, Über Verletzungen des oberen Humerusendes bei Geburtslähmungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25. p. 1162. (Bei den sogenannten falschen Geburtslähmungen, d. h. den Fällen, wo eine Muskellähmung nicht bestand oder schnell zurückgegangen ist, sind nach des Verfassers Untersuchungen in der weitaus grössten Anzahl der Fälle Epiphysenlösungen am Humerus beteiligt. Diese Behauptung wird

durch Röntgenbilder erhärtet [Momentaufnahmen]. Verf. stellt dann die Forderung, alle Entbindungslähmungen, echte und falsche, sofort zu röntgen und röntgenologisch zu verfolgen.)

28. Plauchu, Retention des abgerissenen Kopfes im Uterus. Lyon méd. 1913. Nr. 39. Zentralbl. f. Gyn. p. 416. (Verf. beschreibt u. a. einen Fall, bei dem er die totale Hysterektomie machen musste, da sich der Kopf durchaus nicht extrahieren liess.)

29. Reinhardt, Über Pemphigus neonatorum contagiosus. Gyn. Ges. zu Dresden. 362. Sitzg. vom 15. Jan. Zentralbl. f. Gyn. p. 940—942. (Verf. berichtet über eine Epidemie von obiger Krankheit. 22% der Kinder gingen an Sepsis zugrunde. Im Inhalt der Pemphyigusblasen wurden Staphylokokken, gelegentlich auch Streptokokken gefunden. Verf. hält dies für Sekundärinfektion. Ferner wurden konstant kleinste azidophile Körnchenhaufen gefunden. Therapie: Trockenbehandlung.)

30. v. Reuss, Demonstration eines bitemporalen Kephalhämatoms. Wiener med. Wochenschr. p. 2512.

31. Robertson, Andauernde kindliche Asphyxie. Eröffnung des Schädels mit vorübergehendem Erfolg. Brit. Med. Journ. May 9. p. 1016. (Ein in tiefer Asphyxie geborenes Kind wird trotz 1½stündiger künstlicher Atmungsversuche nicht zu spontaner Atmung gebracht. Schliesslich öffnet Verf. den Kopf am rechten Scheitelbein. Darauf atmet das Kind nur drei- bis viermal in der Minute. Künstliche Atmung wird weiter über eine Stunde fortgesetzt, aber vergeblich. Sechs Stunden nach Eröffnung des Kopfes stirbt das Kind. Diese Methode empfiehlt Verf. als letzten Versuch in derartigen Fällen.)

32. Rudeaux und Le Lorier, Die Rolle der Syphilis in der Genese der Missbildungen. Clin. Paris. Jahrg. 8. Nr. 47. p. 741—744. 1913. (In ca. 14% der Fälle sind die Missbildungen durch Lues bedingt; besonders solche des Zentralnervensystems [Hydrocephalus, Spina bifida]. Prophylaxe: spezifische präkonzeptionelle Behandlung beider Eltern.)

33. Sakaki, Über die Behandlung des Scheintodes der Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. (Die Kinder werden mit am Thorax flektierten Armen bis zu 150mal in der Minute geschüttelt. Auf diese Weise sollen aspirierte Massen aus den feinsten Ästchen besser nach aussen befördert werden als durch die Schultzeschen Schwingungen.)

34. Shappius, Beitrag zur Lebensfähigkeit Neugeborener. Revue méd. de la Suisse romande. Nr. 1. Zentralbl. f. Gyn. p. 646. (Verf. erzählt von einem nur etwas mehr als fünf Monate alten Neugeborenen, das nach der Geburt noch 17 Stunden gelebt hat.)

35. Smith, Über die intrauterine Fraktur. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. Zentralbl. f. Gyn. p. 294. (Intrauterin entstandene Unterschenkelfraktur, bei der Geburt mit Deformität geheilt, wahrscheinlich durch Sturz der Mutter zwei Monate vor der Entbindung verursacht. 43 analoge Fälle aus der Literatur werden angeführt.)

36. Sussmann, Ein Beitrag zur Kenntnis der Einschlussblennorrhoe der Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 32. p. 1545. (Verf. stellt bei einem Material von 72 Fällen von Blennorrhoe und blennorrhoischen Katarrhen Neugeborener fest, dass es sich 24mal um Einschlusserkrankungen handelte. Klinische Differentialdiagnose von der Gonoblennorrhoe: die Einschlusserkrankung besitzt eine längere Inkubationszeit, ein andersartiges Sekret, Neigung zu Blutungen, schleppenden Verlauf, Verschontbleiben der Hornhaut. Spätinfektionen sind meistens Einschlusserkrankungen.)

37. Tassius, Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, ihre Therapie und Prophylaxe. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. v. 17. Febr. Zentralbl. f. Gyn. p. 874. (Um gonorrhoische von nichtgonorrhoischen Augenkrankheiten sicher zu unterscheiden, bedarf man des Mikroskopes, da makroskopisch grosse Ähnlichkeiten zwischen beiden Gruppen bestehen. Verf. fordert nach Anstellung gründlicher Versuche die obligatorische Einführung der Credéschen Prophylaxe und bespricht die einzelnen Prophylaktika und ihre Reizwirkungen. Diskussion zum Vortrag Tassius: Gyn. Ges. zu Breslau, Sitzg. vom 17. März 1914. Zentralbl. f. Gyn. p. 946 und 947. Asch gibt an, dass in Präparaten, die vom inneren Lidrand gewonnen sind, Gonokokken zu finden sind, auch wenn sie sich in den vorquellenden Eitertropfen nicht nachweisen lassen. Fränkel behandelt die Dakryozystoblennorrhoe, gibt deren Krankheitsbild und Therapie an. Hannes tritt für das Sophol als offizielles Prophylaktikum ein. Baumm: Die als gonokokkennegativ bezeichneten Fälle sind nicht alle als gonokokkenfrei zu bezeichnen.)

38. Truesdall, Über Geburtsfrakturen. New Yok. Obsrt. Soc. Oct. 1913. Gyn. Rundschau. Heft 23/24. p. 720. (Besprechung von 14 Geburtsfrakturen.)
39. Voron and Rey, Ein Fall von Hirnhautblutung bei einem Neugeborenen. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 3. p. 302—305. (Hydrocephalus ohne besondere Vergrösserung des Kopfes; extra- und intrakranielle Hämorrhagie ohne Kommunikation. Hirndruckerscheinungen und Verletzung der Schädelknochen fehlen. Ätiologie: abnorme Brüchigkeit der Gefässwände oder Injekton mit Hypophysenextrakt, die bei der Mutter starke Schmerzen hervorgerufen haben.)
40. Walcher jr., In der Schwangerschaft konfigurierte Schädel bei engem Becken. Zentralbl. f. Gyn. p. 798—799. (Verf. hat beobachtet, dass der Kopf trotz engen Beckens häufig in dasselbe eingetreten war, die Kopfknochen nicht oder nur wenig übereinandergeschoben, der Schädel stark konfiguriert war. Er stellte oft direkt einen Abguss des Beckens dar. Er muss während der Schwangerschaft gewissermassen in das enge Becken eingewachsen sein und so seine Form annehmen. Drucknarbe nicht beobachtet.)
41. Wolffberg, Noviformbehandlung der Blennorrhoea neonatorum. Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. des Auges. Jahrg. 17. Nr. 20. p. 163. (Verf. beschreibt einen Fall von Blennorrhoea, den er durch achttägige Behandlung mit 10% Noviformsalbe [dreimal täglich und dreimal nachts] nach gründlicher Reinigung des Bindehautsackes vollständig geheilt hat.)
42. Zeckwer, Zur Ätiologie der Melaena neonatorum. Inaug.-Diss. Leipzig. (Ergebnis der Literaturübersicht. Ferner sechs Fälle von Melaena neonatorum. Ätiologie derselben: dreimal kongenitale Lues, einmal septische hämorrhagische Diathese, zweimal unbekannt.)

VIII.

Pathologie des Wochenbettes.

Referent: Dr. Bracht, Berlin.

A. Puerperale Wundinfektion.

I. Ätiologie, Pathologie.

1. *Bäumer, Zur Differenzierung der Prognose des Puerperalfiebers. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 505.
2. Becher, Fritz, Die Sepsisfälle nach Abort und reifer Geburt. Diss. Jena 1913.
3. *Benthin, W., Die Hämolyse der Streptokokken eine Schwangerschaftsreaktion? Zentralbl. f. Gyn. p. 865.
4. *Bingold, K., Das klinische Bild der Puerperalinfektionen durch Bacillus phlegmones emphysematosae. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 3. Heft 1 u. 2. Ref. Zentralbl. p. 1509.
5. Brown, E. M., Puerperal thrombophlebitis. Transaction of the section on Gyn. and Obst. of the Med. Soc. of the State of New York. April 28. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. p. 232.
6. Bublitschenko, L., Über Sepsis puerperalis staphylococcica. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 45. (Russisch.)
7. Bucher, Anna, Zur Frage der endogenen Infektion im Wochenbett. Diss. Basel.
8. — Zur Frage der endogenen Infektion im Wochenbett. Schweiz. Rundschau f. Med. Nr. 9.

9. Bullard, A., Occlusio cervicis und teilweise Obliteration der Uterushöhle im Anschluss an Sepsis. Med. Record. Bd. 84. Nr. 15. 1913.
10. *Cumston, Charles Greene, The pathogenesis and differential diagnosis of perirenal abscess complicating the post partum period. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. p. 182.
11. Daniel, L'infection puerpérale. Paris. Verlag Maloine.
12. — Konstantin, L'infection puerpérale. Verlag A. Maloine, Paris. Ref. Wiener klin. Wochenschr. p. 1350.
13. Davis, Edward P., Infection with the bacillus coli communis, complicating pregnancy, labour, and the puerperal state; its medical and surgical treatment. Transact. of the Sect. of Gyn. and Obst. of the Med. Soc. of the State of New York. April 28—30 The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. p. 222.
14. *Dingmann, John, H. Puerperale Infektion. Albany Med. Annals. Vol. 34. Nr. 4. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 249.
15. *Dirks, M., Mareschke und Kriebel, Gasphlegmone nach kriminellem Abort. Gyn. Ges. zu Berlin. 20. Mai.
16. *Dougal, Ein tödlich geendeter Fall von Puerperalinfektion mit dem Gasbazillus. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 1.
17. — Daniel, A fatal case of puerperal infection with the Bacillus aerogenes capsulatus. Journ. of Obst. and Gyn. Jan. p. 35.
18. Fejes, L., Über Kolisepsis. Brauers Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. 1913. Bd. 1. Heft 3.
19. Fidler, Gersch., Kasuistischer Beitrag zur Klinik der puerperalen Pyämie.
20. Gasarianz, Ter. Samson, Die Thrombophlebitiden auf der Wochenbettstation. Diss. Basel.
21. Geilenkirchen, F., Die Entwicklung der Frage der puerperalen Autoinfektion. Diss. Bonn 1913.
22. Glinn, Mc., The prevalence of puerperal sepsis in gynaecological wards of Philadelphia Hospitals. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5.
23. Goldstrom, Margarete, Über die prognostische Bedeutung des Nachweises von Streptokokken im Vaginalsekret Kreissender. Diss. Giessen 1913. Verlag Union, Stuttgart.
24. Halle, Puerperale Sepsis. Zwickauer med. Ges. 5. Mai. Deutsche med. Wochenschr. p. 1822.
25. *Hamm, A., Resorptionsfieber oder Retentionsfieber. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1961.
26. Hecker, Hans v., Beitrag zur Bewertung der bakteriologischen Scheidensekret- und Blutuntersuchung für die Diagnose und Prognose der puerperalen Infektion. Diss. Strassburg.
27. Henkel, Ein Beitrag zur Lehre vom Puerperalfieber und zur Behandlung des fieberhaften Abortes. Virchows Arch. Bd. 216. Heft 3.
28. Hirsch, Joseph, Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe. Therap. Monatshefte. Sept.
29. Hoehne, Zur Frage des fieberhaften Abortes. Jahresk. f. ärztl. Fortbild. Juli. p. 18.
30. Huggins, R. R., Diagnosis and treatment of puerperal insanity. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. LXIX. Nr. 434. Febr.
31. Hüssy, Über die Passage von Streptokokken durch das Blutserum fiebernder Wöchnerinnen. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
32. Ingolf, Utm., Wochenbettfieber und Todesfälle im Wochenbett. Med. Revue. Bergen 1913. p. 439. (Die Unabhängigkeit der Morbiditätsziffer im Wochenbett von der Zahl der geburtshilflichen Eingriffe beweist Ingolf an der Statistik Bergens mit einer hohen Operationsziffer gegenüber dem norwegischen Lande.)
33. *Jeannin et Levant, Contribution à l'étude de la valeur pronostique de la récherche des hémoconies dans les ictères de la puerpéralité. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 4.
34. — — Hemoconies in icterus of puerperal state. Revue de gyn. et de chir. abd. Avril. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr.
35. Kaz, Boris, Ein Beitrag zur Lehre von der Metritis dissecans. Diss. Kiel.
36. Keim, Puerperale Infektion mit spätem Beginn. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Mai.
37. — Infection puerpérale à début tardif. Soc. de méd. de Paris. 25 Avril.

38. Kohl, Ludwig, Zur Frage der puerperalen Morbidität und Mortalität. Diss. Freiburg.
39. Kraus, E., Besprechung eines Falles von Pyämie nach einem Abortus. Wissensch. Ges. deutscher Ärzte in Böhmen. Bericht Münchn. med. Wochenschr. p. 1576.
40. Lohmeyer, Georg, Über das Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität, puerperalen Erkrankungen und Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 528. (Lohmeyer findet die proteolytische Kraft des Leukozytenfermentes wie bei allen Fiebern, so auch beim Puerperalfieber erhöht.)
41. *Löhninger, Kl., Angina und Sepsis. Inaug.-Diss. München 1913.
42. *Manu af Heurlin, Bakteriologische Untersuchungen der Genitalsekrete der nichtschwangeren und nichtpuerperalen Frau vom Kindes- bis ins Greisenalter, unter physiologischen und gynäkologisch-pathologischen Verhältnissen. Verlag S. Karger, Berlin.
43. — Bakteriologische Untersuchungen des Keimgehaltes im Genitalkanale der fiebernden Wöchnerinnen, mit Berücksichtigung der Gesamtmorbidität im Laufe eines Jahres. Verlag S. Karger, Berlin.
44. Marvel, Emery, Puerperale Infektion durch gasbildende Bakterien. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Jan.
45. Mc Glinn, A., The prevalence of puerperal sepsis in gynaecological wards of Philadelphia Hospitals. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. May. p. 783. (Statistisches.)
46. Müller, Emil, Ein Beitrag zur Frage der Peritonitis im Wochenbett. Diss. Würzburg. August.
47. *Pässler, Beitrag zur Sepsisfrage. Deutscher Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden, April. Ref. Wiener med. Wochenschr. p. 2128.
48. Patel, M., Annexite lombaire d'origine puerpérale. Révue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Oct. 1913.
49. Paul, Lumbal Adnexitis puerperalen Ursprungs. Revue mens. de gyn., d'obst et de péd. Oct. 1913.
50. *Pierrat, Louis, Rheumatisme articulaire et endocardite d'origine puerpérale; curettage utérine; guérison. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Mars. p. 177.
51. Plauchu, Mort rapide au cours d'une phlébite. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 1 Mai. Ref. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Mai. p. 475.
52. — Les Péritonites puerpérales généralisées. La Gyn› Nov. 1913. (Nichts Neues.)
53. Prinzing, Eine notwendige Änderung in der Statistik des Kindbettfiebers. Deutsche med. Wochenschr. p. 290.
54. Rauschenberger, Friedrich Wilhelm, Über Metritis dissecans und Uterusabszess. Gyn. Helvetia. Frühlingsausgabe.
55. v. Reding, Ein ungewöhnlicher Fall von ausgedehnter Nekrose des puerperalen Uterus. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
56. *Schmidgall, Grete, Bakteriologische Untersuchungen über die Scheidenflora neugeborener Mädchen. Dissert. Strassburg.
57. — Bakteriologische Untersuchungen über die Scheidenflora neugeborener Mädchen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. II. p. 191.
58. *Schottmüller, H., und W. Barfurth, Zur Ätiologie der eitrigen Adnexerkrankungen. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 2. Heft 1. Ref. Monatsschr. Juni. p. 849.
59. Schottmüller, Wesen und Behandlung der Sepsis. Deutscher Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden. April. Ref. Wiener med. Wochenschr. p. 2127.
60. Schüler, W., Zum Krankheitsbild der puerperalen Infektion mit dem E. Fraenkelschen Gasbazillus. Münchn. med. Wochenschr. p. 2304.
61. *Seligmann, S., Zur Ätiologie der endogenen Puerperalinfektionen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. p. 548.
62. Sella, Contributo allo studio delle localizzationi genitali dai microorganismi nelle setticemie sperimentali. Annali di Ost. e Gin. I. Sem. p. 329.
63. Shoemaker, George Erety, Eine Kalkschale in der Vena iliaca externa, 20 Jahre nach puerperaler Phlebitis. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. June.
64. Simson, H. J. F., und J. M. Bernstein, Puerperale Koliinfektion und Infektionsmöglichkeit in der Schwangerschaft. Brit. Med. Journ. 4. April.

65. Snoo, de, Bijdrage tot de kennis der Ätiologie en Prophylaxis der puerperale Thrombose. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. I. Nr. 21. Ref. Gyn. Rundschau. p. 577.
66. *Spiegel, Robert, Zur Kenntnis des Tetanus puerperalis. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 2. p. 367.
67. Ssolowjew, Th. A., Kolibakteriämie im Puerperium. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 241. (Russisch.) (Abrasio, Exitus.)
68. Vanverts, Phlébite puerpérale. Ligature de la veine iliaque externe. Réunion obst. et gyn. de Lille. 27 Déc. 1913.
69. Vernier, P., et G. Thiry, Fièvre puerpérale à Vibrion septique. Soc., obst. et de gyn. de Nancy. Mars. Ref. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Avril. p. 367.
70. — — Un cas de fièvre puerpérale à vibrion septique. Réunion obst. et gyn. de Nancy. 18 Mars.
71. Voron, Un cas de pyélonéphrite colibacillaire à gauche dans les suites de couches. Réunion obst et gyn. de Lyon. 1 Mai.
72. *Werner, P., und J. v. Zubrzycki, Bericht über bakteriologische Untersuchungen bei 200 Fällen von Fieber nach der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. p. 519.
73. Waegeli, Beitrag zum Studium der Bakterien beim septischen Abort. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
74. Zatzkin, Über die Bedeutung der hämolytischen Streptokokken im Wochenbett. Journ. f. Geb. 1913. März. (Russisch.) Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 101.
75. *Zweifel, Über medikamentöse Scheidenspülung zur Prophylaxe des Puerperalfiebers. Naturwiss.-med. Ges. zu Jena. 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 846.

Resorptionsfieber.

Hamm (25) erklärt die üblichen Vorstellungen von Resorptionsfieber für irrig. Dold hat bereits nachgewiesen, dass zum Zustandekommen einer Endotoxinwirkung die Endotoxine, d. h. die Bakterienleibsubstanzen dem tierischen Organismus einverleibt werden müssen, so dass also der Gedanke einer Resorption von Endotoxinen von totem Gewebsmaterial her uneingeschränkt und endgültig aufzugeben sein dürfte. Hamm schneidet nun die Frage an, wie es sich mit der Resorption der durch fermentativen Abbau der Bakterieneiweisse entstehenden giftigen Zwischenprodukte verhält, nämlich der Bakterien-Anaphylatoxine. Nach Friedberger nämlich wird Anaphylatoxin nicht nur von Parasiten gebildet, sondern ebenso von jedem saprophytär lebenden Keim, sobald er in Kontakt steht mit komplementhaltigen Körpersäften, sowohl in vivo wie auch in vitro. So zum Beispiel gelingt es, ein Anaphylatoxin nachzuweisen, das von Keimen stammt, die in abgetötetem Zustande in den Konjunktivalsack verbracht waren. Am Vorhandensein von reichlichem Anaphylatoxin schon im normalen Wochenfluss wird daher kein Zweifel bestehen können. Es ist nun die Frage zu erörtern, ob und unter welchen Bedingungen solche Anaphylatoxine von dem Genitalschlauch aus zur Resorption zu gelangen vermögen. Um hierüber Aufschluss zu erhalten, diente Hamm folgender Versuch: in die normale, nicht verletzte Scheide des Meerschweinchens wurde wiederholt eine Aufschwemmung von Bakterien verbracht; mehrere Wochen später zeigten die Tiere nach Reinjektion von der Jugularvene aus deutliche anaphylaktische Symptome, die bei den Kontrolltieren völlig fehlten. Hamm nimmt nun an, dass normalerweise die Mengenverhältnisse dieser Resorption minimale sind und somit nicht zur Geltung kommen, den Gesamtorganismus unbeeinflusst lassen. Bei gestörtem Abfluss der Lochien jedoch, bei der Retention des anaphylatoxinhaltigen Wundsekretes liessen sich Vergiftung und Temperatursteigerung zwanglos erklären. Deshalb möchte Hamm den Namen Resorptionsfieber für diesen Zustand durch „Retentionsfieber" ersetzt sehen.

Pässler (47) hält für das Entscheidende bei der Sepsis nicht das Eindringen der Keime in die Blutbahn. Den unglücklichen Ausgang schiebt er vielmehr darauf, dass die Entwicklung immer neuer Keime an Brutstätten er-

folgt, an denen infolge mangelhafter Blutdurchströmung die bakteriziden Kräfte des Blutes nicht wirksam werden können. Aus dem gleichen Grunde erklärt sich auch in solchen Fällen die Unwirksamkeit selbst der direkt in die Blutbahn eingeführten bakteriziden Stoffe, sowie bakterizider Sera.

Bewertung der Scheidenflora.

Werner und Zubrzyki (72) haben die genauen bakteriologischen Befunde von 200 puerperalen Infektionen daraufhin gesichtet, inwieweit sich aus dem Vergleich der im Zervikalsekret gefundenen Keimart und des Blutbefundes mit dem klinischen Bilde gewisse prognostische Regeln aufstellen lassen über Art und Ausgang der Erkrankung. Als Resultat ergab sich, dass der positive Keimbefund im Blute ein etwas häufigerer, die Mortalität eine höhere ist in den 102 Fällen, in denen Streptokokken sich in Reinkultur fanden, gegenüber den 80 Fällen, in denen sie mit anderen Keimen zusammen auftraten, beziehungsweise nur andere Keime gezüchtet wurden. Über den prognostischen Wert der bakteriologischen Untersuchung in Hinsicht auf die Art der Erkrankung lässt sich nur aussagen, dass es keinen Symptomenkomplex gibt, der für eine bestimmte Bakterienart charakteristisch wäre. Weder Schüttelfröste, noch die Temperaturkurve, noch auch irgendwelche im Verlauf der Erkrankung auftretenden Erscheinungen sind für irgend einen Keim pathognomonisch.

Manu af Heurlin (42) unterwarf das Sekret der Scheide vom Kindes- bis zum Greisenalter einer exakten bakteriologischen Prüfung. Die Reaktion des Scheidensekrets ist bis zur Pubertät, sowie dann wiederum im Greisenalter eine leicht alkalische, in der Zwischenzeit, vom Wochenbett abgesehen, sauer. Die Bakterien des Genitalkanals stammen zum Teil von denen des Darmes, zum Teil von denen der äusseren Haut ab. Einen recht geringen Reinheitsgrad der Flora findet der Verfasser bei kleinen Kindern und Greisinnen. Hier beherrschen anaerobe Kokken und Stäbchen das Bild. Einen gewissen Rückschluss gestattet bereits der Ausfall der Lackmusreaktion: bei ausgeprägt saurer Reaktion findet sich zumeist ein hoher Reinheitsgrad der Scheide, d. h. das überwiegende Vorkommen von Vaginalstäbchen. Pathogene Fremdkeime können sich im Genitalkanal nicht halten.

Bei seinen Untersuchungen der Flora des Wochenbettes glaubt er den krankmachenden Streptococcus pyogenes von den übrigen Kettenkokken kulturell unterscheiden zu können; er hält sein Vorkommen und die Infektion durch ihn für selten. Die Mehrzahl der genitalen Temperatursteigerungen seien durch anaerobe Bakterien bedingt.

Schmidgall (56) unterwarf das Scheidensekret von 21 Neugeborenen und 10 Kindern im ersten Lebensjahre einer exakten bakteriologischen Untersuchung. Die am ersten Lebenstage untersuchten Kinder boten, entsprechend früheren Untersuchungen, zumeist einen negativen Befund: Vulva und Scheide waren in 10 von 13 Fällen steril. Innerhalb des zweiten Lebenstages jedoch weichen die Befunde erheblich von den Ergebnissen früherer Arbeiten ab. Von den 21 Neugeborenen trugen 20 Streptokokken in der Scheide, von den 10 Kindern des ersten Lebensjahres 8; und zwar zumeist in grösserer Zahl. Eine Abhängigkeit der Mengenverhältnisse von der Reaktion des Scheidensekretes, die bald sauer, bald alkalisch ausfiel, bestand nicht. Auffallend häufig fand sich Hämolyse. In 16 Fällen barg die Scheide der Neugeborenen Staphylokokken. Für die Herkunft dieser Keime ist von grosser Bedeutung ein ganz offenkundiger Parallelismus zwischen den erwähnten Befunden und der Flora in der puerperalen Scheide der zugehörigen Mutter. So boten auch Zwillingskinder den gleichen Befund. Seltenere Keime, wie der nur einmal gefundene obligat anaerobe Streptococcus, Proteus (bei einem Melaenakinde) fanden sich ebenso im mütertlichen

Scheidensekret. Eine gewisse Abhängigkeit von dem Milieu der Wochenstube mag überdies bestehen. Der Einfluss der Darmflora scheint sich erst späterhin bemerkbar zu machen.

Ausgehend von dem Standpunkte, dass das Sekret der Scheide Schwangerer nur in der Minderzahl eine physiologische Zusammensetzung zeigt, im Gegenteil nach Bumm, Gönner, Burckhardt, Sigwart und anderen in der Mehrzahl der Fälle den physiologischen Stäbchen Streptokokken, selbst hämolytische beigemischt zu sein pflegen, mehren sich die Ratschläge, eine solche krankhaft gestörte Scheidenflora zu behandeln und womöglich in eine physiologische umzuwandeln.

Zweifel (75) benutzte während seiner Studien über diese Frage an der Döderleinschen Klinik zur groben Aussonderung der Fälle das makroskopische Aussehen des Scheidensekrets und glaubt aus diesem bereits eine gewisse Prognosenstellung sich erlauben zu dürfen: ist das Sekret anstatt weisslich-krümelig gelblich-eitrig, so verschlechtert sich die Prognose für das Wochenbett, eitrig-schaumiges vollends ist prognostisch in hohem Grade ungünstig. Zweifel stellt seine Versuche im Gegensatz zu Schweitzer, Esch und Schröder (1913) mit den üblichen Desinfizientien an und nahm 1—4 Wochen lang tägliche Scheidenspülungen vor. Während er bei Anwendung von destilliertem Wasser, Bor und essigsaurer Tonerde Vermehrung der Kokken beobachtete, erzielte er mit Sublimat, Oxyzyanat, Lysoform und Kaliumpermanganat eine, wenn zunächst auch kurzdauernde Verminderung gerade der Kokken. Besonders günstig wirkte eine $2^0/_0$ige Arg. nitr.-Lösung. — Von 30 zum Vergleich vorbehandelten Schwangeren mit normalem Sekret erkrankte eine fieberhaft (= $3{,}3^0/_0$); von 14 mit pathologischem Sekret ebenfalls eine (= $7{,}1^0/_0$).

Die auf der kleinen Versuchsreihe basierende Empfehlung lautet dahin: bei kurz vor der Geburt oder während derselben in Behandlung kommenden Fällen mit bakteriologisch krankhaftem Sekret nach mechanischer Verminderung der Keimzahl durch eine Kochsalzspülung (1—2 Liter), Desinfektion durch 100 bis 200 ccm Sublimat 1 : 2000.

Völlig anders bewertet Seligmann (61) den Befund von Streptokokken in der Scheide während der Geburt. Seine Arbeit bildet eine Fortsetzung und Vervollständigung der Goldstromschen Untersuchungen (1913) unter Berücksichtigung auch der quantitativen Verhältnisse. Bei 1092 untersuchten Kreissenden fanden sich in 517 Fällen keine Streptokokken, in 532 Fällen nichthämolytische Streptokokken, in 43 Fällen hämolytische. Um nun auch zu der Ansicht Sachs' Stellung nehmen zu können, dass die Mengenverhältnisse der hämolytischen Streptokokken massgebend seien, so wurden die Kolonien aller Streptokokken auf der Platte ausgezählt.

Das Ergebnis nun des Vergleiches dieser Untersuchungsbefunde mit dem Verlaufe des Wochenbettes ergibt nun völlig gleiche Morbiditätsziffern für alle drei Gruppen. Auch die Schwere der Erkrankungen bildet keinen Unterschied; es wird dies durch eine Verrechnung der Fiebergrade auf die einzelne Temperaturmessung festgestellt.

Bäumer (1) findet in seinen Untersuchungen die Ansicht Henkels bestätigt, dass die Hämolyse nicht eine Arteigenschaft der Streptokokken ist, sondern lediglich eine Folge des Nährbodens, auf dem sie sich entwickeln, und dass durch die Schwangerschaft Vorgänge im Organismus sich abspielen, welche die Hämolyse zustande bringen. Anders liesse es sich nicht erklären, dass bei chirurgischen und internen Sepsisfällen die Hämolyse so gut wie unbekannt ist. Folgende Beobachtung führt Bäumer zur Unterstützung seiner Anschauung an: aus einem Panaritium an seiner Hand, das er bei der Behandlung einer mit hämolytischen Staphylokokken infizierten Frau sich zugezogen hatte, gelang es ihm, Staphylokokken zu züchten, doch zeigten diese keine Hämolyse.

Benthin (3) betont demgegenüber von neuem den Standpunkt der Königsberger Klinik. Die Hämolyse sei eine dem betreffenden Streptokokkenstamme eigentümliche Eigenschaft, die wohl in gewisser Beziehung variabel sei, gehemmt und sogar zum Verschwinden gebracht werden kann, durch günstige Nährböden aber wieder in die Erscheinung tritt, dem Stamme als solchem jedoch so eigentümlich ist, dass sie ihm selbst bei seiner Degeneration nicht verloren zu gehen pflegt. Sie von Bäumer zum Beweise herangezogene Beobachtung über die Hämolyse eines Staphylokokkenstammes hält Benthin insofern für nichtssagend, als Staphylokokkenhämolyse und Streptokokkenhämolyse verschiedene Dinge sind und sich nicht in Parallele setzen lassen. So zum Beispiel sei das Hämolysin der Streptokokken so gut wie nicht abfiltrierbar im Gegensatz zu dem des Staphylococcus. Die Seltenheit der hämolytischen Streptokokken in der Chirurgie und inneren Medizin bestreitet er energisch und weist unter anderem auf den Befund dieser Keime auf 70% aller gesunden Tonsillen hin.

Schmidgall (56) hält die Fortdauer des Hämolysiervermögens der Streptokokken im kindlichen Scheidensekret in gewissem Grade für einen Gegenbeweis gegenüber Zangemeisters Anschauung, dass sich hämolytische Streptokokken nur am Orte einer von ihnen erzeugten Infektion fänden.

Jeannin und Lavan (33) beobachteten im Blute kleine Körperchen mit Braunscher Molekularbewegung, die besonders nach der Resorption von Fett aus dem Darm an Zahl ungeheuer zunehmen. Die Autoren halten diese Hemokonien, wie sie die Körperchen nennen, für die spezifischen Träger des Fettes. Da nun die Galle bei der Fettverdauung und -Resorption einen wesentlichen Anteil hat, so kann von dem Vorhandensein und der Anzahl der Hemokonien ein gewisser Rückschluss auf Absonderung der Galle in den Darm und eventuell die Funktion der Leber gezogen werden. Wie Jeannin und Lavant einerseits die Indikationsstellung zur Unterbrechung der Schwangerschaft Graviditätstoxikosen von diesem Faktor abhängig machen, so halten sie ebenso während puerperaler Infektionen die Kontrolle dieser Körperchen für prognostisch bedeutsam in Hinsicht auf die hierdurch zu ermittelnde Funktionsstörung der Leber.

Löhninger (41) konnte in drei Fällen, die unter den Erscheinungen akuter Sepsis innerhalb der ersten 12 Tage des Wochenbettes erlagen, eine Tonsillitis nachweisen, die von pathologischen Anatomen als der Ausgangspunkt der Infektion bezeichnet wurde. In allen drei Fällen war ausser anderen Lokalisationen der Infektion eine Peritonitis vorhanden.

Pierrat (50) ist der Überzeugung, einen subakuten Gelenkrheumatismus, der vier Monate nach einem septischen Abort ausbrach, durch eine um weitere vier Monate später vorgenommene Curettage geheilt zu haben. Er stellt sich den Hergang so vor, dass eine chronische puerperale Endometritis aus irgendwelcher von aussen herrührenden Veranlassung zu so später metastatischer Verbreitung des Virus geführt haben müsse.

Sutherland empfiehlt zur Isolierung pathogener Streptokokken aus infektiösem Material als elektive Methode die Überimpfung auf die für Streptokokken besonders empfindlichen Kaninchen speziell das Bauchfell, sowie zu den Kulturen die Verwendung flüssiger Nährböden.

Dingmann (14) misst dem Blutbilde grossen prognostischen Wert bei. Bei ernsterer Infektion gibt eine stärkere Zunahme der polynukleären zugleich mit hoher Leukozytose bessere Aussichten als Steigen der polynukleären bei gleichbleibender oder gar abnehmender Leukozytose.

Verschiedene Erreger.

Dougal (16) beobachtete eine Infektion durch den Bacillus aerogenes capsulatus. Die Schwangere war in den letzten zwei Wochen vor ihrer Nieder-

kunft im achten Monat mehrfach wegen Blutungen tamponiert worden. Bei der Aufnahme in die Klinik wurde ein mehrere Tage bereits liegender, übelriechender Tampon entfernt. An die tags darauf erfolgende Frühgeburt schloss sich die foudroyant verlaufende Infektion an und führte 18 Stunden nach der Entbindung zum Tode. Als Weg der Infektion wird die Blutstrasse bezeichnet von der Scheide zur Insertionsstelle der Plazenta. Doch auch die totgeborene Frucht hatte bereits einen üblen Geruch und zeigte mikroskopisch allerwärts den typischen Erreger.

Dirks, Mareschke und Kriebel (15) teilen ihre klinischen, anatomischen und bakteriologischen Beobachtungen an einem Falle von Gasphlegmone nach kriminellem Abort mit. Der schwere Kollapszustand, in dem die Patientin $1^1/_2$ Stunden nach der intrauterinen Injektion eingeliefert wurde, wird als eine Vergiftung durch den hierbei verwandten Holzessig aufgefasst. Schwieriger ist es, zu der sofort aufgetretenen Hämoglobinurie Stellung zu nehmen. Während sie nämlich für derartige Intoxikationen symptomatologisch ist, so ist andererseits auch Hämoglobinurie bei Kaninchen beobachtet worden, die mit dem Gasbazillus geimpft waren, überdies zeigte der Bazillus auch in den Kulturen deutliche Hämolyse. Hämaturie hingegen wird sehr häufig bei der Gasbazillensepsis beobachtet. Als seltenerer Befund wird noch das klinisch bereits hervorgetretene Hautemphysem über dem linken Glutäus erwähnt, fortgeleitet von der Phlegmone des linken Parametriums.

Bingold (4) gelang es bei mehr als 130 Fällen von Abort den Gasbazillus aus der Cervix oder dem Blute zu züchten. Aus dem Verlauf der Fälle erhellt, dass der Befund dieses Keimes keineswegs als ein absolut ungünstiges Zeichen aufzufassen ist. Die dem Keime eigentümliche Peritonitis zeichnet sich durch eine blutig-seröse, nicht stinkende Exsudation aus. Pathognomonisch sei bis zû einem gewissen Grade eine Missfärbung der Haut, die auf dem toxischen Zerfall der Blutkörperchen beruhe.

Spiegel (66) leitet aus einer Zusammenstellung der literarisch bekannten Fälle und vier eigener Beobachtungen einige charakteristische Merkmale der puerperalen Tetanusinfektion ab. Die relativ kurze Inkubationszeit von durchschnittlich neun Tagen entspricht den günstigen Resorptionsverhältnissen und einer Überschwemmung mit Toxinen. Die tetanusgiftbindenden Substanzen des normalen Nervensystems sind früh verbraucht und die mit der Übersättigung einhergehende Schädigung der giftempfindlichen motorischen Zentren führt zum Ausbruch der Krämpfe. Je akuter der Beginn, je schneller die Ausbreitung über die verschiedenen Muskelgruppen, um so ungünstiger gestaltet sich demnach die Prognose. Als erschwerendes Moment kommt hinzu, dass bei Puerperaltetanus die Krämpfe häufig in der Phyarnxmuskulatur mit Schlingbeschwerden beginnen und frühzeitig auf die Atemmuskulatur übergehen. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass verschiedentlich eine günstige Beeinflussung des Tetanus durch eine hinzutretende andere Infektion beobachtet wurde, wie Pneumonie, Sepsis. Therapeutisch scheint ausser sofortiger intravenöser und intralumbaler Seruminjektion von 400—1000 A.-E. pro dosi die symptomatische Bekämpfung der Krampfanfälle durch intralumbale Injektion von 5—10 ccm einer $15^0/_0$igen Magnesiumsulfatlösung der Beachtung zu verdienen. Auch die örtliche Behandlung der Eintrittspforte durch Curettage, Spülung und antitoxingetränkte Tamponade ist noch nicht ganz aufgegeben.

Lokalisationen der Infektion.

Schottmüller und Barfurth (58) haben in 79 Fällen eitriger Adnextumoren den mittelst Punktion vom Douglas her gewonnenen Eiter unter Verwendung aerober und anaerober Nährböden untersucht. Hierbei stellte sich

das bemerkenswerte Ergebnis heraus, dass in nur 6,3 % der Fälle der Gonococcus, in 17,8 % Streptokokken und Staphylokokken, in 34,4 % obligate Anaerobier sich fanden, und nur in 15,2 % die Kulturen steril blieben. Die Annahme, dass es sich um sekundäre Infektionen vom Darme aus hier handeln könne, wird mit dem Hinweis darauf abgelehnt, dass sehr häufig der Keimbefund im Eiter sich mit der Zervikalflora deckte. Bei der Seltenheit der gonorrhoischen Natur der Pyosalpinx werden auch die von Schridde namhaft gemachten histologischen Merkmale für den gonorrhoischen Charakter der Infektion unwahrscheinlich und hinfällig.

Cumston (10) lenkt die Aufmerksamkeit auf eine in der Literatur selten erwähnte, in der Tat aber wohl häufigere Komplikation im Wochenbett, den perirenalen Abszess. Ätiologisch misst Cumston den mechanischen Insulten grossen Wert bei, denen die Niere durch die Nachbarschaft des graviden Uterus ausgesetzt ist. Einmal würde sich diese Erklärung decken mit der häufig traumatischen Entstehungsweise der perirenalen Abszesse ausserhalb der Gravidität. Sodann wäre hierdurch zugleich die sonst nicht recht erklärliche Bevorzugung der rechten Nierengegend verständlich. Neigung und Drehung der rechten Uteruskante nach rechts und hinten in der Richtung zur überdies tieferstehenden und somit exponierteren rechten Niere sind wie geschaffen, das perirenale, gefässarme Bindegewebe, insbesondere während der Wehentätigkeit, mechanisch zu irritieren und einer Infektion den Boden zu ebnen. Als Eintrittspforte für die Erreger scheint ihm in erster Linie der puerperale Genitalkanal in Betracht zu kommen, und zwar die Lymphgefässe, die, in den Lymphspalten der Uteruswand beginnend, durch die Parametrien in der Nachbarschaft der Spermaticae zu den lumbalen Lymphdrüsen ziehen. Die fasziale Kapsel der Niere ist am unteren Pole nicht geschlossen und gerade hier stehen die genannten Lymphbahnen mit den feineren Lymphwegen der Fettkapsel in Verbindung.

Als nicht unwichtiges, wenn auch selteneres Begleitsymptom werden Schmerzen in der Hüfte angeführt zugleich mit Muskelkontraktion, die gelegentlich zur Verwechslung mit Koxitis führen können. Zur Differentialdiagnose gegenüber Tumoren der Niere selbst ist die respiratorische Unverschieblichkeit des Abszesses von Wert.

II. Prophylaxe und Therapie.

1. *Ahlfeld, F., Der Kernpunkt in der Frage von der Bedeutung des Aklohols bei der Händedesinfektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 3. p. 504.
2. *— Puerperale Infektion im Anschluss an Retention von Plazentarresten. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Nov. p. 537.
3. Ahrendts, Günter, Über Operationen bei puerperal-septischen Erkrankungen. Diss. Berlin. Juni.
4. *Arnstein, A., Über Methylenblausilberbehandlung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien. 26. Febr. Ref. Wiener med. Wochenschr. p. 1788.
5. Aubert, Behandlung des septischen Abortes. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe.
6. Baldwin, J., Behandlung der puerperalen Thrombophlebitis. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 15., 16. u. 17. Sept. Med. Record. p. 689.
7. *Beckers, R., La bouillie lactique dans les cas d'infection. Journ. Belge de gyn. Jan. p. 19.
8. *Benthin, W., Wie kann man üble Ausgänge bei fieberhaften Aborten am besten vermeiden? Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. p. 798.
9. Bollag, K., Beitrag zur Kalziumtherapie bei Urticaria im Wochenbett. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 45. (Subkutane Anwendung von Kalzine-Merck.)
10. Bondy, O., Zur Frage der lokalen und allgemeinen Behandlung septischer Erkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. 1270. (Kritik der operativen Indikationsstellung Rosensteins (s. u.) bei gynäkologischen Eingriffen.)

11. Bondy, O., Die septische Allgemeininfektion und ihre Behandlung. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 7. 1913.
12. *Burnham, A. C., Vaccine and serum therapy in septicemia. Annals of Surg. LIX. May. p. 645 f.
13. Cabanes, De l'emploi de l'éther dans les infections puerpérales. Réunion obst. et gyn. d'Alger. 16 Mai.
14. Calderini, La lotta profilattica contro le infezioni puerperali deve essere incessante. Lucina. XIX. Nr. 5.
15. *Champtaloup, S. T., Die prophylaktische Verwendung sensibilisierter Bakterienvakzine bei puerperaler Sepsis. Brit. Med. Journ. June 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1271.
16. *Cohn, Mihail, Die prophylaktische Behandlung der puerperalen Infektionen mit intravenösen Kollargoleinspritzungen. Revista de Chir. 1913. April. p. 97.
17. *Cramer, Das Terpentinöl in der Prophylaxe und Behandlung puerperaler und gynäkologischer Infektionen. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. 1. März. Bericht. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Mai. p. 724.
17a. — Das Terpentinöl in der Prophylaxe und Behandlung puerperaler und gynäkologischer Infektionen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 6. p. 789.
18. Crile, G. W., Das kinetische System und die Behandlung der Peritonitis. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 15., 16., 17. Sept. Med. Record. p. 689.
19. Delmas, P., Tamponade mit reinem Terpentinöl bei der Endometritis puerperalis. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Nov.
20. Döderlein, Venenunterbindung bei Thrombophlebitis puerperalis. Gyn. Ges. zu München. 16. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1855.
21. Foulkrod, Collin, The present status of puerperal infection in privat practice-practical methods of prevention and treatment. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Mai. p. 791.
22. *Fromme, F., Über die Unterbindung der Vena cava bei puerperaler Pyämie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 2. p. 388.
23. Gilles, R., Péritonite postabortive. Laparotomie. Guérison. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 4 Mars. Ref. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Avril. p. 382. (Krimineller Abort mit nachfolgender Peritonitis. Einfache Drainage in der Linea alba hatte Erfolg.)
24. *Grousse, René, Hystérectomie et infection puerpérale. Journ. Belge de gyn. Avril. p. 287.
25. *Harrar, James A., Diskussion zu Huggins, Nr. 29.
26. Henkel, Puerperalfieber und Behandlung des fieberhaften Abortes. Virchows Arch. 216. Heft 3.
27. Hirst, The routine treatment of puerperal sepsis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 1873.
28. Hounchеringer, Peter, Kollargol und puerperale Sepsis. Diss. Leipzig 1913.
29. *Huggins, R. R., A consideration of some methodes in the treatment of the puerperal infections which have given important results. Transaction of the section on Gyn. and Obst. of the Med. Soc. of the State of New York. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. p. 236.
30. *Jagoulet, La colpotomie dans le traitement de l'infection puerpérale. Paris méd. 18 Oct. 1913.
31. Jeannin und Roux-Berger, Zwei Fälle erfolgreicher Bluttransfusion bei puerperaler Infektion mit schwerer Anämie. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1913. Déc.
32. *Kausch, W., Über Kollargol. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 423.
33. *Krohl, P., Die Immunisierung des Blutes gegen septische Erkrankung. Berl. klin. Wochenschr. 1913. Nr. 42.
34. De Lostalot, Die Behandlung von Infektionen durch Anlegung von Fixationsabszessen. Lancet. 1913. Oct. p. 1118.
35. *Orlovius, Über die Beeinflussung infektiöser Erkrankungen, speziell der des Wochenbettes, durch Salvarsan bzw. Neosalvarsan. Brauers klin. Beitr. Bd. 2. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 643.
36. Pellegrini, Die Desinfektion der Haut mit Chloralkohol. La Gin. X. 8. p. 241. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 93.

37. Pikin, Experimentelles zur Peritonitisbehandlung. Ärztezeitg. 1913. Nr. 2. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 101. (Mit Kampferöl bei eitriger Peritonitis behandelte Hunde starben alle.)
38. *Rosenstein, P., Neuere Erfahrungen über die Wirkung des Argatoxyls bei septischen Erkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. p. 804.
39. *Santi, Über den Wert der Fixationsabszesse in der Behandlung der Puerperalinfektionen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1. p. 192.
40. Seligmann, Sigfried, Zur Ätiologie der endogenen Puerperalinfektionen. Diss. Giessen. April.
41. *Tumminia, Beitrag zum Studium der Pathogenese und Therapie der Puerperalinfektion. Morgagni. Jahrg. 55. Nr. 8.
42. *Vernier, Ätherbehandlung eitriger Erkrankungen. Journ. de méd. et de chir. 1913. Nr. 23.
43. *Voigt, Weitere Mitteilungen über kolloidales Silber. Med. Ges. Göttingen. 7. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1596.
44. — Über kolloidales Silber. Was für kolloidales Silber wird intravenös injiziert? Therap. Monatshefte. Sept. p. 625.
45. *Walther, Fr., Über fieberhafte Aborte mit spezieller Berücksichtigung ihrer Therapie. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 3. p. 325.
46. Weaver, G. H., Antistreptokokkenserum. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 61. Nr. 9. p. 661. 1913.
47. *Winter, G., Über Bedeutung und Behandlung retinierter Plazentarstücke. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Mai. p. 597.
48. Zweifel, E., Versuche zur Beeinflussung des Bakteriengehaltes der Scheide Schwangerer durch medikamentöse Spülungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. April. p. 459.

Prophylaxe.

Ahlfeld (1) schlägt einen neuen Weg zur Prüfung der Alkoholdesinfektionsmethode vor. Steinegger nämlich (Zentralbl. f. Chir. 1913) hat bei Operationen untersucht, in welchem Umfange das Messer beim Schnitt durch die Haut Hautkeime mit in die Tiefe nimmt und somit den tieferen Geweben gefährlich werden kann. Eben diese Untersuchungsmethode empfiehlt Ahlfeld zur Ermittelung der Desinfektionskraft der verschiedenen Hautdesinfizientien, speziell des Alkohols.

Krohl (33) wurde durch die Beobachtung einer gewissen Immunität mit Quecksilber behandelter Luetiker gegenüber Infektionen zu seinen Versuchen veranlasst, Tiere durch prophylaktische Injektionen von Hydrargyrum bencoicum zu immunisieren. In der Tat erreichte er durch Injektion von 1,5 mg pro kg Körpergewicht eine Immunität gegen Streptokokkeninfektion. Einige klinische Erfahrungen werden zur Bestätigung angeführt.

Cohn (16) glaubt gute Erfolge gesehen zu haben von prophylaktischen Kollargolinjektionen, die er in allen geburtshilflichen Fällen vornimmt, in denen die Möglichkeit einer Infektion besteht. Er gibt intravenös 0,1—0,2 Kollargol in Form einer 5%igen Lösung. Bei dem Erfolge scheint die hierdurch angeregte Leukozytose eine Rolle zu spielen, insbesondere die Vermehrung neutrophiler Polynukleären. Diese vermag den Aufbau eines Schutzwalles in der Uteruswand wesentlich zu unterstützen.

Unter den gleichen Bedingungen wendet Champtaloup (15) prophylaktisch sensibilisierte polyvalente Streptokokkenvakzine an.

Therapie.

a) Behandlung der septischen Allgemeininfektion.

1. Örtlich, an der Eintrittspforte.

Winter (47) widmet sich von neuem den auf dem Strassburger Kongress zuletzt eingehend erörterten Fragen über den Zusammenhang von Plazentarretentionen und schwerem Wochenbettsfieber, sowie über die Behandlung

dieses Zustandes. Nach einer Zusammenstellung der neueren Literatur scheinen schwere oder gar tödliche Infektionen bei Plazentarretentionen zunächst überhaupt nicht häufig; und in diesen Fällen konnte häufig als Ursache für die Infektion ein schwerer Eingriff oder dergleichen noch in Frage kommen. Winter nimmt auch für diese Fälle als Eintrittspforte der Infektion nicht die Räume zwischen den Zotten des Cotyledos und die Haftstelle desselben an, sondern die übrige freie Plazentarstelle. Hierbei soll nicht in Abrede gestellt sein, dass das retinierte Plazentarstück insofern einer Infektion einigen Vorschub zu leisten vermag, als es einmal den Uterus an der zur Beschränkung der Bakterienresorption notwendigen Dauerkontraktion hindert, aus dem gleichen Grunde zu ausgedehnterer Thrombenbildung Anlass geben kann und schliesslich durch Blutungen die Widerstandskraft der Wöchnerin zu schwächen vermag.

Ein gewaltiger Unterschied im weiteren Verlauf des Wochenbettes besteht zwischen den Fällen, bei denen eine Ausräumung bei bisher fieberfreiem Verlauf vorgenommen wurde und jenen, bei denen vor dem Eingriff bereits Fieber bestand. Finden sich unter 51 der ersten Gruppe nur vier Fälle ernsteren Fiebers, kein Todesfall im Anschluss an den Eingriff, so hatten 105 Fälle von Ausräumung bei bereits bestehender Infektion 20 mal ein schweres Wochenbettsfieber im Gefolge, 10 weitere Fälle kamen ad exitum. Winter leitet aus seiner neuen Zusammenstellung folgendes Verhalten den Retentionen gegenüber ab: das in der Geburt oder im fieberfreien Wochenbett als sicher fehlend erkannte Plazentarstück ist sofort zu entfernen. Sind virulente Bakterien vorhanden — und zu ihnen rechnet Winter, bevor er andere sicherere Kriterien kennt, in erster Linie den hämolytischen Streptococcus — so ist die Ausräumung zu unterlassen, jedenfalls bis zum Verschwinden dieser Keime hinauszuschieben, beziehungsweise die Spontanausstossung abzuwarten. Bei Erkrankung des Peritoneums, der Parametrien oder Adnexe ist nur ein konservatives Verfahren am Platze. Verblutungsgefahr bildet natürlich in jedem Falle eine Ausnahme.

Ahlfeld (2) vertritt diesen Ausführungen gegenüber von neuem einen völlig entgegengesetzten Standpunkt, ganz insbesondere soweit es den ätiologischen Zusammenhang von Retention und Puerperalfieber betrifft. Wenn er jedoch zur vorsichtigen Ausräumung der Reste grundsätzlich auch im Wochenbett, selbst bei Fieber rät, so hält er es auf der anderen Seite für fraglos, „dass Manipulationen zum Zweck der Untersuchung oder Herausbeförderung des Corpus delicti den Anlass zu einer schweren Allgemeininfektion geben können und oft genug gegeben haben." Am ungünstigsten sind diejenigen Fälle, wo bei bereits bestehendem Infektionsfieber und ungenügender Weite des Zervikalkanals stärkere Nachblutungen zu einem intrauterinen Eingriff nötigen. Wenn irgend angängig, versuche man dann ohne intrauterinen Eingriff der Blutung Herr zu werden."

Benthin (8) tritt von neuem für die konservative Therapie des septischen Aborts ein, wie sie an der Winterschen Klinik geübt wird. Auch bei den unkomplizierten fieberhaften Aborten, namentlich bei Vorhandensein hämolytischer Streptokokken, ist die konservative Therapie zu empfehlen.

Walther (45) kommt auf Grund von 834 an der Fehlingschen Klinik beobachteten Aborten, von denen 134 bakteriologisch untersucht wurden, zu dem Ergebnis, dass auch die infizierten Aborte, selbst bei Anwesenheit hämolytischer Streptokokken, der sofortigen Ausräumung unbedingt bedürfen, und zwar unter Anwendung der Curette, vorausgesetzt, dass nicht die Infektion die Uteruswand bereits überschritten hat. Die guten Resultate dieser Behandlung auch bei Anwesenheit hämolytischer Streptokokken bei frühzeitiger Anwendung im Gegensatz zu dem überwiegend ungünstigen Ausgang bei bereits vorgeschrittener Infektion dienen in erster Linie als Richtschnur für dieses Behandlungsprinzip.

Cramer (17) verwendet bereits seit 10 Jahren zur Verhütung sowie zur Bekämpfung puerperaler Infektionen das Terpentinöl zumeist in der gereinigten Form der Pharmakopoe oder auch das nicht gereinigte in verdünntem Zustande. Nach der Curettage septischer Aborte, nach der gründlichen Reinigung des infizierten puerperalen Uterus im Wochenbett wischt er entweder den Uterus mit einem terpentinölgetränkten Wattebausch aus, oder er lässt einen Tamponadestreifen während der Einführung durch eine im Spekulum bereitgehaltene Menge von etwa 30 ccm Terpentins hindurchpassieren vor der Verwendung im Cavum. Obgleich derartige Tamponaden auch längere Zeit über liegen blieben, hat Cramer irgendwelche auch nur leichten Vergiftungserscheinungen niemals beobachten können. Seine guten Erfolge führt er auf folgende Wirkungen des Terpentinöls zurück: 1. rühmt er ihm eine stark desinfizierende und entwicklungshemmende Kraft nach; 2. bleibt diese Kraft über besonders lange Zeit erhalten; 3. es wird kein Ätzschorf gebildet, unter dem sich sofort eine Sekretstauung mit folgender reichlicher Bakterienentwicklung etabliert; 4. die Anregung einer gewaltigen örtlichen Leukozytose und äusserst kräftigen Wundreaktion. Diese Wirkung des Medikaments ist reichlich bekannt durch die früher vielfach therapeutisch angelegten Terpentinölabszesse.

Vernier (42) wendet zur Heilung aller eitrigen Prozesse Ätherdämpfe an; bei offenen Eiterungen (Phlegmonen, Tuberkulosen) in Form von luftdicht abgeschlossenen, mit Äther getränkten Verbänden; in anderen Fällen vermittelst besonderer Vorrichtungen, die das Eindringen der Ätherdämpfe in die Vagina, Urethra, den Darm ermöglicht. Vom Auswaschen der Bauchhöhle mit Äther bei Peritonitis sah Vernier zum Teil ausgezeichnete Erfolge.

Beckers (7) verwendet Bouillonkulturen von Bacillus (lacticus) vulgaris, hergestellt nach Cohendy oder Berthelot, intrauterin in Mengen von 20 ccm mehrmals täglich bei allen Arten puerperaler Infektionen.

Grousse (24) glaubt mit der abdominalen Totalexstirpation und nachfolgender Drainage (nach oben) am siebenten Tage des Wochenbettes wegen puerperaler Infektion eine Patientin gerettet zu haben. (Durch voraufgegangene intrauterine Behandlungen verschiedenster Art (Curettage, Injektionen, Tamponade) ist das klinische Bild gestört.)

b) Behandlung der Lokalisationen.

Pyämie.

Fromme (22) liefert zur operativen Therapie der Pyämie einen interessanten Beitrag. In einem Falle, der sich an einen septischen Abort anschloss, unterband Fromme die Vena cava, da von der rechten Iliaca her ein Thrombus bis in die Teilungsstelle reichte. Auch auf der bis dahin gesunden linken Seite fehlten Stauungserscheinungen im Anschluss hieran so gut wie ganz. Lehrreicher und wesentlicher ist folgendes: nach achttägigem fröstefreien Intervall beginnen die Schüttelfröste von neuem in typischer Weise und führen nach weiteren drei Wochen zum Tode. Der anatomische Befund gibt hierfür eine völlig hinreichende Erklärung: der thrombotische Prozess war von der rechten Iliaca aus über die Cavateilungsstelle in die linke Iliaca hineingewandert und hatte hier retrograd sich fortsetzend diejenigen kleinen Seitenäste der Iliaca befallen, die durch die Kreuzbeinlöcher zum Rückenmark führen, sowie die mit der Vena azygos kommunizierende Vena ileolumbalis. Dass auf diesem Wege der Infektionsprozess wiederum mit dem proximalen Kreislauf in Verbindung treten konnte, hat ganz offenbar den Erfolg des Eingriffes vereitelt. Um nun auch gegen derartige Komplikationen Vorsorge zu treffen, schlägt Fromme vor, in ähnlichen Fällen zur Vermeidung retrograder Ausbreitung des Prozesses auch die nicht infizierte Iliaca zu unterbinden, und zwar dicht unterhalb der

Cava. Die Cava selbst ist möglichst nahe der Einmündung der Renales zu ligieren, da andernfalls Kommunikationsgefässe zwischen Iliaca und Cava den Prozess aus dem infizierten Gebiet in die Cava oberhalb der Ligatur tragen könnten.

Peritonitis.

Jagoulet (30) empfiehlt in allen Fällen von puerperaler Infektion, in denen überhaupt eine intraperitoneale Exsudatbildung in Frage kommen kann, selbst wenn der exakte Nachweis derselben noch nicht gelingt, den Douglas von der Scheide her zu eröffnen und zu drainieren.

2. Allgemein — medikamentös.

Santi (39) sieht von den Fixationsabszessen durch Injektion von Terpentinöl gute Erfolge. Durch Erhöhung des Injektionsquantums von 1 auf 5 ccm, sowie durch die mehrfache Wiederholung der Injektionen, selbst wenn die erste reaktionslos verlief, glaubt er die Wirkung den früheren Resultaten gegenüber noch erhöht zu haben. Die Mortalität der 30 bisher behandelten Fälle betrug 26,7 %.

Kausch (32) rühmt von neuem dem Kollargol (Präparat Heyden) Erfolge nach, vor allem bei der häufigeren remittierenden Form der Sepsis ohne lokalisierte Eiterherde. Ja, Kausch geht soweit, dass er aus dem fehlenden Erfolg auf einen übersehenen Eiterherd schliessen zu können glaubt. Bei bestehendem Eiterherde kommt das Mittel erst nach dessen chirurgischer Behandlung in Frage. Kausch verwendet das Mittel in 2 %iger Lösung intravenös. In verdächtigen geburtshilflichen Fällen rät er zum prophylaktischen Gebrauch.

Rosenstein (38) beobachtet immer noch vom Argatoxyl gute Erfolge, ja glaubt auch die Lokalisationen im Parametrium und den Adnexen günstig damit beeinflussen zu können. Die verabfolgten Mengen betragen intramuskulär wie intravenös 8 ccm.

Arnstein (4) gab mit teilweisem Erfolge bei septischen und arthritischen Erkrankungen intravenös: 0,1—0,15 Methylenblausilber nach von Müller und Edelmann.

Voigt (43) hat sich der lohnenden Mühe unterzogen, einen Teil der zu intravenöser Anwendung gelangenden Silberpräparate auf ihre diesbezügliche Eignung hin experimentell zu prüfen. — Die chemische Industrie stellt sich die Aufgabe, die flüssigen Silberpräparate vor der fällenden Wirkung der im Blute vorhandenen Elektrolyte zu schützen, zu „stabilisieren". Als Stabilisierungsmittel dienen Gelatine- und Gummilösung. Aber auch das übliche Isotonisierungsmittel, die 0,9 %ige Kochsalzlösung, bildet einen Elektrolyten. Unter seinem Zusatz ist ausnahmslos eine Teilchenvergröberung im entsprechenden Silberhydrosol zu beobachten. Nach den Untersuchungen Voigts verhalten sich nun die Schutzkolloide nicht allen Silberpräparaten gegenüber gleich und vermögen das Silber in meist nur recht geringen Konzentrationen vor dem Ausfall durch die erwähnten Elektrolyten zu schützen. So ergab sich als günstigstes Mischungsverhältnis für Injektionszwecke des Kollargols die Verdünnung eines Teiles der 12 %igen Lösung mit vier Teilen Wasser und 10 Teilen einer ½ %igen Gelatinelösung. Es resultiert hierbei also eine 0,67 %ige Silberlösung. Das Ergebnis der Untersuchungen ist also, dass es fast unmöglich ist, ein einigermassen konzentriertes Silberhydrosol zu isotonisieren ohne zugleich eine Teilchenvergröberung herbeizuführen. Will man also das kolloidale Silber in möglichst feiner Verteilung intravenös verwenden, so ist es ratsam, möglichst auf das Isotonisieren zu verzichten, insonderheit kleine Mengen nicht isotonischer Flüssigkeit keine Hämolyse zur Folge zu haben pflegen.

Huggins (29) hat in 25 Fällen von puerperaler Infektion mit Streptokokkenbefund im Blute, zum Teil Streptococcus haemolyticus, intravenöse Injektionen von 1%iger Magnesiumsulfatlösung (in destilliertem Wasser) angewandt, mit dem Erfolge, dass nur zwei der Patientinnen starben. Die Einzeldosis betrug bis zu 6,4 g der Droge. Die Wirkung des Mittels liess sich experimentell nicht ergründen; vermutungsweise wird geäussert, dass es sich um eine Anregung der Resistenzkraft der Gewebe handeln mag.

Harrar (25) wandte dasselbe Mittel mit ebenfalls gutem Erfolge in 12 Fällen von Streptokokkenbakteriämie an. Sechs von diesen genasen. Von 46 nicht mit Magnesiumsulfat behandelten Streptokokkämien des gleichen Materials waren nur drei geheilt worden. Harrar gibt bis zu 16 g der Droge intravenös (in 2%iger wässeriger Lösung).

Tumminia (41) tritt wiederum für intravenöse Sublimatinjektionen ein.

Orlovius (35) erzielte bei intravenöser Anwendung des Salvarsans in 8 von 16 Fällen puerperaler Infektion einen prompten Heilerfolg. In Fällen lokalisierter Eiterung versagt das Mittel völlig. Neben der bakteriziden Eigenschaft des Mittels scheint die Erhöhung der Widerstandskraft des Organismus eine Rolle zu spielen.

Burnham (12) glaubt von frühzeitiger Anwendung des Antistreptokokkenserums sowie einer autogenen Vakzine günstige Erfolge gesehen zu haben.

B. Andere Erkrankungen im Wochenbett.

1. Barret, Über die Komplikation von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. 1.
2. Barthélemy, Osteomalacie puerpérale. Réunion obst. et gyn. de Nancy. 22 Mai.
3. Benestad, Georg, Akute tuberkulöse Peritonitis im Wochenbette. Norsk Mag. for Laegevidensk. p. 1038. (23jährige Frau hatte in dem letzten Jahr zuerst zystische Beschwerden vor der Schwangerschaft und später im neunten Schwangerschaftsmonat Pleuritis. Spontane Geburt zu rechter Zeit. Es traten vom zweiten Tag des Wochenbetts an Schmerzen in der rechten Schulter auf mit Bluthusten und Fieber bis 39,5. Später stellten sich dazu Symptome, die zwar auf eine Peritonitis deuteten, aber doch ein verwirrtes Bild darboten, so dass es zweifelhaft erschien, ob dieselbe puerperaler Natur war. Es wurde am sechsten Tag eine Probelaparotomie gemacht. Im Peritoneum fanden sich kleine Tuberkel (auch mikroskopisch verifiziert). Der Aszites wurde auf Meerschweinchen geimpft. Dieselben wurden tuberkulös. Die Frau lebte noch sieben Wochen.) (Kr. Brandt.)
4. Bockmann, Einige Bemerkungen über die puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18.
4a. Van de Briel, A., Verband tusschen oogziekten en puerperaliteit. (Zusammenhang zwischen Augenerkrankungen und Puerperalzustand.) Geneesk. Tijdschr. v. België. Nr. 6. (Holländ.)
5. *Chevrier, L., Sur un cas de guérison rapide de crévasses du sein par les pansements à l'hémostyl Roussel. Révue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Janv. p. 19.
6. Clinton Jones, Walter, Bericht über zwei Fälle von postpartaler Uterusinversion nebst Besprechung der Pathogenese der puerperalen Inversion. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. June. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1523.
7. *Commandeur, M., Thrombophlébite du sinus longitudinal supérieur et des veines cérébrales externes au 22 jour après l'accouchement. Réunion obst. et gyn. de Lyon. Ref. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. Avril. p. 292.
8. Cremer, Diedrich, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Diss. Kiel.
9. Crossen, H. S., Operative Behandlung lang bestehender Uterusinversion. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 62. Nr. 14. p. 1061.
10. Ferrari, Cancer de col de l'uterus; Wertheim pendant les suites de couches metastases multiples. Réunion obst. et gyn. d'Alger.

11. *Flint, Austin, Rückwärtslagerung des Uterus im Anschluss an die Geburt. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. July.
12. — Rückswärtlagerung des Uterus im Anschluss an die Geburt. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1522.
13. De Forest, Henry P., Case histories illustrating intestinal complications of the puerperium. Transact. of the New York Acad. of Med. April 21. Ref. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. p. 210.
14. Fraistat, Wulf., Embolie im Wochenbett und nach gynäkologischen Operationen.
15. Franz, Diskussion zu Schäfer (Nr. 43).
16. *Gayler, W. C., The dorsal position during the puerperium as a cause of retroversio uteri. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Febr. p. 607.
17. *Goldsborough, F. R., Retrodeviationen des Uterus im Puerperium und bei Nulliparen. Med. Record. Bd. 35. Nr. 19. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1338.
18. Greger, Helmuth, Über Harnverhaltung im Wochenbett. Diss. Marburg.
19. Hauch, Et Tilfaelde af Hemiplegi i Barselseugen. (Ein Fall von Hemiplegie im Wochenbette.) Dem. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 18. März. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1890. (Begann am 12. Tag, an dem Patientin aufstand, mit Verschlechterung an den folgenden Tagen. Keine Syphilis (Wassermann), kein Mb. cordis.) (O. Horn.)
20. — Om Behandling af Galactoforitis. (Über Behandlung der Galaktophoritis.) Ugeskr. f. Laeger. p. 1069—1070. (O. Horn.)
21. — An Behandling af Galactoforitis. (Über Behandlung der Galaktophoritis.) Ugeskr. f. Laeger. p. 727—737. (Verf. empfiehlt erst Säugung durch das Kind, dann mittelst des Milchsaugers, und hiernach Umschlag.) (O. Horn.)
22. *Heinrichsdorff, Ein Gumma der Herzscheidewand bei einer Wöchnerin. Gyn. Ges. in Breslau. 26. Mai. Bericht Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Sept. p. 418.
23. Heubner, Hans, Über Wochenbettsstörungen durch Uterusmyome. Heidelberg 1913. (Diss.)
24. Hirst, John Cooke, The routine treatment of puerperal sepsis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. June. p. 1873.
25. Hofmann, Zur Blutgerinnung und zum Blutbild bei normalen, hypothyreotischen und hyperthyreotischen Schwangeren und Wöchnerinnen. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
26. Hoytema, Het outstaan van Thrombose in de beenvenen na den partus. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. p. 617.
27. Hurwitz, Benno, Über Inversio uteri puerperalis. Diss. Königsberg.
28. Jolly, Diskussion zu Schäfer (Nr. 43).
29. *Jones, Walter Clinton, Bericht über zwei Fälle von postpartaler Uterusinversion nebst Besprechung der Pathogenese der puerperalen Inversion. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. June.
30. Kaarsberg, J., Protest imod Overlaege Hauchs Behandling af begyndende Mastitis med Sugning contra Molkning. (Protest gegen Oberarzt Hauchs Behandlung der angehenden Mastitis mit Säugung contra Melken.) Ugeskr. f. Laeger. p. 934—936. (Verf. hält das Melken für unentbehrlich in der Mastitisbehandlung, und zwar speziell in den ersten 24 Stunden.) (O. Horn.)
31. — Bemarkninger til Overlage Hauchs Artikel om Behandling af Galactoforitis i Ugeskr. f. Laeger. Nr. 23. (Bemerkungen zu Oberarzt Hauchs Artikel über die Behandlung der Galaktophoritis.) Ugeskr. f. Laeger. p. 1095. (O. Horn.)
32. Kehrer, Die geburtshilfliche Bedeutung der Tetanie. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
33. *Kreiss, Ph., Tetanoide Symptome bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1.
34. Ludwig, Ileus bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
35. *Madon, I., Anémie pernicieuse des suites de couches. Soc. des sciences méd. de Montpellier. Ref. La Presse méd. Avril. p. 328.
36. Markowa, Ada, Beitrag zur Kasuistik des Ileus acutus während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes. Przegl. lekarski. Nr. 23. (Bericht eines Falles von Torsion einer Dünndarmschlinge im Wochenbett und dreier Fälle von Torsion des Sigmoideums in der Schwangerschaft, die alle mit Erfolg operiert wurden.)

37. Meurer, Thrombosen en Embolieen na bivallingen en na operaties. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Ref. Gyn. Rundschau. p. 617.
38. Müller, B., Das Verhalten der Glandula thyreoidea im endemischen Kropfgebiet des Kantons Bern zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
39. Murray, Bericht über drei atypische Fälle von puerperaler Pyelitis. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 2.
40. Nacke, Diskussion zu Schäfer (Nr. 43).
41. Péry, Métrorrhagie tardive des suites de couches d'origine grippale. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. 24 Mars. Ref. Bull. de la Soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Mai. p. 438.
42. Pini, Ein Fall von chronischer Uterusinversion, geheilt durch die Operationsmethode: Küstner-Piccoli. Lucina. XVIII. 6. p. 88. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 82.
43. *Schäfer, Inversio uteri puerperalis. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 28. Nov. 1913. Ref. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. p. 998.
44. Schiepbach, Über perniziöse Anämie in Schwangerschaft und Wochenbett. Gyn. Helvetia. Frühlingsausgabe.
45. Schultz, Th., Et Tilfaelde af Ileus in puerperio. (Ein Fall von Ileus in puerperio.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 8. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1924—1926. (35jährige IVpara. Drei Tage vorher letzte Partus. Nun Meteorismen, Ileus. Laparotomie. Uterus in forcierter Anteversion mit Fundus teilweise hinter der Symphyse und Kollum direkt nach hinten gegen die Konkavität des Os sacrum, wo Rektum komprimiert wurde. Uterus wurde ventrofixiert — aber Rezidiv und kein Abgang von Flatus. Nun wurde verordnet Sinus-Seitenlage, wonach Flatusabgang und Heilung.) (O. Horn.)
46. Simson, H. I. F., and I. M. Bernstein, Infection by B. coli in the puerperium, and the infectiv conditions of pregnancy. The Brit. med. Journ. April. p. 749. (Allgemeine Regeln für die diagnostische Absonderung der Koliinfektionen der Harnwege im Puerperium gegenüber puerperalen Infektionen, sowie für die frühzeitige Gewinnung autogener Vakzine.)
47. Slaski, Uterusinversion. MK. Nr. 1. p. 1—5. Ref. Gyn. Rundschau. p. 453.
48. Spire, A., Ein Fall von spontaner puerperaler Uterusinversion. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Mai. Ref. Zentralbl. p. 1523.
49. Sutherland Metcalfe, H., Ptomaine poisoning in the puerperium. The Brit. Med. Journ. May. p. 1182. (Zufällige Koinzidenz einer Vergiftung durch Fisch-Ptomaine mit dem siebenten Tage eines sonst normalen Wochenbettes. Starkes Gesichtsödem, meteoristisch aufgetriebener Leib waren die hervorspringendsten Symptome neben der Temperatursteigerung auf 39°.)
50. Tecon, Bedeutung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett für die Lungentuberkulose. Gyn. Helvetica. Frühlingsausgabe.
51. *Telfair, J. H., Komplette Inversion des Uterus post partum. New York Med. Journ. Vol. 99. Nr. 18. p. 882.
52. *Tussenbroek, K., Der Einfluss der Schwangerschaft und des Wochenbettes auf die Sterblichkeit der weiblichen Bevölkerung an Tuberkulose. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 1. Ref. Der Frauenarzt. p. 397.
53. Wartena, S., Neuritis ischiadica met nervus peroneusverlamming na een bevalling. (Neuritis ischiadica mit Peroneuslähmung im Anschluss an eine Entbindung.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Helft. Nr. 4. p. 259—260. (Holländisch.) (Kasuistisch. 31jährige Ipara, mit rachitischem Becken. Die Symptome kamen erst beim Aufstehen nach 14 Tagen deutlich zum Vorschein. Ursache sicher traumatisch. Da in den Muskeln Entartungsreaktion nachzuweisen ist, hält Verf. in diesem Falle die Prognose für ungünstig und die Gefahr dauernder Lähmung und Kontrakturen sehr gross.) (Lamers.)
54. Wieringa, J. H., Ileus post partum. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 3. Nr. 5. p. 298—299. (Holländ.) (Kasuistisch. Die Erscheinungen wurden durch Seitenlagerung behoben. Ursache soll Abschluss des Darmes durch Druck des puerperalen Uterus gewesen sein.) (Lamers.)
55. Witzmann, Siegfried, Stauungstherapie bei Mastitis. Diss. Kiel.
56. *Zbinden, E., Über Gangrän im Puerperium. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 6. Heft 2. p. 252.

Flint (11) hält die Entstehung einer Retroversio-flexio im Wochenbett für häufiger, als im allgemeinen angenommen wird. Die Behandlung gerade zu dieser Zeit ist besonders einfach und erfolgreich.

Gaylor (16) betrachtet die übliche Rückenlage in der ersten Woche des Puerperiums für eine der wesentlichsten Ursachen der Retroversio-flexio. Auflockerung und Dehnung des Bandapparates, Gewicht des Uterus, Beweglichkeit desselben und der nicht selten krankhafte Füllungszustand der Blase während dieser Zeit bürgen ihm dafür. Er empfiehlt daher die Abwechslung zwischen der Seiten- und der Bauchlage, ohne sich über die durch den Lochialfluss erwachsenden Schwierigkeiten im unklaren zu sein.

Nach Goldsborough (17) stellen sich die Retrodeviationen erst im Spätwochenbett ein. Erschlaffungszustände des Scheideneinganges spielen hierbei eine geringere Rolle als die der Sakrouterinligamente.

Schäfer (43) berichtet über vier im Verlaufe von 13 Jahren in der geburtshilflichen Poliklinik beobachtete Fälle von puerperaler Inversion. Bemerkenswert ist, dass während der gleichen Zeitspanne innerhalb der Klinik kein Fall von Inversion beobachtet wurde. Die Zahl der hier beobachteten Geburten betrug etwa die Hälfte der poliklinischen. Von den vier Fällen starben drei. Nur bei einem derselben wird als Todesursache neben dem Blutverlust dem Schock ein Platz eingeräumt. Therapeutisch spricht sich Schäfer für die sofortige Reposition mit darauffolgender Tamponade aus, abgesehen von den Fällen tiefen Schocks.

Franz (43) betont, dass nicht die so häufig angeschuldigte unsachgemässe Ausübung des Credéschen Handgriffes Ursache der Inversion sein könne. Lägen die Verhältnisse so einfach, so müsste dementsprechend die Inversion ein bedeutend häufigeres Ereignis sein. Auch ist Franz in den zwei Fällen von im übrigen günstigem Verlauf, die er unter etwa 13 000 Geburten zu beobachten Gelegenheit hatte, keinen Augenblick im Zweifel gewesen, den Handgriff so korrekt ausgeführt zu haben, wie in allen anderen Fällen.

Ein tieferliegendes Moment muss da zugrunde liegen und als solches scheine ihm die Erschlaffung insbesondere der Plazentarstelle in Frage zu kommen.

Clinton Jones (29) stellt zur Erklärung der in der überwiegenden Mehrzahl spontan auftretenden puerperalen Inversionen eine besondere Theorie rein muskulärer Entstehung auf.

Telfair (51) misst dem Schock bei der Entstehung sowie der Reposition des invertierten Uterus eine grössere Bedeutung bei. Er rät daher im allgemeinen von der sofortigen Reinversion ab, wenn nicht die Blutung dazu zwingen sollte.

Jolly (43) lehnt den Schock als Todesursache völlig ab.

Nach Nacke (43) kommt als solche die Luftembolie häufiger noch in Frage als der Blutverlust.

Commandeur (7) beschreibt einen Fall von Thrombose des Sinus longitudinalis, die am 25. Tage eines fieberfreien Wochenbettes ohne alle Prodrome auftrat. Es handelte sich um eine 24jährige Ipara, die nach normaler Spontangeburt am 16. Tag des Wochenbettes entlassen worden war (eine einmalige Steigerung auf 38,1 am achten Tage bezieht der Verfasser nicht auf eine genitale Infektion). Nach geringen Kopfschmerzen setzen in der darauffolgenden Nacht plötzlich heftige Krämpfe ein, die in allen Punkten den eklamptischen gleichen, abgesehen von dem Beginn derselben in einer oder der anderen Gliedmasse und der schleichenden Ausbreitung über den ganzen Körper. Die Anfälle folgen immer dichter aufeinander bis zum Exitus, der 36 Stunden nach Beginn der Erkrankung eintrat, trotz der üblichen Eklampsietherapie (Chloral, Einläufe, Aderlass).

Bei der Autopsie fand sich eine isolierte Thrombose des Sinus longitudinalis, sowie der oberflächlichen Venen im Gebiet des Sulcus Rolandi. Die Leber bietet den typischen Anblick einer Eklampsieleber. Trotz dieses letzteren Befundes

kann sich Commandeur nicht entschliessen, das Krankheitsbild als ein eklamptisches aufzufassen, vor allem wegen des völligen Mangels von Albumen im Urin. Er möchte vielmehr auf einen Einfluss der Leber auf Thrombosen schliessen, auf den Doyen bereits aufmerksam gemacht habe.

Zbinden (56) geht an der Hand zweier eigener Beobachtungen auf das Krankheitsbild der puerperalen Gangrän ein. Während er im ersten Falle von vollkommener Gangrän des Unterarms mit infizierten Thromben in Radial- und Ulnararterie als Grundursache eine Infektion ansieht, so weist er für den zweiten Fall seiner Beobachtung dieses ätiologische Moment zurück. Hier handelte es sich um Gangrän mehrerer Zehen. In 13 in der Literatur aufgeführten Fällen sind als Ursache namhaft gemacht: sechsmal Infektion, viermal Eklampsie, zweimal Intoxikation durch Medikamente und in einem Falle Druck eines Hämatoms. Periphere Gangrän im Anschluss an Eklampsie reiht sich zwanglos den hierbei zu beobachtenden anämischen Nekrosen, Thrombenbildungen und Embolien an. Das völlig symmetrische Auftreten zum Beispiel im Falle Guggisbergs lässt eine toxische Wirkung des Ergotins vermuten, insbesondere zu gleicher Zeit in der Klinik ein ähnlicher, weniger ausgesprochener Fall beobachtet wurde. Eine gewisse Überempfindlichkeit, wie wir sie auch anderen Arzneimitteln gegenüber beobachten, mag Voraussetzung sein. Ähnlich wird sich eine Gangrän beider Brustwarzen nach Orthoformbehandlung sich erklären. Mit grosser Wahrscheinlichkeit jedoch werden in mehreren der Fälle von puerperaler Gangrän verschiedene prädisponierende Momente zugleich wirken.

Tussenbroek (52) stellte fest, dass die Sterblichkeit an Tuberkulose im ersten Halbjahr nach der Niederkunft vermehrt, im zweiten Halbjahr jedoch vermindert ist, so dass Vermehrung und Verminderung einander aufheben. Die Sterblichkeit an Tuberkulose ist in dem Jahre nach der Niederkunft gleich der allgemeinen Sterblichkeit der geschlechtsreifen Frauen an Tuberkulose. Die geringe Mehrsterblichkeit aber unter den verheirateten Frauen muss zum Teil aber auch noch anderen Ursachen zugeschoben werden als nur dem Fortpflanzungsprozess. Daher verwirft Tussenbroek auch im allgemeinen das Unterbrechen der Schwangerschaft wegen Tuberkulose.

Heinrichsdorff (22) fand bei einer am sechsten Tage des Wochenbettes plötzlich verstorbenen Wöchnerin neben einer frischen Endokarditis aortica im Ventrikelseptum einen kirschgrossen hellen Knoten, der sich mikroskopisch als eine Granulationsgeschwulst mit typischer Endarteriitis obliterans darstellte und als ein Produkt der Lues anzusehen ist. Durchsetzt war diese Gewebsmasse durch ausgedehnte hämorrhagisch-fibrinös-eitrige Exsudationen. Diese letzteren führt Verfasser auf eine zugleich bestehende allgemeine puerperale Infektion zurück. Die mit dem Prozess einhergehende Schwellung und Auflockerung des Knotens und seiner Umgebung werden für den Herzstillstand verantwortlich gemacht, vielleicht durch den Druck auf das Hissche Bündel.

Madon (35) beschreibt eine im Wochenbett kenntlich gewordene und sogleich rapid zum Exitus führende perniziöse Anämie (Zahl der roten Blutkörperchen 1 190 000).

Nach Kreiss (33) scheinen Puerperium und Gravidität das Auftreten einer Tetanie zu begünstigen. Chvostek und Fazialisphänomen waren in 80% aller Wöchnerinnen ausgesprochen. Die Ursache zu dieser Disposition wird in einer Hypofunktion der Nebenschilddrüsen vermutet.

Chevrier (5) empfiehlt auf Grund einer Erfahrung zur Behandlung von Schrunden der Mamilla kleine Kompressen mit Hémostyl-Roussel getränkt (einem Pferdeserum).

IX.

Geburtshilfliche Operationen.

VIII. Beckenerweiternde Operationen.

Referent: Prof. Dr. K. Baisch, München.

1. Albeck, Erfaringer med Pubiotomie. (Erfahrungen betreffend Pubiotomie.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1875—1878. (Vier Fälle von Pubiotomie, dreimal an Ipara. Resultat gut für die Mütter; von den Kindern drei lebend. Nach der Pubiotomie überlässt Verf., wo möglich, die Geburt sich selbst.) (O. Horn.)
2. Bilsted, Disc. til Albeck: Erfaringer med Pubiotomi. (Disk. zu Albeck: Erfahrungen betreffend Pubiotomie.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1879. (O. Horn.)
3. *Engelmann, Erfolge beckenerweiternder Operationen; ein Fall von Promontoriumresektion nach Rotter-Schmid. Demonstrationsabend d. städt. Krankenanstalt Dortmund. Nov. 1913. Med. Klin. Jahrg. 10. Nr. 6. p. 261.
4. Fischer, O., Über Kaiserschnitte, Symphysiotomien und Hebosteotomien. Aus der Univ.-Frauenklinik Würzburg. Zeitschr. f. Geb. Bd. 75. Heft 1. p. 38.
5. Gluskinos, R., Zur Geschichte der Symphyseotomie, mit besonderer Berücksichtigung einer Schrift J. G. Walters: De dissectione synchondroseos ossium pubis in partu difficili. Berlin-Stralsund 1782. Diss. Giessen 1913.
6. *Gussakoff, L., Zur Frage nach der Wertung der Hebosteotomie in der Therapie des engen Beckens. K. Gebärhaus, St. Petersburg. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 29. Heft 4. p. 511—532. (Russisch.)
7. *Hartmann, Karl, Symphysenschnitt und suprasymphysäre Entbindung. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 11. p. 389—394.
8. Hauch, Disc. til Albeck: Erfaringer med Pubiotomi. (Disk. zu Albeck: Erfahrungen betr. Pubiotomie.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1878—1879. (O. Horn.)
9. *Kupferberg, H., Symphysiotomie. Ärztl. Kreisver. Mainz, Demonstr.-Abend. 17. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. Nr. 16. p. 906.
10. Meyer, Leopold, Disc. til Albeck: Erfaringer med Pubiotomi. (Disk. zu Albeck: Erfahrungen mit Pubiotomie.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1879. (Warnt vor Pubiotomie bei Ipara.) (O. Horn.)
11. *Rongy, A. J., Pubiotomy versus cesarean section in neglected cases. (Pubiotomie und Kaiserschnitt in vernachlässigten Fällen.) Amer. Journ. of obst. and dis. of women and childr. Vol. 69. Nr. 2. p. 326—335.
12. *Rüder, Über die in der Entbindungsanstalt Eppendorf ausgeführten Hebosteotomien. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 18. Nov. 1913. Diskussion: Staude, Seeligmann, Calmann, Schottelius, Roth. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 38. Nr. 4. p. 170.
13. Scipiades, Elemér, Hebosteotomie und präperitonealer Kaiserschnitt. Aus der 2. Frauenklinik der k. ung. Univ. zu Budapest. Abh. Geb. Bd. 2. Heft 2. p. 576.
14. Tweedy, E. Hastings, A case illustrating the operations of symphysiotomy, pubiotomy and caesarean section. (Symphyseotomie, Pubiotomie und Kaiserschnitt bei derselben Patientin.) Transact. of the Roy. Acad. of Med. in Ireland. Vol. 31. p. 392 bis 393. 1913.
15. *Zarate, E., Les différentes techniques d'hebostéotomie. (Die verschiedenartige Technik der Hebosteotomie.) Clin. obst. et gyn. Buenos-Aires. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. 9. Nr. 5. p. 301—314.
16. Zinke, E. G., Einige wichtige Punkte der Geburtshilfe, Gynäkologie und Abdominalchirurgie. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Sept. 5.

Die Zahl der Veröffentlichungen über beckenerweiternde Operationen ist im Berichtsjahr noch weiter zurückgegangen. Es rührt dies wohl weniger daher, dass die Operationen als abgeschlossenes und anerkanntes Besitztum gelten würden, über das weiter nichts mehr zu sagen wäre. Die Ursache ist vielmehr wohl die, dass die Operation von vielen Seiten verlassen worden ist. Immerhin werden noch Stimmen laut, die den Eingriff unter bestimmten Voraussetzungen warm befürworten. Vielfach werden gewisse Nachteile und Schädigungen durch die Operationen mit besonderem Nachdruck hervorgehoben.

Zu den wärmsten Verteidigern der Hebosteotomie gehört Seeligmann (12), der in der Diskussion zu dem Vortrage von Rüder (12) über 16 eigene Fälle berichtet. Alle Mütter sind genesen, nur ein Kind ist an doppelter Nabelschnurumschlingung gestorben.

Rüder (12) selbst berichtet über 15 Hebosteotomien mit ziemlich viel Nebenverletzungen: zwei komplizierte Scheidenrisse und zwei Verletzungen von Blase und Urethra. Fünfmal entstanden grosse Hämatome. Nur vier Wochenbetten verliefen fieberfrei, sechs Wöchnerinnen hatten leichtes, sechs hohes Fieber und eine Frau starb am fünften Tage an einem schweren Vitium cordis. Die Wöchnerinnen wurden zwischen dem 20. und 38. Tage entlassen, eine erst nach 73 Tagen. 20% der Kinder sind unter der Geburt gestorben. Rüder wartet nach der Durchsägung des Beckens zunächst ab und macht, wenn keine Spontangeburt erfolgt, Zange oder Wendung. Rüder berichtet auch über spätere Geburten: vier Hebosteotomierte haben fünfmal wieder geboren, vier von den Geburten verliefen spontan, einmal musste die Hebosteotomie wiederholt werden.

Auch Calmann (12) hat schlechte Resultate bei den Kindern gesehen. Er hat bei vier Hebosteotomierten zwei Kinder verloren.

Kupferberg (9) hat im allgemeinen keine günstigen Resultate von der Operation zu berichten. Bei 46 Operierten, darunter sechs Erstgebärenden, konnten 35 Kinder lebend entlassen werden. Immerhin sind es nur 76%. Eine Mutter, die hochfiebernd eingeliefert wurde, ist gestorben, alle anderen sind ohne Nebenverletzungen und Schädigungen genesen. Kupferberg wendet im wesentlichen die Franksche Technik an.

Hartmann (7) berichtet über einen Fall von subkutaner Symphysiotomie. Die obere Hälfte der Symphyse war schwer zu durchtrennen und es trat eine Blasenverletzung ein. Das Kind wurde mit Wendung und Extraktion entwickelt Die Mutter konnte am 10. Tage entlassen werden.

Gussakoff (6) tritt warm für die Hebosteotomie ein auf Grund von sieben Fällen, in denen alle Mütter gesund entlassen wurden und kein Kind an der Operation selbst verloren ging.

Auch Rongy (11) zieht die Hebosteotomie sowohl der hohen Zange, als in den infektionsverdächtigen Fällen auch dem Kaiserschnitt vor. Von neun Fällen machten zwei ein fieberhaftes Wochenbett durch, darunter eine mit Phlegmasia alba dolens. Sämtliche Kinder wurden lebend entwickelt, zwei jedoch starben am fünften Tage.

Zarate (15) beschreibt eine eigene Technik, die aber nur eine leichte Modifikation der Bummschen Methode ist. Er führt seine Nadel unter Schutz von der Scheide her von oben nach unten um den Knochen herum. Nach der Durchsägung wartet er die Spontangeburt ab. Dauerkatheter, Beckenkompressivverband.

Engelmann (3) hat wegen früheren Kaiserschnittes eine Promontoriumresektion ausgeführt, indem er ein 12 mm dickes Knochenstück vom Kreuzbein abmeisselte. Er hält den relativ leichten Eingriff für aussichtsreich und ungefährlich. Die Heilung erfolgte ohne Störung.

X.

Gerichtsärztliche Geburtshilfe.

Referent: Prof. Dr. Stumpf, München.

a) Allgemeines.

1. *Alexander, S., Die Stellungnahme der Strafrechtskommission zum ärztlichen Operationsrecht. Ärztl. Zentralanz. p. 95. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 878.)
2. *Ebermayer, Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei operativen Eingriffen nach geltendem und künftigem deutschen Strafrecht. Leipziger Zeitschr. f. Deutsches Recht. Nr. 12.
3. — Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 652. (In einem Falle von erst bei der Operation erkanntem Karzinom und daher weitergehender Operation, als zugestanden war, wurde vom Reichsgericht anerkannt, dass der Irrtum des Arztes über die Einwilligung der Kranken die subjektive Widerrechtlichkeit ausschliesse.)
4. *Flicker, Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Weibes. IX. Tagung der deutsch. Ges. f. ger. Med. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. Suppl. p. 300.
5. Freundlich, L., Zur Frage des ärtzlichen Berufsgeheimnisses. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 40. p. 1276. (Gerichtliche Entscheidung, dass nach dem Tode die ärztliche Schweigepflicht nicht mehr besteht, ausser wenn es sich um die Erhaltung des guten Namens nach dem Tode des Kranken oder um Vermögensinteressen der Angehörigen handelt.)
6. v. Gierke, E., Grundriss der Sektionstechnik. Freiburg u. Leipzig. II. Aufl.
7. Guisau, A., La médecine judiciaire au XVIIIme siècle d'après les procédures criminelles vaudoises. Schweiz. Rundschau. 1913. Nr. 7. (Darstellung der gerichtlichen Untersuchung bei Sittlichkeitsverbrechen, Notzucht, Defloration, Ehebruch etc. im Wadtland im 18. Jahrhundert.)
8. Guttzeit, J., Die Verantwortlichkeit des Arztes bei Misserfolgen. Leipzig-Schleussig 1912. O. Thomas. (Polemik gegen Heimberger in der Frage der Schaffung irgend einer Art ärztlichen Berufsrechtes.)
9. Haberda, A., Behördliche Obduktionen. Dittrichs Handbuch d. ärztl. Sachverständigentätigkeit. Bd. 2. Wien und Leipzig, W. Braumüller. (Ausgezeichnete Darstellung der Sektionstechnik und Erörterungen über die Deutung der Befunde und der zu ziehenden Schlüsse.)
10. Harnack, E., Die gerichtliche Medizin mit Einschluss der gerichtlichen Psychiatrie und der gerichtlichen Beurteilung von Versicherungs- und Unfallsachen. Leipzig, Akt.-Verlagsanstalt.
11. Hauser, G., Die Zenkersche Sektionstechnik. Jena 1913. G. Fischer. (Berücksichtigt die gerichtsärztliche Sektionstechnik.)
12. Joachim, H., und A. Korn, Grundzüge des deutschen Ärzterechts für Studierende, Ärzte und Verwaltungsbeamte. Jena, G. Fischer.
13. *König, H., Beiträge zur forensisch-psychiatrischen Bedeutung von Menstruation, Gravidität und Geburt. Arch. f. Psych. Bd. 53. Heft 3.
14. Leers, O., Gerichtsärztliche Untersuchungen. Berlin 1913. J. Springer. (Kurzgedrängte Darstellung der gerichtsärztlichen Untersuchungstechnik.)
15. Lochte, Th., Gerichtsärztliche und polizeiärztliche Technik. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (Enthält: ärztliche Kunstfehler von Lochte, Untersuchung von Spermaflecken bei Sittlichkeitsverbrechen und bei zweifelhaften Geschlechtszuständen von P. Fraenckel, Nachweis der Fortpflanzungsfähigkeit, Schwangerschaft und Geburt von Zoeppritz, Fruchtabtreibung von Stumpf, Kindsmord von Ungar.)

16. *v. Olshausen, Die Schweigepflicht des Arztes. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1297.
17. *— Th., Die Schweigepflicht des Arztes gegenüber dem toten Patienten. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1604.
18. Robertson, W. G. A., Manual of Medical Jurisprudence, Toxicology and Public Health. New York 1913. Macmillan Comp.
18a. v. Rooy, A. H. M. J., Jets over pijnloose baringen. (Über schmerzlose Geburten.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Deel III. Nr. 5. p. 288 bis 292. (Holländisch.) (Der Steiss des 4000 g schweren Kindes war sichtbar geworden, ohne dass die Frau von dem Vorgang etwas bemerkt hatte. Ihr erstes Kind hatte sie durch Sturzgeburt im Abort verloren. Wegen Kindesmord angeklagt, war sie aber damals — und wie sich jetzt herausstellte, wohl sicher mit Recht — freigesprochen. Keinerlei Zeichen von Tabes oder Hysterie vorhanden.) (Lamers.)
19. *Spinner, J. R., Ärztliches Recht unter besonderer Berücksichtigung Deutschen, Schweizerischen, Österreichischen und Französischen Rechts. Berlin, J. Springer. (Eingehende Darstellung der rechtlichen Stellung des Arztes, wobei beim Deutschen Recht auch der Vor- und der Gegenentwurf des Strafgesetzbuches berücksichtigt wird, ferner des Operationsrechtes, der Konzeptionsbehinderung, Abtreibung und Perforation, sowie des ärztlichen Berufsgeheimnisses.)
20. Türkel, S., Kunstfehler der Ärzte und Vernachlässigung übernommener Patienten. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 530. (Historische Entwicklung der Gesetzgebung in Österreich in bezug auf Kunstfehler.)
21. Weigert, Über die Frage der Zeugnisverweigerung der Ärzte. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 605. (Zeugnisverweigerung des Arzets bezüglich der Zurechnungsfähigkeit einer verstorbenen Klientin bei Abfassung ihres Testamentes; Nichtanerkennung der Schweigepflicht, weil es sich nicht um den guten Namen der Verstorbenen und auch nicht um ein Privatgeheimnis handelt, sondern um berechtigte Interessen Dritter.)
22. Wilhelm, Operationsrecht des Arztes und Einwilligung der Patienten in der Rechtspflege. Beitr. z. forens. Med. Bd. 1. Hft 3. Berlin 1913, Adlerverlag.

Ebermayer (2) führt aus, dass nach dem Vorentwurf der ärztliche Eingriff nach wie vor — abgesehen von Fällen der Nothilfe — eine vorsätzliche rechtswidrige Körperverletzung bleibt, deren Rechtswidrigkeit durch die ausdrücklich erklärte oder nach den Umständen zu erwartende Einwilligung entfällt, vorausgesetzt, dass er nicht trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstösst. Ohne Einwilligung bleibt er strafbar. Beim künstlichen Abortus macht die Einwilligung der Schwangeren den Arzt nicht straflos. Nothilfe, die den Eingriff straflos macht, liegt vor, wenn der Arzt unter pflichtmässiger Berücksichtigung der sich gegenüberstehenden Interessen einen Eingriff vornimmt, um von dem Kranken eine gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr, aus der dem Kranken ein erheblicher Schaden droht, abzuwenden. Bei den vielfachen Voraussetzungen der Nothilfe schrumpft deren praktische Bedeutung zusammen, weil der Eingriff trotz ihres Gegebenseins strafbar sein würde, wenn er gegen den erklärten oder nach den Umständen zu vermutenden Willen des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters unternommen würde.

Bezüglich des Operationsrechtes steht Spinner (19) auf dem Standpunkte, dass der sachgemässe, zu Heilungszwecken ausgeführte ärztliche Eingriff niemals eine vorsätzliche, rechtswidrige Körperverletzung sein kann, auch wenn er ohne Einwilligung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters unternommen worden ist.

König (13) betont, an der Hand einer reichen Kasuistik, dass Menstruation, Schwangerschaft und Geburt zuweilen echte Psychosen ergänzen und beträchtliche psychische Alterationen bedingen, so dass bei allen Delikten, die in diesen Zuständen begangen werden, die Untersuchung des geistigen Zustandes geboten ist.

Flicker (4) stellt in Anbetracht der vielfachen Beeinflussung des Nervensystems und der Psyche der Frau durch die sexuellen Vorgänge die Forderung auf, dass ebenso wie für die Jugend, so auch für die Frau im Strafgesetzbuch eine besondere Fürsorge geschaffen werde.

v. Olshausen (16) betont, dass bei Pflichtkollision die Schweigepflicht hinter der höheren sittlichen Pflicht zurückzutreten habe und wünscht, dass die Strafgesetzgebung in Zukunft die Offenbarung dann straflos lasse, wenn sie zur Wahrung berechtigter privater oder öffentlicher Interessen erfolgt.

v. Olshausen (17) hebt ferner hervor, dass der Tod des Kranken den Arzt nicht von der Schweigepflicht entbindet und dass auch die Erben den Arzt von der Schweigepflicht

nicht entheben können. Ein Fall wird mitgeteilt, in welchem ein Arzt das Zeugnis verweigerte, die Krankheit eines von ihm behandelten Verstorbenen (es soll sich angeblich um Lues gehandelt haben) zu offenbaren, und das Gericht die Schweigepflicht anerkannte.

- - - -

b) Impotenz und Sterilität.

1. Allmann, Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 122. (Siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 883.
2. Benda, C., Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus (Pseudarrhenie). Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 66. (Siehe Jahresber. Bd. 27. p. 883.)
3. *Bogdan, G., und A. Grosi, Drei neue Fälle von ritueller Kastration. Vierteljahrsschrift f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 48. p. 291.
4. *Boldt, H., Pregnancy after the menopause. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 18. Nov. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 345.
5. — Two cases of congenital absence of the uterus. New York Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 27. Jan. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 591. (In beiden Fällen rudimentärer Uterus und zystische Ovarien.)
6. — A case of gynatresia. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 14. Okt. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 130 u. 428. (Bei 23jähriger verheirateter Frau. In der Diskussion erwähnt Furniss zwei Fälle, zugleich mit Fehlen von Uterus, Tuben und Ovarien und Ward einen von Fehlen des Uterus.)
7. Bonney, V., Formation of an artificial vagina. Lancet. 1913. 11. Okt. (Selbstmordversuch eines 19jährigen Mädchens, als sie erfuhr, dass ihr die Vagina fehlte.)
8. Bucura, C. J., Geschlechtsunterschiede beim Menschen. Eine klinisch-physiologische Studie. Wien u. Leipzig 1913. A. Hölder. (Eingehende Darstellung der Geschlechtsunterschiede, die in qualitative — Keimdrüsen, Geschlechtstrieb etc. — und quantitative — die übrigen Unterschiede — eingeteilt werden, sowohl in somatischer als in psychischer Beziehung und in bezug auf die Kriminalität, ferner Erörterung des Einflusses der Kastration.)
9. Chowdry, B. K., Case of absence of uterus. Indian Med. Gaz. Calcutta. Bd. 49. Nr. 8.
10. Claiborne, J. H., Hypertrichosis in women, its relation to bisexuality (hermaphroditism); with remarks on bisexuality in animals, especially man. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 1178. (Ausgehend von der Hypertrichose bei Frauen bespricht Claiborne die körperliche und geistige Bisexualität des Mannes und des Weibes und erklärt die Homosexualität nicht als eine Degenerationsform oder einen Atavismus, sondern als eine quantitative Variation der normalen Bisexualität jedes einzelnen Geschlechtes.)
11. *Clark, S., Uterus in hernial sac of an hermaphrodite. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 25. Nr. 2.
12. *Dörr, Sittlichkeitsverbrechen eines Hermaphroditen. Gross' Arch. Bd. 57. p. 383.
13. Engelmann, Über die Bildung einer künstlichen Scheide nach Schubert. Klin. Demonstrationsabende Dortmund. Okt. Med. Klinik. Bd. 10. p. 84. (Drei Fälle, einer bei einer seit sieben Jahren verheirateten Frau, bei welcher die Kohabitationsversuche zu einer dellenförmigen Vertiefung geführt hatten, und einer bei einem Mädchen, das sich verheiraten wollte.)
14. *Fraenckel, P., Die Beurteilung von Zwittern im Lichte neuerer biologischer Ergebnisse. IX. Tagung d. Deutsch. Ges. f. ger. Med. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 47. Suppl. p. 343.
15. *— Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 3.
16. v. Franqué, O., Seltene Missbildung der inneren Genitalien. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 199. (Zweifingergliedlanges Scheidenrudiment, links Ovarium, Tube und Uterusrudiment ohne Lumen, rechts Ovarium, Tubenrudiment, keine Andeutung von Uterus. Rechte Niere vor dem Promontorium, zur Hälfte im kleinen Becken.)
17. *v. Genersich, G., Hermaphroditismus. Erdelyer Museumsverein. Fachsitzg. vom 28. Febr. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 146.

18. *Graf, Pseudohermaphroditismus. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 414.
19. Halban, Atresie der Vagina. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 277. (Eine durch Colpitis senilis und eine wahrscheinlich durch Skarlatina erworbene Atresie; Latzko teilt in der Diskussion eine durch Typhusgeschwüre entstandene Atresie mit.)
20. *Hart, B., Atypical male and female sex-ensemble (hermaphroditism and pseudohermaphroditism). Edinburgh Obst. Soc. Sitzg. vom 10. Juni. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 1355.
21. Hegar, A., Zur chinesischen, deutschen und amerikanischen Kriminalistik. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (Behandelt die zur Bekämpfung und Verhütung der Verbrechen in verschiedenen Ländern ergriffenen Massnahmen, die zum Teil als brutal, zum Teil als ungenügend erklärt werden; über die Berechtigung der Kastration, wie sie in Amerika als Mittel der Bekämpfung der Verbrechen angewendet wird, kann ein abschliessendes Urteil noch nicht gefällt werden.)
22. Hirschfeld, M., Die Homosexualität des Mannes und des Weibes. Berlin, L. Marcus. (Ausführliche Darstellung; erklärt die Homosexualität für angeboren.)
23. Hofstätter, R., Sexus anceps. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 555. (Siehe Jahresber. Bd. 27, p. 884.)
24. v. Khautz, A., Totale perineale Hypospadie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 19. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 491. (Sieben Wochen alt, kurzer Penis; als Mädchen getauft.)
25. *Kisch, H., Die künstliche Befruchtung beim Menschen. Zeitschr. f. Sexual-Wissenschaft. Heft 2.
26. *Krüger-Franke, Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus zweifelhaften Geschlechts. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 514 und Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 13. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 552.
27. Laughlin, H. M., Sterilization. National Conf. of Race betterment. Tagung vom 8.—12. Jan. Journ. of Amer. med. Assoc. Bd. 62. p. 566. (Verteidigung der Sterilisation von Verbrechern.)
28. Law providing for sterilization of epileptics in charitable institutions not constitutional. Journ. of Amer. med. Assoc. Bd. 62. p. 875. (Verwerfung der Sterilisation Epileptischer in Wohltätigkeitsanstalten durch den Obersten Gerichtshof von New Jersey.)
29. *Lucksch, F., Hermaphrodit. Verein deutsch. Ärzte in Prag. Sitzg. vom 13. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1059.
30. „Marriages" between the same sex. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1436. (Ein als Mann geltendes Mädchen, das sich zweimal mit Mädchen verheiratet hatte, und eine als Mann geltende Frau, die 40 Jahre als Mann verheiratet war.)
31. *Meixner, K., Die Geschlechtsbestimmung bei Zwittern. Koliskos Beitr. z. ger. Med. Bd. 2. F. Deuticke.
32. Metzel, E., Die künstliche Sterilisation der Frau. Inaug.-Diss. Würzburg 1913. (Fall von Gravidität trotz beiderseitiger intraperitonealer Versenkung der Tuben.)
33. Näcke, P., Die gerichtliche Medizin und die Homosexualität. Arch. f. Psych. Bd. 53. Heft 1. (Führt die Homosexualität auf angeborene Anlage zurück und leugnet ihren Charakter als Entartung oder Krankheit.)
34. *Phélip, Hoden in der Leistenhernie eines 13jährigen „Mädchens". Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1913. Dez.
35. Rohleder, H., Die künstliche Befruchtung beim Menschen. Wiener klin. Rundschau. Bd. 28. p. 319. (Verteidigt die künstliche Befruchtung als eine bei Behinderung der mechanischen Vereinigung der Geschlechtsteile weder gegen die Moral des Arztes noch gegen die der Eheleute verstossendes Mittel.)
36. Ruge, E., Ersatz der Vagina durch die Flexur mittelst Laparotomie. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 120. (Fall von Scheidenmangel, vorläufige Mitteilung.)
37. Ryder, Fall von erfolgreicher künstlicher Befruchtung. Ugeskr. f. Laeger. Nr. 16. (Sterile Ehe, Mann Hypospadiaeus, wiederholte Injektionen von Condome-Sperma kurze Zeit nach der Menstruation in den Muttermund. Kind 5¾ Pfund schwer.)
38. Sarkissiantz, A., Zur Frage der künstlichen Sterilisation der Frau. Med. Klinik. Bd. 10. p. 633. (Verteidigung bei inneren Erkrankungen.)
39. *Schneider, A., Missbildungen mit Verwischung des Geschlechtscharakters. Inaug.-Diss. München 1913.

40. *Sternberg, C., Pseudohermaphroditismus masculinus externus und internus. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 12. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 27. p. 496.
41. Thies, J., Implantatio recti bei fehlender Scheide. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 516. (Zur Ermöglichung der Verheiratung ausgeführt.)
42. Tuffier, T., Le virilisme surrénal. Bull. de l'Acad. de Méd. Paris. Bd. 78. Nr. 21.
43. Valenti, G., Sopra un caso di pseudoermafroditismo femminile esterno. R. Accad. delle Sc. med. di Bologna. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 679. (Sektionsbefund bei dem bekannten „Zepte Aphaire" genannten Schauzwitter; aus dem Bericht ist über die speziellen Befunde nichts zu entnehmen.)
44. *Wilhelm, E., I. Geschlechtsbestimmung der (körperlichen) Zwitter. II. Zwitter und Standesregister. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 49. p. 260.

Zweifelhafte Geschlechtszustände.

Fraenckel (14) verwirft — nach den heute bekannten Tatsachen über die Abhängigkeit der sekundären Geschlechtsmerkmale nicht von dem anatomischen Vorhandensein einer Geschlechtsdrüse, sondern von chemischen Einflüssen der inneren Sekretion — den Vorschlag, bei zweifelhaftem Geschlecht durch möglichst frühzeitige Laparotomie das Geschlecht zu bestimmen, weil dieser Weg nicht zum Ziele führen kann. Im Gegenteil soll das Geschlecht des lebenden Zwitters unter Mitberücksichtigung der äusseren Erkennungszeichen der chemischen Geschlechtsstoffe beurteilt werden, so dass also nicht das anatomische, sondern das funktionelle oder chemische Geschlecht ausschlaggebend ist. Es soll daher die Geschlechtsbestimmung bis zu der Zeit hinausgeschoben werden, in der eine Funktion der Drüsen nicht mehr erwartet werden kann. Dieses Verfahren genügt für alle Fälle, wo Zwitter gerichtsärztlich zu beurteilen sind, sowohl in zivil- als in strafrechtlicher Beziehung, ausgenommen nur für den Fall von Erbansprüchen, die an ein bestimmtes Geschlecht geknüpft sind.

In der Diskussion verteidigt Meixner die frühzeitige operative Bestimmung des Geschlechtes, weil dann die Kinder in dem ihren Drüsen entsprechenden Geschlecht auferzogen werden können und eine spätere Matrikeländerung tunlichst vermieden wird.

Wilhelm (44) kommt de lege ferenda unter Anlehnung an die Ausführung Fränckels vom juristischen Standpunkte aus zu der Auffassung, dass bei der Geschlechtsbestimmung körperlicher Zwitter der medizinischen Auffassung der Vorzug zu geben ist, welche nicht stets und unbedingt das Geschlecht nur nach der Art der Geschlechtsdrüse festsetzt, sondern bei Zwittern die Gesamtheit der Geschlechtsmerkmale ins Auge fasst und insbesondere unter Mitberücksichtigung des eigenen Wunsches des Zwitters nach Zugehörigkeit zu einem bestimmten Geschlecht die mit diesem Wunsch übereinstimmende Mehrzahl der Geschlechtsmerkmale entscheiden lässt, auch wenn vielleicht die Geschlechtsdrüse nicht dem dieser Mehrzahl entsprechenden Geschlecht angehört. Bezüglich der standesamtlichen Meldung wird vorgeschlagen, dass im Falle erheblicher Missstaltung der Geschlechtsorgane das Geschlecht als unbestimmt eingetragen werden soll, nötigenfalls nach Einholung eines ärztlichen Gutachtens; auf keinen Fall soll wie bisher trotz der Zweifel über das Geschlecht dieses als männliches oder weibliches bezeichnet werden. Später hat auf Antrag eines Beteiligten die Umschreibung des unbestimmt eingetragenen Geschlechts in das männliche oder weibliche zu erfolgen; jedenfalls soll der Standesbeamte, wenn der Zwitter das 14. oder 16. Lebensjahr erreicht hat, die Beteiligten zur Umschreibung auffordern und die Sachlage der Aufsichtsbehörde anzeigen, eventuell zur Zeit der Grossjährigkeit Aufforderung und Anzeige wiederholen.

Meixner (31) betont die Wichtigkeit der möglichst frühzeitigen Bestimmung des wirklichen Geschlechtes bei Zwitterbildungen und verteidigt die Berechtigung der operativen Freilegung und mikroskopischen Untersuchung der Geschlechtsdrüsen.

Dörr (12) führt den Fall einer von Jugend auf als Mädchen behandelten Bauernmagd an, die an einem 12- und einem 15jährigen Mädchen unzüchtige, koitusartige Handlungen vornahm.

B. Hart (20) unterscheidet potente Teile des Geschlechtsapparates (Keimdrüsen, Uterus, Scheide, Tuben, Vas deferens und äussere Genitalien) und nicht potente (Ep- und Paroophoron, Hydatis testis, Utriculus prostaticus). Die letzteren sind in sehr geringem Grade, die ersteren hauptsächlich mit den sekundären Geschlechtsmerkmalen kongruent. Grössere Kongruenz der nicht potenten Anteile mit den sekundären Merkmalen führt zu geringerer Kongruenz der potenten Anteile. Atypische männliche und weibliche Geschlechts-

kombination ist Folge einer Störung der Kongruenz. Echter Hermaphroditismus (Ovotestis) und transversaler oder lateraler kommen nicht vor. Bei atypischer Kongruenz sind immer die Nebennieren vergrössert. Männliche atypische Bildung ist viel häufiger als weibliche. Zwei Fälle werden kurz erwähnt. In der Diskussion verwirft Ballantyne den Ausdruck „Pseudohermaphroditismus" und Young führt einen Fall von weiblichem Pseudohermaphroditen, aber männlichen Geschlechtes, an, der mit einem Mann verheiratet war.

Clark (11) fand bei einem verheirateten, ausgeprägt männlich gebildeten Individuum mit gut entwickeltem Penis und im Skrotum liegenden kleinen Hoden in einer rechtsseitigen Leistenhernie einen kleinen Uterus mit zwei ausgebildeten Tuben.

Sternberg (40) beschreibt ein totgeborenes Kind mit aus einem in der Mittellinie gespaltenen leeren Sack bestehenden äusseren Genitalien und fehlendem Penis; aus dem Spalt ragt ein bürzelförmiges Gebilde vor. Innerlich fanden sich beiderseits kleine Hoden, Müllersche Gänge und den Samensträngen entsprechende Fäden. Ausserdem bestanden Hydrozephalus, Hexadaktylie an Händen und Füssen und eine mächtige beiderseitige Zystenniere.

Phélip (34) fand bei einem 13jährigen „Mädchen" mit doppelseitiger Leistenhernie bei der Operation beiderseits einen Hoden im Bruchsack; der rechte Hoden wurde reponiert, der linke exzidiert und auch histologisch normal befunden. Die äusseren Genitalien waren von völlig normalem weiblichen Bau.

Schneider (39) beschreibt ein 25jähriges, als Frau verheiratetes Individuum mit normal weiblich gebildeten äusseren Geschlechtsorganen, aber blind endigender Scheide und Fehlen von Uterus und Adnexen. An der Beckenwand fanden sich jederseits zwei kleine Keimdrüsen, die sich als funktionsunfähige Hoden erwiesen. Das Geschlechtsempfinden war weiblich.

Lucksch (29) beschreibt ein äusserlich männlich gebautes Individuum, das seit dem 18. Lebensjahr in vierwöchigen Zwischenräumen dreitägige Blutungen aus dem Penis gehabt hatte und sekundäre, grösstenteils männliche Geschlechtsmerkmale zeigte. Die Sektion (Lungentuberkulose) ergab innere männliche Geschlechtsorgane, kleine Hoden mit wenig erhaltenen Samenkanälchen, Prostata, Samenblasen, Caput gallinaginis etc. Nur die Mammae waren grösser und stellten 8 cm im Durchmesser und 2 cm in der Dicke messende, hauptsächlich aus Bindegewebe und mässig zahlreichen Ausführungsgängen bestehende Gebilde dar. Die Angaben über die Blutungen werden bezweifelt.

Krüger-Franke (26) beschreibt ein 38jähriges „Mädchen", das sich zu verheiraten wünschte. Die äusseren Geschlechtsteile zeigten ein penisartiges, undurchbohrtes Gebilde mit Glans und Präputium, an dessen Basis die Urethralmündung in eine 6 cm lange, stark gebogene Harnröhre führte. Vom Rektum fühlte man eine mässig grosse Prostata und in der rechten Beckenhälfte einen gut pflaumengrossen beweglichen Körper. Keine offenen Bruchpforten. Die sekundären Geschlechtscharaktere waren fast durchweg männlich. Menstruation oder Ejakulationen waren niemals vorhanden. Das Geschlecht ist ohne Operation nicht bestimmbar. Es wird vorgeschlagen, so geborene Kinder als männlich zu bezeichnen, weil Pseudohermaphroditismus femininus sehr selten ist.

Graf (18) beschreibt ein Kind mit anscheinend normal gebildeten weiblichen Geschlechtsorganen, jedoch hypospadischem Penis und darunter einer Scheidenöffnung; die Haut der grossen Schamlippen ist quer gerunzelt.

v. Genersich (17) beschreibt ein vierjähriges Kind mit 27 mm langem Geschlechtshöcker und 6 cm tiefer Scheide; die äusseren Genitalien sind mehr weiblich entwickelt.

Fränckel (15) beschreibt den Sektionsbefund bei einer 41jährigen Frau mit mangelhaft ausgebildeten inneren weiblichen Genitalien, die dem 4.—5. Embryonalmonat entsprechen, bei peniformer Klitoris und männlichen sekundären Geschlechtsmerkmalen (Haar- und Bartwuchs, Kehlkopfentwickelung, Beckenform, Fehlen der Mammae). Zugleich fand sich in der Nebenniere Rindenhyperplasie bei gering entwickeltem Mark, wie nach Kastration. Die Schwester des beschriebenen Individuums zeigte ebenfalls Missbildung der Genitalien.

Bogdan und Grosi (3) beschreiben drei Fälle von ritueller Kastration bei Skoptzen, eine totale Emaskulation bei einem Manne und zwei partielle Kastrationen bei Weibern; in einem Falle waren die Labia minora ausgeschnitten und der angefrischte Hymen zugenäht, im anderen waren nur Einschnitte in die Brüste gemacht worden. Die Opfer werden meistens mit Opium eingeschläfert, die äusseren Geschlechtsteile mit einer Schnur abgeschnürt, dicht daran abgeschnitten und die Wundfläche mit Glüheisen geätzt oder stark komprimiert. Die Gerichte schreiten nur ein, wenn ein Todesfall vorkommt oder wenn ein Verstümmelter Klage erhebt.

Boldt (4) beobachtete Schwangerschaft bei einer 45jährigen Frau nach einjähriger Menopause; es kam zu Abortus.

Kisch (25) lehnt die künstliche Befruchtung beim Menschen aus ethischen und sozialen Gründen ab und hält den von Döderlein veröffentlichten Fall für nicht beweisend für die Möglichkeit einer solchen.

c) Virginität; Sittlichkeitsverbrechen.

1. *Arnold, A., und H. Hölzel, Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen bei gonorrhoischen Prozessen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1967.
2. *Asch, P., Die moderne Therapie der Gonorrhoe beim Manne. Bonn, A. Marcus.
3. *— Über den diagnostischen und therapeutischen Wert der Sera und Vakzine für die Behandlung gonorrhoischer Erkrankungen. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. 1. Beiheft. p. 82.
4. Asnaourow, F., Sadismus und Masochismus in Kultur und Erziehung. München 1913. E. Reinhardt.
5. *Best, N. D., Schwangerschaft bei imperforiertem Hymen. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 965.
6. *Bollag, K., Scheidenverletzungen sub coitu. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 5.
7. *Boruchowicz, Die Diplokokken bei Tripper. Russ. Zeitschr. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 27. Heft 2/3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1526.
8. Broughton-Alcock, W., Studies of strain of gonococcus grown on ordinary media. Journ. of Path. and Bakt. London. Bd. 19. Nr. 2.
9. *Bruhns, C., Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Gonokokkenvakzine. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 69 u. 382.
10. *Chajes, B., Über nichtgonorrhoische Urethritiden und ihre Komplikationen. Dermat. Zentralbl. April.
11. Comby, J., Vulvovaginitis bei Kindern. Arch. de méd. des Enfants. Paris. Bd. 17. Nr. 3.
12. — und Condat, Vakzinetherapie bei Vulvovaginitis bei Kindern. Ebenda. Bd. 17. Nr. 6.
13. *County, B. A., Komplementfixation des Gonococcus. Philadelph. Med. Soc. Sitzg. vom 28. Mai 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 50.
14. Crabtree, E. G., Growth of Gonococcus and Staphylococcus from urethra in plate culture. Journ. of infect. Diseases. Chicago. Bd. 15. Nr. 2. (Unterscheidung von Gono- und Staphylokokken.)
15. *Dalsjö, Nachweis von Spermatozoen in der Gebärmutterhöhle. Allm. Svenska Läkartidn. p. 1207. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 613.
16. Deiters, O., Fall von Leichenschändung. Monatsschr. f. Krim.-Psychologie. Bd. 10. p. 701. (Ausgraben der vor kurzem begrabenen Leiche eines 17jährigen Mädchens, Abschneiden einer Brust und der äusseren Genitalien ohne weitere Geschlechtsbetätigung. Das Gutachten nimmt Begehung der Tat im Dämmerzustand an.)
17. Dessy, S., und F. L. Grapiolo, Gonokokkennukleoprotein. Semana med. Nr. 4. (Siehe Urethra.)
18. Dozzi, L., Vulvovaginitis bei Kindern. Gazz. degli osped. e d. clin. Bd. 35. p. 38.
19. *Ense, E., Über Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Inaug.-Diss. Berlin 1913.
20. Eula, Notzucht. Arch. di antrop. crim. 1913. Nr. 4. Ref. Ärztl. Sachverst.-Zeitg. Bd. 20. p. 59. (Es wird die Notwendigkeit der Untersuchung mit dem Spekulum betont; Anführung mehrerer Fälle.)
21. *Finger, E., Zur Vakzinetherapie des gonorrhoischen Prozesses. Wiener med. Wochenschrift. Bd. 64. p. 861.
22. Frank, L., Sexuelle Anomalien, ihre physiologische Wertung und deren forensische Konsequenzen. Berlin, J. Springer. (Bekämpft die Strafgesetzesbestimmungen über die Homosexualität und erklärt die wenigsten Homosexuellen für eigentliche Päderasten.)
23. Freudenthal, Der Zivil- und strafrechtliche Schutz gegen geschlechtliche Ansteckung. Berl. Tageblatt. 15. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 653. (Die

Schwierigkeiten des Nachweises vorsätzlicher und fahrlässiger Körperverletzungen würden auch nach Schaffung von Sonderbestimmungen gegen geschlechtliche Ansteckung fortbestehen.)
24. *Gabbi, U., Über die Untersuchung der Spermatozoen in den Samenflecken auf dunklen Geweben und im allgemeinen auf dichten, kompakten Substraten. Ärztl. Sachverst.-Zeitg. Bd. 20. p. 358.
25. Glingar, A., Über Urethritis non gonorrhoica. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 591. (Bedeutung der Knötchenbefunde in der Schleimhaut für die Diagnose der nicht-gonorrhoischen Urethritis.)
26. Hamburger, R., Zur Vakzinebehandlung der kindlichen Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 759 u. 777. (Alleinige Vakzinebehandlung ist für Dauerheilung unzureichend.)
27. *Harrison, C. W., Complement deviation in the diagnosis of gonococcal infections. Journ. of the R. Army Med. Corps. Bd. 22. p. 125. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1003.
28. *Heineo, Ein Fall von Scheidenverletzung sub coitu. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe.
29. *Heller, J., Geschlechtskrankheiten und Eherecht. Zeitschr. z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten. Bd. 14. Heft 9.
30. *Hellwig, A., Sittlichkeitsverbrechen und Aberglaube. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 315.
31. *Hennig, Die Bedeutung der Serodiagnose der Syphilis für die Erteilung des Heiratskonsenses. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 9. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2011.
32. Jack, W. R., Vaccinetherapy in the treatment of gonococcal vulvovaginitis. Glasgow med. Journ. 1913. August. (Sechs Fälle.)
33. *Jones, R. L., und I. Simons, The serum diagnosis of gonorrheal infection. Tenessee State Med. Assoc. 81. Jahresvers. Journ. of Amer. med. Assoc. Bd. 62. p. 1583.
34. *Jump, H. D., H. Beates und W. W. Babcock, Precocious development of the external genitals due to hypernephroma of the adrenal cortex. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 147. p. 568.
35. Kenezsly, A., Die Ausbreitung der Vulvovaginitis infantum auf die inneren Sexualorgane. Pester med.-chir. Presse. 1913. Nr. 44. (Zwei Fälle mit Verbreitung auf Uterus und Adnexe.)
36. Königsfeld, H., und M. Salzmann, Der Diplococcus crassus als Erreger von Urethritis und Epididymitis. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 120. Heft 1. (Ein Fall.)
37. *Kolmer, J. A., und G. P. Brown, Complement fixation in gonococcus infections. Journ. of Infect. Dis. Chicago. Bd. 15. Nr. 1.
38. La Brand, A. C. H. V., und A. L. Hagedoorn, Geneeskundig onderzoek voor het huwelijk. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Nr. 23. (Gesundheitsuntersuchung vor der Verehelichung.)
39. *Laewen, Erfahrungen über Gonokokkenvakzine. Freie Vereinigung d. Chir. d. Königreichs Sachsen. Sitzg. vom 25. Okt. 1913. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 509.
40. Lanford, J. A., Diagnosis of gonorreal infections by fixation of complement. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 66. Nr. 7.
41. *Laupheimer, F., Der strafrechtliche Schutz gegen geschlechtliche Infektionen. Berlin, Allg. med. Verlagsanstalt.
42. *Lehmann, Fall von Koitusverletzung. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 10. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 790.
43. *Lenartowicz, J. T., Bemerkungen zu der Arbeit von Bruhns „Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Gonokokkenvakzine". Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 382.
44. — Über den diagnostischen Wert der Reaktion von Bordet-Gengou und den therapeutischen Wert der Injektionen von Trippervakzine. Lemberger Gyn. Ges. Lwowski Tyg. Lek. 1913. p. 161.
45. *Leszlenyi, O., und S. Winternitz, Zur intravenösen Anwendung des Arthigon bei den gonorrhoischen Erkrankungen des Weibes. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 185.
46. Lumière, A., und J. Chevrotier, Ein neues zur Reinkultur des Gonococcus sehr geeignetes Nährmedium. Ac. des Sciences. Paris. Sitzg. vom 1. Dez. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 508. (Eiweiss mit Bierwürze.)

47. *Macalister, C. J., The influences of venereal diseases. Brit. med. Journ. 1913. Bd. 2. 13. Dez.
48. Mc Mechan, Medicolegal aspects of anaesthesia. Annals of Surg. Bd. 58. Heft 6. (Erwähnt u. a. die Möglichkeit, dass ein Narkotiseur von einer Frau, die er narkotisiert hatte, der Notzucht bezichtigt wird; ein Arzt, der bei einer kriminellen Fruchtabtreibung die Narkose übernimmt, ist strafbar.)
49. Mc Neil, A., Present status of complement fixation test in diagnosis of gonorrheal infections. New York State Journ. of Med. Bd. 100. Nr. 8. (Siehe Jahresber. Bd. 27, p. 894.)
50. Manwaring-White, R., Pregnancy with imperforate hymen. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 591. (Kleine Hymenalöffnung unter der Urethra; Kohabitation sehr erschwert, dennoch Konzeption.)
51. Marcuse, M., Zur Psychologie der Blutschande. Gross' Arch. Bd. 55. p. 268. (Drei Fälle.)
52. *Moos, Über Erfahrungen mit intravenöser Vakzination durch Arthigoninjektionen bei weiblicher Gonorrhoe. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 377 und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 333.
53. Müller, M., Was leistet die mikroskopische Sekretuntersuchung bei der Kontrolle der Prostituierten für die allgemeine Prophylaxe der Gonorrhoe? Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 712. (Die Sekretuntersuchung wird als ein ungemein wichtiges und leistungsfähiges Verfahren für die Prophylaxe bezeichnet.)
54. *Münzer, A., Pubertas praecox und psychische Entwicklung. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. Nr. 10.
55. *Oppe, W., Lungenschwindsucht und Geschlechtstrieb. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 48. p. 54.
56. *Orlowski, Verursachen sterile Tripperfäden weissen Fluss? Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 40. Nr. 37.
57. *Packard, Eversion of bladder. Annals of Surg. Bd. 59. p. 555.
58. Plaggemeyer, H. W., und E. K. Marshall, Gonococcus complement fixation test and analysis of results from its use. Arch. of int. Med. Chicago. Bd. 13. Nr. 1.
59. Pollitz, Notzuchtversuch an der eigenen Mutter. Gross' Arch. Bd. 52. p. 78. (Versuch der geschlechtlichen Benutzung der eigenen Mutter, die vorher durch Schlag gegen den Kopf betäubt wurde; wird als Sadismus gedeutet, was von Gross bestritten wird.)
60. *Quadflieg, L., Die Methoden des Spermanachweises und ihr Wert für den Gerichtsarzt. Friedreichs Blätter f. ger. Med. u. San.-Pol. Bd. 65. p. 39 ff.
61. Reinhardt, F., Gonorrhoe und gonorrhoische Komplikationen bei einem Säugling. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 479. (Urethralgonorrhoe bei einem Knaben mit Präputialabszess, Epididymitis und Arthritis mit tödlichem Ausgang; es wird Ansteckung beim Durchtritt durch die Vulva der gonorrhoisch erkrankten Mutter angenommen.)
62. *Renisch, Kollargol und Arthigon bei gonorrhoischen Komplikationen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1970.
63. *Rost, G. A., Beiträge zur Vakzinebehandlung bei Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 61. p. 699 und Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 22. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 623.
64. Rush, I. O., Venereal diseases in the negro with special reference to gonorrhea. Med. Record. New York. Bd. 83. 31. Mai. (Bespricht den bei Negern verbreiteten Glauben, dass das beste Mittel gegen Gonorrhoe häufiger Geschlechtsverkehr und Geschlechtsverkehr mit Kindern und jungfräulichen Personen sei. Den neugeborenen Kindern werden die Augen mit Urin ausgewaschen!)
65. Schmidt, Rektalgonorrhoe bei Frauen. Dermat. Zeitschr. Bd. 22. Nr. 12. (Unter 746 gonorrhoisch erkrankten Frauen litten 151 an Erkrankung des Rektum; die Infektion erfolgt durch Herabfliessen des Sekrets.)
66. Scholtz, W., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1, Band: Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1913. S. Hirzel.
67. Sinclair, Vulvovaginitis. Arch. of Pediatr. Jan. (Untersuchung von 83 Kindern unter drei Jahren; davon zeigten 16 gonorrhoische Infektion bei der Aufnahme und in sieben bei der Aufnahme freien Fällen entwickelte sich später eine Infektion; in neun Fällen war die Infektion eine latente.)

68. Slingenberg, Vulvovaginitis bij kinderen. Maandbl. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 1. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 616. (Zwei Fälle von Vulvovaginitis durch Staphylokokkeninfektion.)
69. *Smith, G. G., The value of the complement fixation test in the treatment of gonococcus vulvovaginitis. Amer. Journ. of Diseases of Children. Chicago. Bd. 7. Nr. 3.
70. Smith, R. M., Vulvovaginitis in children. Amer. Journ. of Dis. of Children. Bd. 6. p. 355. (Betont die Wichtigkeit der Isolierung erkrankter Kinder.)
71. Strassberg, M., Zur Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 889. (13 Fälle.)
72. *Taussig, F. J., The prevention and treatment of vulvovaginitis in children. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 148. p. 480.
73. *Thomas, B. A., und R. Ivy, The gonococcus complement fixation test and analysis of results from its use. Arch. of intern. Med. Febr. (Siehe Jahresber. Bd. 27, p. 894.)
74. *— — und J. C. Birdsall, Gonococcus fixation test employing specific and non specific antigens. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 3.
75. Türkel, S., Der Lustmörder Christian Voigt; ein kriminalistisch-psychiatrischer Beitrag zur Lehre vom Lustmorde. Gross' Arch. Bd. 55. p. 47. (Sammlung der im vorliegenden Falle von verschiedenen Sachverständigen abgegebenen gerichtlichen Gutachten.)
76. *Van de Velde, Specifische Diagnostich der Gonorrhoe bij de nomd. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. I. Nr. 12.
77. Whitney, Ch. M., Ten tests by which the physician may determine when a patient is cured of gonorrhea. A study of 1260 tests by culture and slide of the expressed prostatic and vesicular secretions. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 170. p. 749. (Fand mittelst bakterieller Untersuchung und mit Kulturverfahren unter 100 Männern 2—5 mit virulenten Gonokokken; die Komplementbindungsmethode wurde nicht als genügend sicher befunden.)
78. Wilhelm, E., Die rechtliche Beurteilung des ärztlichen Rates zum illegitimen Geschlechtsverkehr. Sexualprobleme. 1913. Nr. 9/10. (Erörtert die straf- und zivilrechtliche Haftbarkeit des Arztes für Erteilung eines derartigen Rates.)
79. — Strafrechtliche Bedeutung geschlechtlicher Ansteckung und ärztliche Eheerlaubnis. Zeitschr. f. Bekämpfung d. Geschlechtskrankh. 1913. (Vorsätzliche Ansteckung ist strafbar und kann unter Umständen als Vergiftung geahndet werden; nicht vorsätzliche Ansteckung kann als fahrlässige Körperverletzung bestraft werden; strafrechtliche Sonderbestimmungen werden nicht befürwortet, wohl aber die gesetzliche Forderung der Beibringung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses für die Eheschliessenden.)
80. Williams, G., Rape in young girls. Internat. Clinics. 1913. Nr. 2/3. (Betont Zunahme der Notzuchtsdelikte an kleinen Mädchen und bespricht die gerichtlich-medizinische Untersuchung in solchen Fällen.)
81. Wolffenstein, W., Über die Häufigkeit und Prognose der Rektalgonorrhoe bei der kindlichen Vulvovaginitis. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 120. Heft 1. (Betont die Häufigkeit der Mastdarmgonorrhoe bei Vulvovaginitis.)

Sittlichkeitsverbrechen und deren Nachweis.

Packard (57) beschreibt als Folgen eines Stuprums, das ein 17jähriges Mädchen im Alter von vier Jahren erlitten hatte, vollständige Zerreissung des Dammes, Zerstörung des Schambogens (wahrscheinlich durch nachfolgende Osteomyelitis), Prolaps des Uterus und vollständige Umstülpung der Blase durch die Harnröhre mit Inkontinenz und Cystitis.

Gabbi (24) bezeichnet die Baecchische Methode des Spermatozoidennachweises in Samenflecken als die beste und einfachste, jedoch ist sie nicht anwendbar bei Flecken auf dunklen und wenig durchsichtigen Geweben und auf harten Unterlagen (Holz, Leder, Marmor etc.). Für solche Fälle schlägt Gabbi die Übertragung auf weisse Kattunfleckchen vor, indem er die ursprüngliche Flecke je nach ihrem Alter kurze oder etwas längere Zeit (meist genügt eine Minute) befeuchtet und nach Absaugen des überflüssigen Wassers mit feinem Gummi bestreut und dann das Kattunfleckchen aufdrückt. Hierauf folgt die Färbung und Untersuchung nach Baecchi.

Quadflieg (60) stellt die verschiedenen Methoden des Spermanachweises — die morphologischen, chemischen und biologischen — unter kritischer Besprechung ihrer Leistungsfähigkeit und Verwendbarkeit zusammen und gibt spezielle Vorschriften über den Spermanachweis im Scheideninhalt und in angetrockneten Flecken. Als allein beweisend erklärt er den Befund von ganzen Spermatozoiden, auf den sich stets die Untersuchung zu konzentrieren hat. Die zu untersuchenden Objekte sind möglichst schonend zu behandeln. Als Vorproben sind die Florencesche und Barberiosche Reaktion sehr wertvoll, eine sichere Diagnose gestatten sie aber nicht. Die zu untersuchenden Flecken werden mit der Schere zerkleinert und mazeriert, und zuerst sind frische Präparate anzufertigen, daneben einfache und wenn diese fehlschlagen, kompliziertere färberische Methoden anzuwenden. Den biologischen Methoden kommt bis jetzt eine sicher beweisende Kraft nicht zu, wenn sie auch in geübter Hand wertvolle Dienste leisten können, besonders bei Anwesenheit von zerfallenen Samenfäden; die Komplementbindungsreaktion ist vielleicht berufen, auch die Diagnose von azoischem Sperma zu ermöglichen.

Dalsjö (15) konnte in einem Falle von gesetzwidrigem Beischlaf Spermatozoiden in der Uterushöhle nachweisen, während in der Scheide solche nicht mehr vorhanden waren.

Oppe (55) kommt nach Verwertung von Beobachtungen an 13 Sittlichkeitsverbrechern zu dem Schlusse, dass die Annahme einer erhöhten Geschlechtslust und erhöhten Geschlechtsfähigkeit der Lungentuberkulösen nicht bestätigt werden kann, jedoch wird eingeräumt, dass die Beobachtungsergebnisse ein endgültiges Urteil nicht gewährleisten.

Münzer (54) macht darauf aufmerksam, dass bei abnorm schneller körperlicher Entwicklung die psychische oft völlig den Jahren entsprechend vor sich geht, so dass eine somatische und eine psychische oder zerebrale Pubertät unterschieden werden muss.

Jump, Beates und Babcock (34) beschreiben ein siebenjähriges Mädchen mit vorzeitiger körperlicher und geistiger Entwicklung, Bassstimme schon mit einem Jahre, Schambehaarung von männlichem Typus mit sechs Jahren, vorgeschrittener Entwicklung der äusseren, weiblich gebildeten Genitalien, aber zollanger Klitoris. Die rechte Niere war Sitz eines enormen Hypernephroms, das Nebenniere und Niere durchwachsen hatte. Nach der Exstirpation Exitus. Die unvollständig ausgeführte Sektion ergab kindliche Ovarien mit Uterus.

Best (5) beobachtete einen wie eine Tasche in die Scheidenhöhle reichenden Hymen mit kleiner Öffnung; dennoch war Konzeption eingetreten.

Koitusverletzungen.

Heineo (28) beschreibt einen 2 cm langen Riss im seitlichen Scheidengewölbe bei einer 22jährigen, seit zwei Jahren verheirateten Frau nach normalem Koitus, wahrscheinlich durch Hypoplasie der Genitalien und starke Lordose bewirkt.

Bollag (6) beschreibt eine zweifache Scheidenverletzung durch Kohabitation bei einer 32jährigen IVpara; aus dem verschiedenen Aussehen der beiden Verletzungen könnte auf eine perverse Handlung geschlossen werden. Die gewöhnlich angenommenen Ursachen der Kohabitationsverletzungen — Art und Weise des Koitus, Lageveränderung des Uterus, abnorm gesteigerte Libido bei der Frau — reichen nicht hin, um die Scheidenverletzungen sub coitu zu erklären.

Lehmann (42) beschreibt einen 5 cm langen, 3 cm breiten Riss im rechten Scheidengewölbe aus dem ein Ast der Art. uterina spritzte. Der Koitus war seitens der 26jährigen Frau, die vor fünf Jahren geboren hatte, nach dreijähriger geschlechtlicher Enthaltsamkeit in Rückenlage und ohne besondere Lebhaftigkeit ausgeführt worden und das männliche Geschlechtsglied soll nicht abnorm gross gewesen sein.

Geschlechtliche Ansteckung und Ehekonsens.

Laupheimer (41) erklärt die gegenwärtigen strafrechtlichen Bestimmungen zum Schutz gegen geschlechtliche Ansteckung für ungenügend und verlangt ausdrückliche Gesetzesbestimmungen, durch welche derjenige, der wissentlich einen anderen der unmittelbaren Gefahr der Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit aussetzt, mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft wird. Die bei den gegenwärtigen Bestimmungen bemängelte Schwierigkeit des Nachweises des Kausalkonnexes und des Dolus eventualis wird aber wohl auch bei besonderen Strafgesetzbestimmungen bestehen bleiben.

Macalister (47) verlangt vor Eingehen einer Ehe die Beibringung eines Gesundheitszeugnisses über Freisein von ansteckenden Erkrankungen.

Heller (29) fordert, dass beim Eingehen einer Ehe eine vom Sachverständigen für noch infektiös gehaltene Geschlechtskrankheit von dem Nupturienten offenbart werden muss, dass aber eine nach sachverständigem Urteil relativ geheilte Geschlechtskrankheit der Offenbarungspflicht nicht zu unterliegen hat.

Hennig (31) erklärt die Wassermannreaktion für ein wertvolles Hilfsmittel für die Beurteilung der Heiratsfähigkeit eines Syphilitikers, aber nicht für sich allein, sondern nur im Verein mit den bisher geübten und durch die Erfahrung erprobten Gesichtspunkten. In der Diskussion erwähnt Völsch, dass die Prüfung der Lumbalflüssigkeit in manchen Fällen eine latente Syphilis aufdecken kann, in denen das Serum negativ reagiert.

Hellwig (30) macht auf den ungemein verbreiteten Aberglauben aufmerksam, dass Geschlechtskrankheiten durch einen Koitus mit Kindern oder Schwangeren, ja sogar durch Sodomie mit Pferden geheilt werden können. Eine Reihe von Beispielen werden für die weite Verbreitung dieses Aberglaubens beigebracht, der in gerichtlichen Fällen für das Strafausmass von Bedeutung werden kann.

Asch (2) macht darauf aufmerksam, dass die Inkubationsdauer der Gonorrhoe sehr oft 2—3 Wochen, zuweilen sogar 4—8 Wochen beträgt, besonders nach dem Verkehr mit unmittelbar vorher Menstruierten, bei denen die Gonorrhoe Jahre zurückliegt.

Boruchowicz (7) erklärt den Diplokokkentripper ohne Gonokokken für ebenso ansteckend wie den Gonokokkentripper.

Chajes (10) beschreibt 12 Fälle von nicht-gonorrhoischer Urethritis, darunter zwei mit langer Inkubation, chronischem Verlauf und geringfügigen Symptomen (Wälsch), vier mit kurzer Inkubation und heftigen Symptomen, die aber rasch bei Behandlung heilten, und sechs mit grampositiven Stäbchen, den Pseudodiphtheriebazillen ähnlich, wie sie auch in der Scheide vorkommen.

Orlowski (56) hält es für wahrscheinlich, dass gonokokkenfreie Tripperfäden einen bakterienfreien Cervixkatarrh bewirken.

Van de Velde (76) empfiehlt zur Diagnose der Gonorrhoe die Kultur auf Thalmann- und Aszites-Agar, ersteren zur Anreicherung, letzteren behufs Erzielung von Reinkulturen, ferner die Bestimmung des opsonischen Index (niedriger Index spricht für Gonorrhoe, normaler schliesst sie aus) und endlich die subkutane Injektion von Vakzine, die eine negative Schwankung des opsonischen Index und eine lokale Reaktion hervorruft.

Jones und Simons (33) bezeichnen die Serumprobe auf Gonorrhoe für sicherer als die Wassermannsche Probe und empfiehlt sie besonders zur Erteilung des Ehekonsenses.

Moos (52) fand, dass bei intravenöser Arthigoninjektion von 0,05 eine Temperaturerhöhung von über 1,5° mit Wahrscheinlichkeit, eine solche von mehr als 2° mit grosser Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein eines gonorrhoischen Prozesses spricht.

Arnold und Hölzel (1) fanden bei intravenöser Arthigoninjektion die Allgemeinreaktion ziemlich konstant, dagegen die Doppelzacke nicht konstant; weit seltener ist die Herdreaktion.

Asch (3) fand, dass die Verbindung der Injektion von Gonokokkenvakzinen mit urethroskopischen Untersuchungen, um die nach Vakzineinjektionen auftretenden lokalen Reaktionserscheinungen nachzuweisen, eine sehr brauchbare und zuverlässige Methode zur Erkennung der Kontagiosität ist, die zur Erteilung des Ehekonsenses von grösster Wichtigkeit wird.

Bruhns (9) fand die intravenöse Arthigoninjektion nicht sicher beweisend für bestehende Gonorrhoe, da auch bei Gesunden gleichhohe Temperatursteigerungen eintreten können. In manchen Fällen können Gonokokken im Sekret wieder zum Vorschein gebracht werden. Die Komplementbindung (mit Arthigon) fällt auch bei komplizierter Gonorrhoe nur in einem Bruchteil der Fälle positiv aus; bei positivem Ausfall ist sie diagnostisch sicher verwertbar.

Finger (21) hebt hervor, dass den intravenösen Injektionen von 0,1 Arthigon eine gewisse diagnostische und differentialdiagnostische Bedeutung zukommt, so dass sie ermöglichen, das Bestehen eiens latenten gonorrhoischen Prozesses anzunehmen.

Laewen (39) ermittelte, dass eine nach intravenöser Arthigoninjektion auftretende Temperatursteigerung über 1,5°, das Erscheinen einer Doppelzacke und das Auftreten von Herdsymptomen für Gonorrhoe sprechen.

Leszlenyi und Winternitz (45) erklären den diagnostischen Wert des Arthigons zum Gonorrhoenachweis für gering, indem Injektionen von unter 0,1 ccm unzuverlässig sind, Injektionen von über 0,1 ccm nur dann mit einiger Wahrscheinlichkeit für Gonorrhoe sprechen, wenn die Temperatur um mehr als 1,5° steigt.

Nach Rost (63) spricht das Eintreten von Herd- und Allgemeinreaktionen stets für das Vorhandensein gonorrhoischer Herde, dagegen ist die Allgemeinreaktion allein nicht sicher beweisend.

Auch Renisch (62) betont die grosse diagnostische Bedeutung des Arthigons.

Kolmer und Brown (37) fanden in 60% der Fälle von Gonorrhoe die Komplementbindungsprobe positiv und erklären die Probe für besonders wertvoll für die Frage, ob eine Gonorrhoe geheilt ist.

Thomas, Ivy und Birdsall (73, 74) erklären den negativen Ausfall der Komplementbindungsprobe nicht für sicher beweisend für Gonorrhoe (unkomplizierte Fälle von Urethra- und Scheideninfektion geben vor der sechsten Woche keinen positiven Ausfall), dagegen ist ein positiver Ausfall beweisend. In 21% der Fälle von klinischer Heilung erwies sich die Probe noch als positiv.

County (10) weist nach, dass bei der Komplementbindungsprobe eine positive Reaktion immer zuverlässig ist und das Vorhandensein einer Gonokokkeninfektion anzeigt, dass aber ein negativer Ausfall für die Abwesenheit einer Infektion nicht beweisend ist. Auch bei 21% aller klinisch als geheilt anzusehenden Fälle ist die Reaktion positiv. Dagegen ist bei akuter und subakuter Urethritis die Reaktion nur in 9% positiv.

Harrison (27) empfiehlt zum Nachweis bestehender oder nicht völlig geheilter Gonorrhoe das Komplementbindungsverfahren.

Lenartowicz (43, 44) hält gegenüber Bruhns den Wert der Komplementbindungsprobe, die er mit Emulsion von Gonokokkenkulturen, nicht mit Arthigon ausführt, aufrecht.

Smith (69) erklärt einen schwachen positiven Ausfall der Komplementbindungsprobe bei gonorrhoischer Vulvovaginitis nicht für beweisend; ein negativer Ausfall beweist das Nichtvorhandensein einer Infektion.

Gonorrhoe bei Kindern.

Ense (19) berichtet über 190 poliklinische Fälle von Vulvovaginitis bei Kindern; in 10% wurde Gonorrhoe bei der Mutter nachgewiesen, siebenmal handelte es sich um Klosettinfektion, einmal um Stuprum. In 71 Fällen waren Gonokokken sicher, in 13 mit Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. In 24 Fällen waren Würmer vorhanden.

Taussig (72) konnte bei 66 Fällen von Vulvovaginitis stets — drei Fälle ausgenommen — Gonokokken nachweisen. Die Verbreitung der Infektion geschieht nicht von den Eltern aus, sondern meistens von Kind zu Kind, und zwar, weil die grosse Mehrzahl der Fälle Schulkinder betraf, auf den Klosettsitzen in den Schulen. Auf Notzucht waren nur vier Fälle zurückzuführen. In Kinderhospitälern sind alle aufzunehmenden Kinder auf Gonokokken zu untersuchen; bei Erkrankungen ist strenge Isolierung der Kinder wie des Pflegepersonals und der benützten Gerätschaften durchzuführen. Zur weiteren Prophylaxe wird die Einträufelung der Genitalien aller neugeborenen Mädchen mit 2% Silbernitrat verlangt, ferner die Anzeigepflicht der Erkrankungsfälle, die Belehrung der Eltern der erkrankten Kinder, die Kontrolle durch Pflegerinnen und die Hygiene der Schulaborte.

d) Schwangerschaft in bezug auf gerichtliche Medizin.

1. *Aktion gegen die konzeptionsverhindernden, beziehungsweise Abort bewirkenden intrauterinen Massnahmen. Diskussion in der Breslauer gyn. Ges. Sitzg. vom 20. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 593.
2. *Albrecht, H., Zwei Fälle von eitriger Peritonitis nach Durchspritzung von Sublimatlösung durch Uterus und Tuben zum Zwecke der kriminellen Fruchtabtreibung. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 624.
3. *Alexander, C., Der Kampf gegen den Geburtenrückgang. Med. Klinik. Bd. 10. p. 397.
4. *Amann, J. A., Darmruptur durch stumpfe Gewalt bei Gravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 633.
5. Audebert, Traumatisme foetal; peut-on conclure à un avortement provoqué? Soc. d'Obst. et de Gyn. de Toulouse. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 742.

6. Aufforderung zur Teilnahme an dem Verbrechen der Abtreibung. Reichsgerichtsentscheidung. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. Beil. II. p. 161.
7. *Bach, Die antikonzeptionellen Mittel von strafrechtlichem Standpunkt. Niederrhein. westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Juni. 1913 Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 427.
8. *Bauereisen, Spontane Uterusruptur in der Schwangerschaft. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 16. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 427.
9. *Beck, R., Zwei Fälle von Muskatnussvergiftung. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 878.
10. Beintker, Die Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion für die ärztlichen Sachverständigen. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 168. (Betont die Spezifizität der Abderhaldenschen Reaktion auf Schwangerschaft für ärztliche Sachverständige, besonders auch zur Feststellung eines kürzlich stattgefundenen Abortus.)
11. Betrug durch hinterlistiges Erschleichen von Bestellungen von Fruchtabtreibungsmitteln und Bestrafung wegen Anbieten solcher Mittel. Reichsgerichtsurteil. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beil. p. 116. (Betrifft Frauendusche „Triumph".)
12. *Bleichröder, Über die Zunahme der Fehlgeburten in den Berliner städtischen Krankenhäusern. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 451.
13. *Blumenthal, N., und E. Fränkel, Untersuchungen mit der Meiostagminreaktion (Ascoli und Izar). Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1906.
14. *Blumm, R., Vom Kampf gegen Unzucht und Unsittlichkeit. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 175.
15. *— Die Empfängnis und ihre Verhütung. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 371.
16. *Bode, Fruchtabtreibung. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 19. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1136.
17. Bondi, J., Das Gewicht der Neugeborenen und die Ernährung der Mutter. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 14. (Kann aus Pellers — Österr. Sanitätswesen 1913 — Zahlen nur eine geringe — 100 g betragende — durchschnittliche Gewichtserhöhung des Kindes bei guter Ernährung folgern.)
18. *Bovier, D., Corps étranger de l'utérus. Soc. des Sc. méd. de Lyon. Nov. Revue de Chir. Bd. 49. p. 102.
19. *Bovin, Gebärmutterberstung im fünften Schwangerschaftsmonat. Hygiea. p. 1057. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 616.
20. Breitstein, L. I., Rupture of the uterus following Cesarean section. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 689. (In der Kaiserschnittnarbe.)
21. *Broun, L., Foreign body removed from the urinary bladder. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 10. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 835.
22. *Bublitschenko, L. J., Eine besondere Art von Cervixriss bei Abort. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. p. 367. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1016.
23. *Buecheler, Zur Frage des Geburtenrückganges. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 15. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 713.
24. Conviction of a midwife. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 226. (Verurteilung wegen Fruchtabtreibung.)
25. *Cova, Studio sperimentale sull' avelenamento da fosforo in gravidanza e sulle alterazioni prodotte dal fosforo nell' utero e nell' ovaio. La Ginec. Bd. 9. p. 521. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 90.
26. *Cramer, Über kriminelle Fruchtabtreibung. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. vom 26. Okt. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1749.
27. *Curtius, Die Abnahme der Geburtenziffern im Regierungsbezirk Magdeburg. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 126.
28. *Davis, L., Shotgun wound of abdomen with rupture of pregnant uterus. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 243.
29. Death from non-abortive anesthetic. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 886. (Gerichtliche Entscheidung, dass, wenn jemand einer Gravida ein an sich nicht abortiv wirkendes Anästhetikum gibt, um nachher den instrumentellen Abortus einzuleiten, und wenn die Gravida vor Einleitung des Abortus stirbt, nach dem Gesetz von Ohio schuldig ist.)
30. Devèze, Un cas de césarienne post mortem. Reunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 1. April. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 323.
31. Didier, Statistique de 1000 cas d'avortement. Thèse de Paris 1913. (Zunahme der Aborte, die 1913 13,25% der Geburten erreichten.)

32. *Dirks, M., Marmetschke und Kriebel, Gasphlegmone nach kriminellem Abort. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 376 und Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 26. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1314.
33. *Diskussion über die Resolution der Niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie über das Verbot des Verkaufs des sog. Steriletts und Mutterspritzen durch das Strafgesetzbuch. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 19. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 934.
34. Drozdowicz, Röntgenbilder der Frucht bei uteriner oder extrauteriner Schwangerschaft, sobald die Frucht die siebente Woche der Entwicklung hinter sich hat. Przegl. Lek. Bd. 9. p. 348. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 408.
35. *Eben, R., Beiträge zur Diagnose der frühen Schwangerschaftsstadien nebst Untersuchungen über den diagnostischen Wert der Kutanreaktion in der Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 301.
36. Edelberg, H., Röntgenstrahlen und Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. Nr. 27. (Eine schädigende oder unterbrechende Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Schwangerschaft wurde nicht beobachtet.)
37. Endelmann, Ruptur in der Kaiserschnittnarbe bei einer neuen Schwangerschaft. Gyn. Sitzungen d. Warschauer ärztl. Ges. Bd. 9. p. 352. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 409. (Spontan vor Beginn der Wehen.)
38. *Enderle, W., Seltener Fremdkörper im schwangeren Uterus. Württemberg. Korresp.-Blatt. Bd. 83. Nr. 40.
39. *Engelhorn, E., und H. Wintz, Über eine neue Hautreaktion in der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 689.
40. *Esch, P., Über eine neue Hautreaktion in der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1115.
41. Feuchtwanger, J., Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 29. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1913. (Zwei Fälle, ein lebend- und ein totgeborenes Kind.)
42. *Fiessler, A., Die menschliche Fortpflanzung und das Strafgesetz. Gross' Arch. Bd. 56. p. 282.
43. Fölke, Scheidenduschenspritze „Experator". Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 26. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 962. (Schwere Pelveoperitonitis mit septischen Erscheinungen nach Gebrauch genannter Spritze zur Konzeptionsbehinderung.)
44.* Frank, Sterilettpessar. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 313.
45. Fright as an element of damages. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1498. (Entschädigungsklage wegen Abortus infolge von fahrlässig verursachter Erkältung.)
46. *Fritsch, H., Warum wird die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft verlangt? Neue Generation. 1913. p. 251.
47. Fuchs, A., Versuchter Familienmord einer Schwangeren; ein Beitrag zur forensischen Beurteilung der konstitutionellen Verstimmung. Gross' Arch. Bd. 55. p. 345. (Zweimaliger Versuch einer Schwangeren, sich und ihre Kinder mit Leuchtgas zu töten; Freisprechung.)
48. *Gatchell, F. E., An eighteen pound baby. Pacific Med. Journ. Jan.
49. Geburtenrückgang. Verhandl. d. Deutsch. Reichstags vom 9. und 10. Febr. u. d. preuss. Abgeordnetenhauses vom 21.—23. Febr. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 137 u. 176.
50. Gilles, Dystocie par excès du volume du foetus (6410 g). Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 742.
51. — Péritonite post-abortive. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Sitzg. vom 4. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 324.
52. Goenner, A., Zur Frage der Intrauterinstifte. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1326. (Erwiderung an Opitz [115].)
53. Goldberg, Missbrauch des Steriletts und der Intrauterinspritze „Laetitia". Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 18. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 523. (Besprechung des Antrags der niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. betreffs Sammlung von Material über die Schädlichkeit der genannten Mittel.)
54. Gonnet, Grossesse extramembraneuse. Reunion obst. et gyn. de Lyon. Sitzg. vom 19. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 742. (Die Ruptur erfolgte längere

Zeit vor der im siebenten Monate eintretenden Frühgeburt. Die Plazenta zeigte die charakteristischen Veränderungen.)

55. Grassl, Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Ursachen und seine Bedeutung. Kempten u. München, J. Kösel.
56. *Grotjahn, A., Geburtenrückgang und Geburtenregelung im Lichte der individuellen und sozialen Hygiene. Berlin, L. Marcus.
57. *v. Gruber, M., Ursachen und Bekämpfung des Geburtenrückganges im Deutschen Reich. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1025.
58. Grünbaum, Spontanperforation des Uterus in der Gravidität. Nürnb. med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1393. (Spontanruptur im dritten Monat der dritten Schwangerschaft, Uteruswand im Grund papierdünn; wahrscheinlich Divertikelschwangerschaft.)
59. *Gummert, Laminariastift in der Blase. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 20. April 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 628.
60. *— Sterilett und Mutterspritze. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Juni 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 417.
61. *Haberda, A., Die Empfängniszeit. IX. Tagung d. Deutsch. Ges. f. ger. Med. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 3. Folge. Bd. 47. Suppl. p. 362.
62. Hartmann, Extraamnial entwickeltes Zwillingspaar. Gyn. Ges. Kopenhagen. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237.
63. Haymann, A., Toleranz des graviden Uterus. Med. Klinik. Bd. 10. p. 805. (Pfählungsverletzung der Scheide und des Mastdarms mit Bildung eines grossen Hämatoms ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
64. *Herrgott, A., Un cas de gangrène du col par injection caustique. Annales de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 11. p. 13.
65. *Herzberg, Zur Differentialdiagnose von Ovarialkystom und Hydramnion. Inaug.-Diss. Erlangen 1913.
66. *Hirsch, M., Fruchtabtreibung und Präventivverkehr im Zusammenhang mit dem Geburtenrückgang. Würzburg, C. Kabitzsch.
67. *— Der Bergoniésche Entfettungsstuhl als Abortivum. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 163.
68. *vom Hövel, M., Über kriminelle Eingriffe im Bereich der weiblichen Genitalien und ihre Folgezustände. Inaug.-Diss. Strassburg.
69. *Hofmeier, M., Geburtenrückgang und Kindersterblichkeit. Süddeutsche Monatshefte. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1327.
70. Jacobs, J., Zur Diagnose der Schwangerschaft in den früheren Monaten. Inaug.-Diss. München. (Kritik der Frühsymptome.)
71. *Jakobson, W. L., Der zeitgemässe Abortus vom sozialen und medizinischen Standpunkt. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 299.
72. *De Jong, D. A., Intradermale und konjunktivale Schwangerschaftsreaktion. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1502.
73. *Jorns, Zur willkürlichen Beschränkung der Geburtenzahl. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 53.
74. Josephson, Fall von Gebärmutterberstung in alter Kaiserschnittnarbe. Svenska Läkaresällsk. Handl. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237.
75. *Jouvelet, La mort subite au cours des manoeuvre sabortives; étude médico-légale. Thèse de Bordeaux 1913/14.
76. Jung, Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung und Tubensterilisation. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. vom 4. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 103. (Verwirft die soziale Indikation; in der Diskussion bespricht Lochte die verschiedenen Abtreibeinstrumente, besonders Spritzen, Stricknadeln, spitze Pinzetten, ferner Bougies, die zwischen Eihäute und Uteruswand eingeführt worden waren. Jung bedauert die vielfache Einführung des „Steriletts" von ärztlicher Seite und betont die Möglichkeit, dass trotz Liegen des Stiftes Schwangerschaft eintreten kann.)
77. *Kayser, Geburtshilfliche Röntgendiagnose. Fortschr. d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. Heft 1.
78. *Kirste, Ruptur des Uterus während der Gravidität. Nürnb. med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 25. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1393.
79. *v. Klein, Reichsgerichtsentscheidung über den Kunstfehler einer Hebamme. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1498.

80. *Knoop, Über die Gefahren der intrauterin angewendeten antikonzeptionellen Mittel. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Juni 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 406.
81. — Zwei Fälle von Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 20. April 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 629.
82. *Kober, E., Über die Beziehungen von Gewicht und Länge der Neugeborenen zur Dauer der Schwangerschaft. Inaug.Diss. Tübingen 1913.
83. *Kommissionsbericht über den Gesetzentwurf betreffs den Verkehr mit Mitteln zur Verhinderung von Geburten. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 13. März. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 604.
84. *Krüger-Francke, Über Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter und Unfall. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen. Nr. 6.
85. *Kubinyi, P., Die moderne Abortusfrage. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 7 ff.
86. *Küttner, O., Kaiserschnitt an der Toten und Sterbenden. Shurn. akush. i shensk. bolezn. 1913. p. 539.
87. *— Uterusruptur im siebenten Schwangerschaftsmonat. Shurn. akush. i shensk. bolezn. 1913. Nr. 4. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 108.
88. *Kuntsch, Über Torpidität des Uterus und ausgetragene Gravidität trotz Retention einer intrauterinen Tamponade. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 199.
89. Kupferberg, Riesenkind. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 10. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 905. (12 Pfund.)
90. *Kurpjuweit, Zur Statistik der Fehlgeburten. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 132.
91. *Labhardt, A., Über ein häufiges Frühzeichen der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1017.
92. *Lansimaki, Verletzung des Septum vesico-vaginale. Mitteil. a. d. gyn. Klinik von Prof. Dr. O. Engström. Bd. 10. Heft 3.
93. *Lejbowitsch, Riesenkind. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 25. Nov. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 206.
94. *— J., Die Häufigkeit und geburtshilfliche Bedeutung der Riesenkinder. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 163.
95. *Leitsätze der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene und zur Geburtenfrage. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1568.
96. Lemeland, Un cas de grossesse extramembraneuse. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. Dez.
97. Lewenhagen, Schwangerschaft ausserhalb der Häute. Svensk. Läkaresällsk. Handl. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237.
98. Lienau, A., Über künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen in psychiatrischer, rechtlicher und sittlicher Beleuchtung. Arch. f. Psych. Bd. 53. Heft 3. (Verteidigt die Berechtigung des bona fide ausgeführten Abortus bei Psychosen vom rechtlichen und sittlichen Standpunkt.)
99. *Limbler, A., Ein Fall von Uterusperforation durch einen Fremdkörper. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 32.
100. *Lindemann, W., Zum Infektionsbild bei Abortus criminalis (Staphylococcus pyog. aureus haemolyticus und albus, Streptococcus anhaemolyticus und Bacillus aërogenes capsulatus), dessen Genese und Therapie. Brauers Beitr. z. Klin. d. Inf. u. z. Immunität. Bd. 1. Heft 3.
101. Lindquist, L., Fall von Graviditas extramembranacea. Allm. Svensk. Läkartidn. p. 456. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 615. (Fruchtwasserabgang seit dem vierten Monate.)
101a. Lindsey, M., A case of gangren of the vagina. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 20. Heft 6.
102. *Linnert, Uterus myomatosus mit Fremdkörper. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 12. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 99.
103. *v. Liszt, Ein sonderbarer Abtreibungsfall. Ärztl. Sachverst.-Zeitg. Bd. 20. p. 309.
104. *Lorch, H., Zur Differentialdiagnose zwischen traumatischer Ruptur und Perforation der schwangeren Gebärmutter. Inaug.-Diss. Strassburg.
105. Manche, L., La responsabilité médicale au point de vue pénale. Paris 1913, L. Larose u. L. Tenin. (Behandelt besonders die ärztliche Verantwortlichkeit bei kriminellem und bei ärztlichem Abortus.)

106. Manslaughter in death from attempted abortion. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 563. (Urteil des Obersten Gerichtshofs in Kansas, nach dem instrumentelle Abtreibung mit nachfolgendem Tod als Tötung bestraft wird.)
107. *Martin, A., Der intrauterine Stift. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 665.
108. Meyer-Ruegg, Der Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe. (Siehe Jahresber. Bd. 27, p. 904.)
109. *Nicholson, W. R., When, under the present code of medical ethics, is it justifiable to terminate pregnancy before the third month; what should our attitude be toward a patient upon whom a criminal operation has been performed; what should be our attitude toward those suspected of the performance of criminal operations? Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 1004 u. 1023.
110. *— A case report illustrating certain dangers in the use of the intrauterine stem. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 608 u. 651.
111. *Nürnberger, L., Nachempfängnis- und Vererbungsfragen bei der Erzeugung rassedifferenter Zwillinge. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 40 und Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 17. Juli 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 538.
112. *Oliver, J., The duration of pregnancy. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 453.
113. *v. Olshausen, Th., Ist die Beseitigung der aus einer Vergewaltigung der Mutter (Schändung durch einen Kosaken) hervorgegangenen Leibesfrucht durch den Arzt zulässig? Med. Klinik. Bd. 10. p. 1752.
114. *— Antikonzeptionelle Mittel und Gesetzgebung. Med. Klinik. Bd. 10. p. 438.
115. *Opitz, E., Über die Gefahren des Intrauterinstiftes. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1233.
116. *Orthmann, E. G., Statistische Beiträge zur Häufigkeit der Fehlgeburten. Frauenarzt. Heft 2.
117. *Panek, K., Extraamniale Schwangerschaft. Sbornik lek. Bd. 13. Nr. 3 ff. Ref. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 53.
118. *Peller, Einfluss sozialer Momente auf den körperlichen Entwicklungszustand der Neugeborenen. Das österreichische Sanitätswesen. Nr. 38. Beiheft.
119. — S., Das Gewicht des Neugeborenen nach der sozialen Lage und dem Ernährungszustande der Mutter. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 327. (Widerlegung von Bondi [17].)
120. *Peters, Zum Kapitel: Schwangerschaftsdauer. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 329.
121. Pflichtwidrige Berufsausübung von Ärzten durch Ausstellung eines Gutachtens über ein zur Verhütung der Empfängnis bestimmtes Instrument. Entscheidung d. preuss. ärztl. Ehrengerichtshofs. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beil. p. 141. (Betrifft ein „verbessertes Uterus-Schutzpessar".)
122. *Pinard, A., Signes et diagnostic de la gestation, utérine et normale pendant sa première moitié. Annales de Gyn. et de Obst. 2. Serie. Bd. 11. p. 193.
123. Prigl, H., Zur Kasuistik der Fremdkörper der Harnröhre. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 569. (Fall von Einführung einer beinernen Nadelbüchse zum Zweck der Fruchtabtreibung.)
124. *Prochownick und Rüder, Beratung und Beschlussfassung über die seitens der Niederrheinisch-westfälischen und anderer Gesellschaften für Geburtshilfe eingeleitete Bewegung gegen den Vertrieb und die Anwendung intrauteriner, empfängnisverhütender Mittel. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 5. und 16. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1169 u. 1213.
125. Prüsmann, Spontanruptur in der Schwangerschaft. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 19. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1136. (Eindringen von Deciduagewebe tief in die Kaiserschnittnarbe, in der die Ruptur erfolgt war.)
126. *Räuber, H., Unzureichende Gesetzgebung. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 462.
127. *Raphael, A., Geburts- und geburtshilfliche Statistik Kurlands. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 39. p. 29 u. 36.
128. *Reid, E., An unusual complication of fibroid tumor in pregnant uterus. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 26. Nr. 2.
129. *Richter, M., Über Luftembolie bei krimineller Abtreibung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 620.
130. *Rieck, A., Zur Therapie der Amenorrhoe. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1061.
131. — Notwendige Bemerkungen zu dem Aufsatz von Opitz: „Über die Gefahren des Intrauterinstiftes." Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1393.

132. *Rosenbloom, J., und Ch. B. Schildecker, The successful isolation of ergotinin crystals from certain organs in a case of acute ergot poisoning. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1203.
133. *Rüder, Drei Fälle von totaler Uterusruptur. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 16. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 428.
134. *Schaeffer, R., Über die Häufigkeit der Fehlgeburten. Frauenarzt. Heft 2.
135. *Schlank, Haarnadel in der schwangeren Gebärmutter. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 28. Jan. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 307.
136. *Schlegtendal, B., Vom Kampf gegen Unzucht und Unsittlichkeit. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 125.
137. *— Die Empfängnis und ihre Verhütung. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. p. 329.
138. Schlossmann, Geburtenrückgang. Ges. f. soz. Med., Hyg. u. Medizinalstatistik. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 361. (In der Diskussion wird von Laserstein die Zunahme der Aborte als Faktor hervorgehoben.)
139. Sellet, Les gestations prolongées. Thèse de Paris. 1913.
140. Smith, W. G., Case of carbolic acid poisoning. R. Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. vom 27. März. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 861 und Dublin Journ. of Med. Sciences. Bd. 137. p. 321. (Selbstvergiftung einer im 6.—7. Monate Schwangeren durch Einnahme eines Teelöffels flüssiger Karbolsäure; Heilung.)
141. Spinner, J., Periodenstörungsmittel; ein Beitrag zur Kenntnis des kriminellen Kurpfuschertums. Gross' Arch. Bd. 54. p. 226. (Bezeichnet die als „Periodenstörungsmittel" in den Handel gebrachten Geheimmittel tatsächlich als Abtreibemittel und schlägt zu deren Bekämpfung Massregeln im Wege internationaler Übereinkunft vor.)
142. Standesunwürdiges Verhalten eines Arztes durch Herausgabe einer die Anwendung von Konzeptionsverhinderern öffentlich anpreisenden Broschüre. Entscheidung des ärztl. Ehrengerichtshofs. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. Beilage II. p. 153.
143. Strafbare Anpreisungen von empfängnisverhindernden Mitteln, Geheimmitteln gegen Menstruationsstörungen etc., Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beilage. p. 1, 9, 20, 64, 68, 73, 74, 75, 76, 77, 83, 85, 93, 94.
144. *v. Streit, Intrauterinpessar. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. April 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 398.
145. *v. Sury, K., Abtreibungsversuch mit Safrantinktur. Ärztl. Sachverst.-Zeitg. Bd. 20. p. 389.
146. *Thoenes, Kasuistischer Beitrag zur traumatischen Ruptur des schwangeren Uterus. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. Heft 4.
147. Threlkeld, A. E., Diagnosis of pregnancy. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 13.
148. *Triepel, H., Das Alter menschlicher Embryonen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1549 u. 1440.
149. Tschubinski, M. P., Die Abortusfrage in der zeitgemässen Gesetzgebung und ihre wünschenswerte Erledigung. Shurn. akusch. i shensk. bolezn. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 299. (Will den gesetzlichen, den ungesetzlich nicht strafbaren und den ungesetzlich strafbaren Abort unterschieden wissen; unbedingt strafbar ist der professionelle Abort.)
150. *Turenne, Avortement provoqué pour grossesse extrautérine. Arch. mens. d'Obst. de Gyn. 1913. Okt.
151. *Veit, Besprechung der Eingabe der niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Freie Vereinigung mitteldeutscher Gynäkologen. Sitzg. vom 1. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 845.
152. Vicarelli, G., Berufskrankheiten in ihrer Wirkung auf Schwangerschaft. Ann. di Ostetr. e Ginec. 31. März. (Bespricht die Einwirkung von Berufsarbeiten, besonders von Fabrikarbeit auf die Schwangerschaft und auf das Kind, besonders die Schädigung chronisch wirkender Gifte, Blei, Arsen, Antimon, Quecksilber, Phosphor, Tabak; als Abort hervorrufend werden besonders Blei und Phosphor beschuldigt.)
153. *Wanner, Demonstration der gebräuchlichen Intrauterinpessare und Intrauterinspritzen. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Juni 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 432.
154. *Welsch, H., Le diagnostic de la grossesse par la méthode d'Abderhalden; son application en médecine légale. Annales d'Hygiene publ. et de Méd. legale. Serie 4. Bd. 21. p. 497.

155. Winter, Bekämpfung des kriminellen Abortus. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 319. (Beschliessung einer Enquête über die Frage.)
156. *Wyder, Th., Der Geburtenrückgang. Zürich, Schulthess u. Comp.
157. *Yoshioka, R., Einfluss des Konzeptionstages auf die Schwangerschaftsdauer. Inaug.-Diss. München.
158. Zacharias, Riesenkind. Nürnb. med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 849. (14 Pfund schwer, Plazenta 875 g schwer; alle fünf Kinder der betreffenden Mutter waren solche Riesenkinder.)
159. *Zengerle, Ein Fall von Sectio caesarea post mortem. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1021.

Frühdiagnose der Schwangerschaft.

Pinard (122) erklärt die Methode Puzos' (bimanuelle Betastung des Uterus der Länge mit Prüfung der Gestalt und Beweglichkeit) für ein sicheres Mittel, um die „klinische" Gewissheit über das Bestehen einer Schwangerschaft zu erhalten. Die Ermittelung des Hegarschen Zeichens erklärt er als für französische Frauen zu brutal. Die „gerichtlich-medizinische" Gewissheit wird nur durch den direkten Nachweis des Fötus oder Eies gewonnen. Die Methoden der Serumdiagnostik befinden sich noch im Stadium des Versuches.

Labhardt (91) beschreibt als erstauftretendes Schwangerschaftszeichen einen an der Vorhofschleimhaut ½—1 cm unterhalb der Urethralmündung quer verlaufenden, ¼ bis ½ cm breiten lividen Strich, der in der 5.—6. Schwangerschaftswoche als Beginn der weinhefenen Schleimhautverfärbung auftritt und den er auf die Verbindungsgefässe der beiden Bulbi vestibuli zurückführt.

Eben (35) konnte in 15 Fällen aus der Zunahme des Dickendurchmessers des Uterus (Dickinson) und aus der Zunahme der Anteflexion innerhalb der ersten 32—52 Tage Schwangerschaft nachweisen. Die Kutanreaktion mittelst Plazentaextrakten blieb nach Ebens Versuchen negativ.

Welsch (154) bestätigt den Wert der Abderhaldenschen Methode für den Nachweis der Schwangerschaft, aber auch besonders für die Entscheidung, ob Blutflecken von einer heimlichen Geburt oder Fehlgeburt herrühren, und für die Unterscheidung des mütterlichen und kindlichen Blutes.

Blumenthal und Fränkel (13) erklären die Meiostagminreaktion schon in sehr frühem Stadium der Schwangerschaft als für die Diagnose verwertbar.

Engelhorn und Wintz (39) fanden bei Schwangerschaft eine konstante Hautreaktion nach Impfung mit Plazentarextrakt („Placentin"), die schon von der siebenten Woche an positiv zu erhalten ist. Bei allen Nichtschwangeren blieb die Reaktion negativ, nur in der prämenstruellen Zeit trat leichte Reizung der Impfstellen auf.

Esch (40) konnte bei intrakutaner Injektion von Plazentarpresssaft und von durch fraktionierte Ammoniumsulfatfällung gewonnenen Plazentareiweissstoffen nur einen quantitativen, nicht einen qualitativen Unterschied bei Schwangeren und Nichtschwangeren beobachten.

De Jongs (72) Versuche mit intrakutanen Injektionen von Aufschwemmung getrockneten Plazentargewebes und mit Konjunktivalinstillationen lieferten kein für die Schwangerschaftsdiagnose verwendbares Ergebnis.

Kayser (77) fand, dass die Röntgendurchleuchtung bei Schwangeren vom Ende des fünften Monats an einwandfreie positive Befunde ergibt; im dritten und vierten Monat gehören positive Befunde zu den Seltenheiten.

Dauer der Schwangerschaft.

Haberda (61) weist auf die feststehenden Beobachtungen hin, dass einerseits nach vollständig abgelaufener Schwangerschaft, ja selbst nach überlanger Dauer Kinder unter dem Durchschnitt, andererseits übergrosse Kinder bei kürzerer Schwangerschaftsdauer geboren werden können. Er stellt den Satz auf, dass, wenn bei einem reifen oder nahezu reifen Kind selbst 1—2 Monate auf die Durchschnittsdauer der Schwangerschaft fehlen, oder wenn ein Monat und selbst etwas mehr über diese Durchschnittszahl vom Beischlaf bis zur Geburt vergangen sind, man die Möglichkeit der Zeugung innerhalb des konkreten Zeitraums nicht für ausgeschlossen erklären kann. Andererseits soll bei vorhandenen Reifezeichen unter die Grenze von 220 Tagen nicht heruntergegangen werden. Endlich soll festgehalten werden,

dass ein unreifes, etwa 45 cm langes und 2000—2500 g schweres Kind nach gewöhnlich langer und ein bloss reifes, nicht überreifes Kind nach über 300 Tage währender Schwangerschaft geboren werden kann. 12 Begutachtungsfälle werden mitgeteilt.

In der Diskussion legt Marx Gewicht auf den vom Gesetz gebrauchten Ausdruck „den Umständen nach offenbar unmöglich", der unter Berücksichtigung anderer Umstände ausser der kindlichen Entwicklung die Abgabe eines bestimmten Urteils zuweilen gestattet.

Yoshioka (157) glaubt, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Ei der zuletzt vorhandenen Menstruation (Pflüger) befruchtet wird.

Triepel (148) betont, dass das Menstrualalter der Embryonen (vom Beginn der letztvorhandenen Menstruation) gegenüber dem wahren Alter um 15—24 Tage zu hoch ist, was dem Zeitunterschied zwischen Menstruation und Konzeption (Ovulation) entspricht. In der 3.—8. Woche tritt eine Beschleunigung des Wachstums auf. Vom Ende des 3. bis Ende des 6. Menstrualmonats verlangsamt sich für die Scheitelfersenlänge das Wachstum, vom Ende des 6. bis Ende des 10. schreitet es gleichmässig fort. Kop und Rumpf zusammen nehmen vom Ende des 4. Menstrualmonats an fast bis zum Ende der Schwangerschaft im Monat um 4 cm zu. In der Diskussion macht L. Fränkel auf das zuweilen sprunghafte Wachstum des Embryos aufmerksam, wodurch es kommen kann, dass sicher übertragene nicht überreif zu sein brauchen und Frühgeborene mit den Zeichen der Reife geboren werden können.

Peller (118) betont den Einfluss der sozialen Verhältnisse (Ruhe und Ernährung) auf die körperliche Entwicklung der Neugeborenen.

Oliver (112) berechnet die Schwangerschaft vom ersten Tage der erst ausgebliebenen Menstruation und schätzt die Dauer auf 251 Tage.

Strassmann (e. 48) beobachtete um 4½ Wochen verspätete Geburt eines 55 cm langen und 5750 g schweren Kindes.

Kober (82) berechnet aus 824 Fällen die Dauer der normalen Schwangerschaft a menstruatione auf 280,9, a cohabitatione auf 269,3 Tage. Normales Gewicht und normale Länge der Kinder stimmen nicht immer miteinander überein, so dass Länge und Gewicht gleichzeitig zu berücksichtigen sind; allerdings scheint die Länge als die konstantere Grösse grössere Bedeutung zu haben.

Peters (120) erklärt unter Anerkennung der Befruchtung des der erst ausgebliebenen Menstruation zugehörigen Eichens die Schwangerschaftsdauer von 280 Tagen für zu lang und fordert zur Aufstellung genauerer Statistiken auf. Die Häufigkeit einer übertragenen Schwangerschaft und von Riesenkindern wird auf 2,8% geschätzt und die Hinausschiebung des gesetzlichen Termins für Anerkennung nachgeborener Kinder auf 310—320 Tage gefordert.

Leibowitsch (93, 94) beobachtete die Geburt eines leicht mazerierten Kindes von 65 cm Länge und 6250 g Gewicht. Über Dauer der Schwangerschaft werden Angaben nicht gemacht. In der Breslauer Klinik wird die Häufigkeit der 4400—5000 g schweren Kinder auf 0,6% berechnet, die überwiegende Zahl (88%) trifft auf Kinder Mehrgebärender. In einem Drittel war ein Übertragen um durchschnittlich zwei Wochen sehr wahrscheinlich. Dagegen wird andererseits die Geburt eines 4700 g schweren Kindes nach 250tägiger Schwangerschaft erwähnt. In vielen Fällen waren auch die früheren Kinder derselben Mütter sehr gross gewesen.

Gatchell (48) berichtet über die Geburt eines 18 Pfund schweren Kindes (= etwa 8000 g) von 23 Zoll Länge und 15 Zoll Kopfumfang. Über die Dauer der Schwangerschaft wird nichts bemerkt.

Häufigkeit und Verbreitung der kriminellen Fruchtabtreibung.

Fritsch (46) bespricht als Gründe der immer allgemeiner werdenden Fruchtabtreibung die Scheu vor den Beschwerden der Schwangerschaft und Geburt, die Vergüngungssucht etc. und hebt auch das Überhandnehmen der Abtreibung in den Arbeiterfamilien hervor.

Fiessler (42) anerkennt das Recht des einzelnen, der ihm unerwünschten Fortpflanzung durch Präventivverkehr vorzubeugen, bezeichnet dagegen eine Sterilisation aus rein persönlicher Willkür oder Bequemlichkeit als ungerechtfertigte Verletzung staatlich geschützten Gutes. Auch die Sterilisation aus rassehygienischen Gründen wird anerkannt. Der Abortus soll bei Schwängerung durch Notzucht als berechtigt anzuerkennen sein und dem Fötus sollen Menschenrechte erst bei der Geburt zuzusprechen sein. Für die Abtreibung wird eine Staffelung des Strafausmasses befürwortet, je nachdem der Fötus noch nicht lebensfähig ist (Grenze 25. Schwangerschaftswoche) oder sich der Reife nähert.

v. Olshausen (113) spricht sich dafür aus, dass im Interesse der Ärzte eine Bestimmung in das Strafgesetzbuch aufgenommen werde, dass die Einleitung des Abortus zur Beseitigung einer nicht anders abwendbaren Lebensgefahr oder einer dauernden schweren Gesundheitsschädigung straflos sein soll. Bei Schwängerung durch Notzucht soll wenigstens eine Strafmilderung platzgreifen. Bei Vergewaltigung im Kriege kann die Gemütsverfassung eines unbescholtenen deutschen Mädchens, das z. B. ein in der Notzucht erzeugtes Kosakenkind zur Welt bringen soll, derartig sein, dass der Arzt sich zur Aborteinleitung entschliesst. Er würde sich in diesem Falle nicht strafbar machen.

Nicholson (109) erklärt den künstlichen Abort für gerechtfertigt bei Erkrankungen, die bei Fortdauer der Schwangerschaft Leben oder Gesundheit der Frau bedrohen, auch wenn eine augenblickliche Gefahr noch nicht besteht. Eine gerichtliche Anzeige seitens des Arztes im Falle von kriminellem Abort muss abgelehnt werden. Nur wenn eine Sterbende den Abtreiber nennt, soll erlaubt sein, gegen diesen vorzugehen. Das Publikum soll über die Verwerflichkeit der Abtreibung aufgeklärt werden. Bei Verdacht auf einen kriminellen Eingriff darf keine Anzeige erstattet werden. Es ist Pflicht der Ärzte, gegen die in ihren Reihen befindlichen Abtreiber mit aller Entschiedenheit vorzugehen und jede Standesgemeinschaft mit ihnen abzulehnen.

Die eingehende Diskussion in der New York und Philadelphia Obstetr. Soc. ergab im wesentlichen Zustimmung zu den Thesen Nicholsons.

Bleichröder (12) weist die enorme Zunahme der Fehlgeburten in den Berliner Krankenanstalten besonders seit dem Jahre 1909 nach, die auf systematisch geübte Abtreibung hindeutet.

Orthmann (116) ermittelte für die geburtshilfliche Poliklinik Berlin eine Zunahme der Aborte in neun Jahren um 5%, für die gynäkologische Poliklinik in den letzten zwei Jahren um 0,1%. Bei Verheirateten nahm die Zahl in den letzten vier Jahren um 4,6% ab, bei Unverheirateten entsprechend zu.

Hirsch (66) schätzt 80% aller Aborte als kriminell und führt die Überhandnahme der Fruchtabtreibung auf den wirtschaftlichen Notstand, zum Teil auf wirkliche Not zurück, zum Teil auch auf die bestehende Furcht vor Schwangerschaft und Geburt. Man sollte die Fruchtabtreibung nicht lediglich als Verbrechen, sondern als einen Akt der Notwehr ansehen, als welcher sie auch vom Gesetz behandelt werden soll (? Ref.). Alle bisher vorgeschlagenen Mittel zur Einschränkung der Fruchtabtreibung, ferner auch das Verbot des Verkaufs antikonzeptioneller Mittel sind ungeeignet, sondern es soll auf Herabminderung der Sterblichkeit und auf grosszügige Pflege einer rationellen Fortpflanzung und Rassenhygiene hingewirkt werden.

Kubinyi (85) betont die Zunahme der Häufigkeit des Abortus und die Häufigkeit der septischen Erkrankung nach kriminellem Abortus. Nach Erörterung der Motive des kriminellen Abortus verwirft er die soziale Indikation und betont die Wichtigkeit der materiellen Versorgung der Schwangeren und die Besserung der Lage der Hebammen. Ob die obligatorische Anzeigepflicht der Aborte diese einzudämmen imstande ist, ist zweifelhaft. Auf alle Fälle ist die Verminderung der Fruchtbarkeit ein Zeichen des Niedergehens der Rasse.

Schäffer (134) erklärt die Zunahme der Aborte für eine bedrohlich hohe und empfiehlt die Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes für Geschlechts- und Frauenleiden und eine scharfe Betonung und Durchführung der Dienstvorschriften für Hebammen und besonders eine erheblich schärfere Beaufsichtigung der Tätigkeit der Hebammen bei Fehlgeburten.

Alexander (3) führt Konzeptionsbehinderung und Fruchtabtreibung als wesentliche Ursachen des Geburtenrückgangs an und will Verkauf und Ankündigung von dahinzielenden Mitteln gesetzlich verboten wissen. Besonders wird der Vertrieb von Abtreibemitteln durch Hausiererinnen, die in Wirklichkeit als Abtreiberinnen zu bezeichnen sind, hervorgehoben.

Bücheler (23) beschuldigt Empfängnisbehinderung und Abtreibung als wichtige Ursachen des Geburtenrückgangs und befürwortet die Unterdrückung des Verkaufs von Intrauterinpessarien und ähnlichen empfängnisbehindernden und Abtreibemitteln. Für die Ärzte wird die Pflicht grösster Zurückhaltung bei Schwangerschaftsverhütung und Aborteinleitung gefordert, namentlich soll letztere nur nach dem übereinstimmenden Urteil dreier Ärzte, darunter eines beamteten, ausgeführt werden. In der Diskussion wendet sich besonders Heil gegen die soziale Indikation der Aborteinleitung.

Grotjahn (56) sieht ebenfalls in der ausgedehnten Anwendung von Präventivmitteln die Ursache des Geburtenrückgangs und zählt die gebrauchten Präventivmittel, sowie die kriminellen Abtreibeverfahren in eingehender Weise auf.

Hofmeier (69) hält die völlige Unterdrückung des Verkaufs von Präventivmitteln für nutzlos und glaubt, dass sie die Zahl der kriminellen Aborte steigern würde.

Wyder (156) erklärt die kriminelle Fruchtabtreibung für einen wichtigen Faktor des Geburtenrückgangs und für ein Zeichen der Volksdegeneration, wobei er besonders auf die Häufigkeit der kriminellen Aborte in Genf hinweist. Ausserdem tadelt er die viel zu häufige und ärztlicherseits oft unnötig ausgeführte tubare Sterilisation.

Curtius (27) beschuldigt die schrankenlose Ausbreitung der antikonzeptionellen und der Abortivmittel als Ursache des Geburtenrückgangs und empfiehlt die energische Handhabung der bestehenden Gesetze gegen den Verkauf und die Anpreisung dieser Mittel, deren Empfehlung und Weiterverbreitung auch vielfach von Ärzten in einer die Ehre des Standes verletzenden Weise gefördert wird.

v. Gruber (57) hebt unter den Faktoren, die den Geburtenrückgang bewirken, besonders die Fruchtabtreibung und die Konzeptionsverhütung hervor und verlangt die Unterdrückung des Verkehrs mit Mitteln zur Konzeptionsverhütung und Bestrafung der Beihilfe zur Fruchtabtreibung.

Jakobson (71) hebt auch für Russland die rasch zunehmende Zahl der Aborte hervor und schätzt drei Viertel aller Aborte als kriminell. Strenge Strafandrohung ist wirkungslos, dagegen sollten die Frauen über die Gefahren der Aborteinleitung für Leben und Gesundheit belehrt werden.

Kurpjuweit (90) weist auch für Landbezirke die Zunahme der Aborte nach, die besonders in den kleineren Städten gegenüber der eigentlichen Landbevölkerung und in den Kreisen der Arbeiter, Handwerker, Gewerbetreibenden, sowie bei den kleineren Beamten erheblich grösser ist als bei der bäuerlichen Bevölkerung. Als häufiges Abtreibemittel wird für den Kreis Usedom-Wollin die Sabina genannt. Es wird die Registrierung der Aborte seitens der Hebammen gefordert.

Raphael (127) ermittelte für Kurland einen erheblichen Geburtenrückgang, unter dessen Ursachen er Empfängnisverhütung und Fruchtabtreibung beschuldigt. In der Diskussion betont Keilmann die erschreckende Zahl der durch Hebammen ausgeführten kriminellen Aborte, ebenso auch Christiani.

Turenne (150) hebt auch für Südamerika die enorme Zunahme der kriminellen Aborte und die Geschicklichkeit der gewerbsmässigen Abtreiber hervor, so dass nur selten eine schwere Infektion oder eine Uterusperforation vorkommt. Die Geburtenziffer ist von 41 auf 32—33‰ gesunken. Ein Fall von versuchter Abtreibung bei Extrauterinschwangerschaft wird mitgeteilt.

Bekämpfung des künstlichen Abortus und der Empfängnisbehinderung.

Die Niederrheinisch-westfälische Gesellschaft für Gynäkologie stellte im Hinblick auf den zunehmenden Rückgang der Geburtenziffer, der zu einem grossen Teil dem immer mehr überhand nehmenden Gebrauch empfängnisverhütender Mittel zuzuschreiben ist, folgende Resolution zur Diskussion auf:

„1. Die Gesellschaft erkennt die Anwendung der Intrauterinstifte (sog. Steriletts), ebenso der sog. Mutterspritzen, deren Kanüle eine Einführung in die Gebärmutter ermöglicht, für gesundheitsschädlich und für ein Abortivmittel. 2. Die Herstellung solcher Instrumente im Inlande, die Einführung vom Auslande, die öffentliche Ankündigung, das Feilhalten, das Überlassen an andere, sowie ihre Anwendung ist zu untersagen."

In dem ersten Referate gelangt Knoop (80) unter Hervorhebung der Schädlichkeit und namentlich der abortiven Wirkung von Mutterspritze und Sterilett und unter Bezugnahme auf die Lübecksche Polizeiverordnung über die Strafbarkeit empfängniswidriger Mittel zur Aufstellung folgender Thesen: „1. Die sog. Mutterspritze mit dünnem Ansatzrohr ist ein ausserordentlich gefährliches Instrument, dient so gut wie ausschliesslich zur kriminellen Fruchtabtreibung und deshalb ist Fabrikation, Einfuhr und Verkauf zu verbieten. 2. Der Gebrauch des Steriletts ist durch ganz Deutschland verbreitet; es ist auch in sachkundiger Hand gefährlich, richtet aber seinen Hauptschaden durch Verwendung in Laienhänden an. Es verhindert die Empfängnis nicht, führt aber oft zu Abort mit schlimmen Folgen, die in schwereren Fällen zum Tode, sonst zu Entzündungen mit häufig nachfolgender Aufhebung des Konzeptionsvermögens führt." Knoop stellt deshalb als Mindestforderung auf, dass das Auslegen des Steriletts in Schaufenstern, jede öffentliche Anpreisung und jeder Verkauf an Laien verboten wird und dass es deshalb nur in Apotheken auf ärztliches Rezept und nur zu Händen des Arztes abgegeben werden dürfe.

Gammert (60) stellt als Resultat einer Umfrage an 175 Ärzte die Schädlichkeit beider Mittel dar, indem er nach Gebrauch des Steriletts 72 Abortfälle (darunter 61 fieberhafte!) und 13 Todesfälle, für die Mutterspritze über 100 Todesfälle innerhalb der letzten fünf Jahre bekanntgibt. Auch dieser Referent kommt zu dem Schlusse, dass Fabrikation und Einfuhr des Steriletts geseztlich zu verbieten ist, weil es geeignet ist, die Gesundheit zu schädigen, die Empfängnisfähigkeit dauernd zu vernichten und tödliche Infektionen herbeizuführen, ferner dass in gleicher Weise die Fabrikation und Einfuhr der Mutterspritze, die offensichtlich nur zum Fruchtabtreiben benutzt wird, gesetzlich zu verbieten ist.

Vom juristischen Standpunkt aus weist Bach (7) darauf hin, dass der Gebrauch empfängnisverhütender Mittel, die unter die zu unzüchtigem Gebrauche bestimmten Mittel zu rechnen sind, bereits mit Strafe bedroht ist (R.Str.G.B. § 184, Ziffer 3), dass die fahrlässige Körperverletzung nur dann unter Strafe gestellt ist, wenn sie von einer dritten Person, nicht aber, wenn sie von einer Person am eigenen Körper begangen wird, und dass nur die vorsätzliche, nicht aber die fahrlässige Abtreibung mit Strafe bedroht wird. Da aber Mutterspritze und Intrauterinpessare auch von Ärzten als Heilmittel bei gewissen Zuständen angewendet werden, hält er den zweiten Teil der Resolution für zu weitgehend und will, dass diese Mittel nur in Apotheken an Ärzte oder auf ärztliche Verordnung abgegeben werden dürfen und dass ihr Herstellen, Feilhalten, Verkaufen und Überlassen an andere ohne polizeiliche Erlaubnis unter Strafe zu stellen ist.

Wanner (153) demonstrierte hierauf die gebräuchlichen Sterilette und Mutterspritzen mit langem dünnen Ansatzrohr und betont bezüglich der letzteren, dass sie von Ärzten nicht gebraucht, sondern ausschliesslich von Laien als Abtreibemittel benützt werden.

In der darauffolgenden eingehenden Diskussion stellen sich besonders Coqui, Zimmermann, Wollenweber, Everke und Schneider ganz, Bornträger, v. Franqué, Rust, Statz und Heimberger grösstenteils auf den Boden der vorgeschlagenen Resolution. Schliesslich wird der Punkt I der Resolution angenommen und im übrigen die Frage an eine aus Ärzten und Juristen zusammengesetzte Kommission verwiesen. Diese Kommission formulierte die Resolution in folgender Weise:

„1. Die Niederrheinisch-westfälische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hält die Anwendung der Intrauterinstifte (sog. Steriletts), ebenso der sog. Mutterspritzen, deren Kanüle eine Einführung in die Gebärmutter ermöglicht, für geeignet, Abort, Krankheit, Siechtum und Tod herbeizuführen. 2. Die Gesellschaft bittet deshalb das Reichsjustizamt, im Wege der Gesetzgebung, insbesondere im Strafgesetzbuch, in der Gewerbeordnung, im Patentgesetz, sowie durch Einfuhrverbot dahin wirken zu wollen, dass die Herstellung, der Verkauf und die Überlassung der vorbezeichneten gesundheitsschädlichen Gegenstände verhindert werde."

Prochownik (124) erkennt die Schädlichkeit der empfängnisverhütenden und Abtreibemittel (Sterilette, Spritzen etc.) nicht nur in der Hand der Laien und Kurpfuscher, sondern auch in der Hand der Ärzte an, glaubt aber, dass nur dadurch dem Unfug gesteuert werden kann, wenn ein gesetzliches Verbot der Behandlung sämtlicher Frauenleiden durch nicht-approbierte Personen ausgesprochen würde.

Rüder (124) erwähnt zwei Fälle von kriminellem Abort, einen durch Perforation und einen unter Bildung eines Abszesses (Fränkelscher Gasbazillus) in der Uteruswand, glaubt aber, dass mit dem Verbot des Vertriebes dieser Mittel nichts erreicht werde und verlangt daher die Anerkennung der Straflosigkeit der Frauen, an denen das Verbrechen ausgeführt worden ist, etwa unter Einführung einer bedingten Verurteilung.

In der Diskussion weisen Ströder und Schottmüller auf die hohe Mortalität bei Aborten hin, wobei besonders auch die Häufigkeit der Selbstabtreibung durch die Schwangeren hingewiesen wird. Staude und Seifert sprechen sich ebenfalls für Straflosigkeit der Frauen bei Aborteinleitung durch professionelle Abtreiber aus, Schottmüller wenigstens für Strafmilderung, ausserdem für Erleichterung der Niederkunft junger Mädchen und für Fürsorge für uneheliche Kinder. Westberg betont die Schwierigkeit der Aufstellung wirksamer Gesetze und verlangt im neuen Strafgesetzbuch eine Bestimmung, dass nicht-approbierte Personen ohne weiteres wegen fahrlässiger Abtreibung bestraft werden sollen, sofern sie Krankheiten, Leiden oder Zustände an den weiblichen Geschlechtsorganen behandelt haben. Seeligmann will die spitzen Spritzenansätze und die gefährlichen Gummiapparate aus dem freihändigen Verkaufe entfernt wissen. Lomer erwartet nur von der Besserung der sozialen Verhältnisse eine Einschränkung der Abtreibungen.

In der Diskussion der Breslauer gynäkologischen Gesellschaft (1) über den Antrag der Niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft betreffend die Aktion gegen die empfängnisverhütenden bzw. Abort bewirkenden Mittel demonstriert Marmetschke Präparate von

tödlichen Fällen nach intrauterinen Einspritzungen mittelst Metall- und Ballonspritzen mit spitzem Ansatz; in zwei Fällen war der Tod durch Sepsis. in zwei Fällen sofortiger Tod durch Lungenembolie und in einem Falle durch Holzessigvergiftung eingetreten. Es fanden sich mehr minder erhebliche Verletzungen des Uterus, einmal ausgedehnte Cervixzerreissung und jauchige Parametritis nach Abtreibung. Endlich wird über eine Cervixverletzung nach Einführung eines Intrauterinstiftes seitens einer Hebamme bei retroflektiertem Uterus und eitriger Parametritis (Genesung) berichtet. Asch bedauert das Nichtausreichen der Gesetze, besonders der Heranziehung der Bestimmungen gegen die Mittel, die zum unzüchtigen Gebrauch bestimmt sind, und will die Unterdrückung des Vertriebes empfängnisverhütender Mittel von der strafrechtlichen Verfolgung solcher Mittel getrennt wissen, die unter der Marke antikonzeptioneller Zwecke verbrecherischen Absichten Vorschub leisten. Er verlangt die Kennzeichnung derjenigen Mittel, die von keinem Arzt und keiner Hebamme angewendet werden dürfen und allein zur kriminellen Abtreibung dienen. Für die Verbreitung der Abtreibung wird besonders der Vertrieb der sogenannten Naturheilbücher beschuldigt. Biermer bespricht die schweren Schädigungen durch den Hollwegschen „Frauenschutz" und durch den Gebrauch sogenannter „Mutterspritzen". Alexander hebt die Betätigung des Kurpfuschertums und den Einfluss der Zeitungsreklame (Ankündigung von Menstruationsmitteln, die zur Gewinnung der Kundschaft für instrumentelle Abtreibung dienen) hervor, ferner die Art des Vertriebs solcher Mittel, besonders durch Hausiererinnen. Dennoch kann durch die Annahme der Vorschläge der Niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft die Freiheit der ärztlichen Kunst und Wissenschaft gefährdet werden. Courant spricht sich für scharfe Massregeln gegen Abtreibung, aber nicht für solche gegen die Anwendung empfängnisverhütender Mittel aus. Courant und Küster bezeichnen die Einführung von Fil de Florence-Fäden als Abtreibemittel. Küstner, E. Fränkel und Krinke erklären das Verbot des Verkaufs gewisser Instrumente als verfehlt, da diese Instrumente auch von ärztlicher Seite, also nicht bloss zu unzüchtigen und Abtreibezwecken verwendet würden und Krinke schlägt daher nur eine Beschränkung des Gebrauchs dieser Mittel vor. Die von der Breslauer Gesellschaft schliesslich angenommenen Sätze lauten folgendermassen: 1. Die Gesellschaft verwirft die nicht-ärztliche Anwendung der Intrauterinstifte, ebenso die sog. Mutterspritzen. deren Kanüle eine Einführung in die Gebärmutter ermöglicht, im Hinblick auf die bei nichtärztlichem Gebrauche möglichen Gefahren (Abort, Krankheit, Siechtum und Tod); 2. die Gesellschaft hält geeignete Massregeln für erforderlich, um den Verkauf und die Überlassung der bezeichneten Gegenstände an Nicht-Ärzte zu verhindern; 3. die Gesellschaft hält, um gewerbsmässigen Abtreibern das Handwerk zu legen, ein gesetzliches Verbot der Behandlung aller Krankheiten, Leiden und Zustände an den weiblichen Geschlechtsorganen durch nicht entsprechend approbierte Personen für das zweckmässigste Mittel.

In der Diskussion der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Leipzig (33) über den gleichen Gegenstand hebt Veit die Gefahr hervor, dass die ärztliche Tätigkeit durch polizeiliche Massregeln beaufsichtigt werde und dass andererseits die Ärzte, die aus Überzeugung den antikonzeptionellen Bestrebungen nachgeben, gegen ein solches Verbot Opposition machen würden. Er glaubt, dass die ärztliche Anwendung empfängnisverhütender Mittel nur dann berechtigt ist, wenn eine Behörde diese Massregel beschliesst. Vor allem sollte sich der Kampf gegen den Geburtenrückgang mit der Bekämpfung des kriminellen Abortus beschäftigen. Er erklärt sich jedoch mit dem Vorschlag einverstanden, dass der Handel mit den betreffenden Mitteln nur dann erlaubt werden solle, wenn sie von Ärzten verordnet sind.

Zweifel sieht in der Anwendung der Sterilетts und der Mutterspritzen mit langen dünnen Ansätzen eine grosse Gefahr für die Behandelten und wünscht, dass Ärzte eine derartige Verordnung wie bei Rezepten durch ihre Namensunterschrift decken. Die Erklärung der Einführung des Steriletts und des Verkaufs von Mutterspritzen als Körperverletzung hält er für sehr bedenklich, aber auch aus juristischen Gründen für unrichtig, denn auch Pfuschern, die diese Mittel anwenden, muss zugebilligt werden, dass sie einen Vorsatz zur Gesundheitsschädigung damit nicht verfolgen. Mit der Straffreilassung der Schwangeren, die an sich indikationslos einen Abort einleiten lassen, kann er sich in Übereinstimmung mit Veit eher einverstanden erklären. Skutsch hält die Benützung empfängnisverhütender Mittel nicht für möglich, will aber die gefährlichen intrauterinen Mittel den Händen der Laien entzogen wissen. Poetter hält es nicht für angängig, die Anwendung solcher Mittel als Körperverletzung zu erklären, wünscht aber energisches Einschreiten gegen alle Personen — auch gegen Ärzte — welche sich berufsmässig mit Vertrieb, Empfehlung und Anwendung derselben befassen. In Leipzig ist ihr Verkauf ohne ärztliche Verordnung bereits verboten worden. Er stimmt mit Veit darin überein, dass die unzeitige Entfernung der

Frucht — abgesehen von dringlichen Fällen — nur von einer Art Gerichtshof beschlossen werden darf.

Die in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie gewählte Kommission (83) stellte folgendes Gutachten auf: 1. Der Verkauf von stielförmigen Pessarien und Mutterspritzen mit langem Ansatz ist auf Apotheken und auf ärztliches Rezept hin zu beschränken. 2. Die übrigen antikonzeptionellen Mittel (Kondom, Irrigator, Okklusivpessare, spermatötende Mittel) unterliegen keiner Verkehrsbeschränkung. 3. Wiedereinbringung des Gesetzes zur Bekämpfung der Missstände im Heilgewerbe. 4. Auch das „zur Schau stellen" antikonzeptioneller Mittel ist zu verbieten. In der Diskussion wurde der Nutzen und die Zulässigkeit des Verbotes der in Rede stehenden Mittel erörtert und besonders die Hereinziehung der Frage des Kurpfuschereiverbotes besprochen. Die Sätze der Kommission wurden schliesslich angenommen.

Die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene (95) betont in ihren Leitsätzen die starke Beschleunigung des Geburtenrückgangs durch die mit skrupelloser Reklame und rasch wachsender Kapitalskraft betriebene Herstellung und den organisierten Handel mit Mitteln zur Empfängnisverhütung und Abtreibung und durch die Propaganda für den Neomalthusianismus.

Die Freie Vereinigung mitteldeutscher Gynäkologen (151) trat der Eingabe der Niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft einstimmig bei.

v. Olshausen (114) hebt hervor, dass antikonzeptionelle Mittel nach der Praxis des Reichsgerichts zu den zu unzüchtigem Gebrauche bestimmten Gegenständen gehören, deren Vertrieb und Anpreisung schon jetzt unter Strafe gestellt ist (R.Str.G.B. § 184). Während bisher solchen Mitteln, die nicht immer unzüchtigen, sondern auch gesundheitlichen Zwecken dienen, vom Patentamt Warenzeichen erteilt und Gebrauchsmuster dafür eingetragen wurden, bestimmt der Entwurf des neuen Patentgesetzes ausdrücklich den Ausschluss der empfängnisverhütenden Mittel vom Patentschutz. Der neue Gesetzentwurf erteilt dem Bundesrat die Befugnis, den Verkehr von zur Verhütung der Empfängnis bestimmten Gegenständen zu beschränken und zu untersagen insoweit, als nicht die Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse des gesundheitlichen Schutzes entgegensteht. Bei Ausübung dieser Befugnisse muss eine Mitwirkung sachverständiger Kreise — vor allem der Ärzte — gesichert werden. Es muss eine Schädigung der Volksgesundheit durch weiteres Umsichgreifen der Geschlechtskrankheiten vermieden werden, andererseits darf den Ärzten nicht die Möglichkeit der Beschaffung von die Empfängnis verhindernden Mitteln genommen werden.

Räuber (126) hebt das Versagen der Gesetzgebung in der Frage der Einschränkung des Verkaufs empfängnisverhütender und abtreibender Mittel hervor und wünscht auch ein Verbot solcher doch nur für Laien bestimmter Mittel, da dem Arzt für dringende Fälle von Empfängungsverhütung etc. geeignete Instrumente in hinreichender Auswahl zur Verfügung stehen; ausserdem fordert er das Verbot für den Verkauf solcher Mittel im Hausierhandel und die öffentliche Abhaltung von Vorträgen, die die menschlichen Zeugungs-, Entwicklungs- und Geburtsprozesse zum Gegenstand haben und illustrieren.

Jorns (73) führt Beispiele an für den immer weiter um sich greifenden Handel mit empfängnisverhütenden und Abtreibemitteln und über die Anpreisung in öffentlichen Versammlungen mittelst Vorträgen und selbst Lichtbildervorführungen; er bedauert die geringe Handhabe, die von der heutigen Gesetzgebung für die Verhütung dieser Missbräuche zur Verfügung stehen.

Schlegtendal (136) hebt die Schädlichkeit der vielfach vertriebenen Arten von Scheidenduschapparaten hervor, die als empfängnisverhütende und abtreibende Mittel, aber auch zur Masturbation gebraucht werden und fordert strafrichterliches Einschreiten.

In einer Entgegnung an Blumm (14), welcher den Einwand erhob, dass Scheidenduschen bezüglich der Empfängnisverhütung zu den unzuverlässigsten Mitteln gehören und der richtige Gebrauch einer Intrauterinspritze für Nicht-Hebammen unmöglich sei (? Ref.), hebt Schlegtendal (137) weiter hervor, dass die Frauenduschen wenn auch nicht sicher empfängnisverhütend wirken, so doch in der Regel das Ziel, die deponierten Samenfäden fortzuspülen, erreichen und dass deshalb ihre Anpreisung und Schaustellung mit Recht verboten worden ist. Diese Anschauung wird von Blumm (15) in einer weiteren Entgegnung bestritten.

A. Martin (107) verwirft den intrauterinen Stift als empfängnisverhütendes Mittel aufs energischste und sieht seine Gefährlichkeit in der Infektionsmöglichkeit. Das Eintreten von Schwangerschaft wird nicht verhindert. Der Verkauf aller Arten von Stiften, ganz besonders des Hollwegschen Steriletts, sollte unter staatliche Kontrolle gestellt werden.

Nicholson (110) warnt unter Anführung eines Falles von Infektion der Beckenorgane und Adnexentzündung vor Anwendung intrauteriner Stifte und weist nach, dass unter fast 400 Fällen aus der Praxis anderer Ärzte 12 mal nach Einlegung eines Stiftes Infektion der inneren Geschlechtsorgane eintrat und dass in acht dieser Fälle in der Folge eine verstümmelnde Operation notwendig wurde.

In der Diskussion wird von Hirst und Shoemaker die Infektionsmöglichkeit nach Einlegung von Intrauterinstiften bestätigt, während Norris, Clark, Boyd und Chandler einen Zusammenhang mit Beckeneiterungen nur auf Fehler in der Anwendung und auf unrichtige Indikationsstellung zurückführen.

v. Streit (144) entfernte ein seit drei Vierteljahren liegendes Intrauterinpessar, das erhebliche Zerstörungen an Portio und Cervix hervorgerufen hatte und erklärte diese Pessarien nicht für konzeptionsbehindernde, sondern für Abtreibemittel.

In der Diskussion erklären Pape, Frankenstein, Gummert, Knoop, Fisch, Everke und Linkenheld die Einlegung solcher Pessare teils für sinnwidrig, teils für gesundheitsschädlich und abtreibend.

Opitz (115) teilt als Beweise für die Gefährlichkeit intrauteriner Stifte zwei Fälle mit, in deren einem nach Einlegung eines Fehlingschen Röhrchens ein faustgrosser entzündlicher Adnextumor entstand, während im anderen Cystitis und mächtige Infiltration des rechtsseitigen und retrocervikalen Bindegewebes mit nachfolgender Peritonitis und Exitus auftreten.

Rieck (130) tritt in seiner Abhandlung, in der er die ärztliche Anwendung des Intrauterinstiftes für Amenorrhoe empfiehlt, entschieden der Anwendung desselben als antikonzeptionelles Pessar entgegen und glaubt, dass der Missbrauch seiner Einführung durch Laien durch die Gesetzgebung (Verkauf nur nach ärztlichem Rezept) verhindert werde.

Frank (44) entfernte aus dem Uterus ein abgebrochenes Sterilett, das von der Frau selbst eingelegt worden war. Hinter dem tief in der Muskulatur des Uterus steckendem Sterilett fand sich eine frische Gravidität. In der Diskussion werden von Deseniss, Rieck, Prochownik, Rüder, Seifert, Rose, Roesing und Schottelius eine Reihe von schweren Schädigungen und Todesfällen durch Intrauterinpessarien erwähnt, auf Grund deren die Hamburger geburtshilfliche Gesellschaft auf den Antrag Lomers eine öffentliche Warnung vor antikonzeptionellen Mitteln durch Flugblätter beschloss.

Hirsch (67) beschuldigt den Bergoniéschen Entfettungsstuhl als Abtreibemittel infolge der den Körper durchkreisenden elektrischen Ströme und teilt zwei Fälle von Abort nach Anwendung desselben mit. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass der Apparat in vielen unter kurpfuscherischer Leitung stehenden Instituten in Betrieb ist und dass er, ohne Verletzungsspuren zu hinterlassen und Infektion zu bewirken, den Abortus hervorzurufen imstande ist. Bei Verdacht auf Schwangerschaft ist seine Anwendung auf jeden Fall zu vermeiden, um nicht fahrlässig Abortus herbeizuführen.

Kuntsch (88) beobachtete Fortdauer der Schwangerschaft bis zum normalen Ende trotz Zurückhaltung einer intrauterinen Tamponade von 5 m Gaze, die am Anfang der Schwangerschaft ausgeführt worden war.

Weitere Kasuistik über kriminellen Abort.

v. Liszt (103) berichtet über einen Abtreibungsfall, in welchem ein schwangeres Mädchen in einer Klinik den Arzt durch ihre Angaben, über die sie von dem Schwängerer, einem Mediziner, unterwiesen worden war, so irreführte, dass eine Ausräumung des Uterus vorgenommen und eine frische Frucht entfernt wurde. Die Schwangere würde in diesem Falle als die mittelbare Täterin, der Schwängerer als der Anstifter zu betrachten sein; wenn der Schwangeren die zur Erkenntnis der Strafbarkeit der Tat erforderliche Einsicht gefehlt haben sollte, so würde der Schwängerer als mittelbarer Täter in Betracht kommen.

Gummert (59) beobachtete einen Fall von Abtreibeversuch durch irrtümliche Einführung eines Laminariastifts in die Urethra seitens des Ehemannes der Schwangeren.

Lansimaki (92) beobachtete schwere Verletzung des Septum recto-vaginale durch Abtreibeversuch, mit Tod an Sepsis.

Bode (16) beobachtete bei einer Nichtschwangeren Perforation der hinteren Uteruswand mit spitzer Kanüle, durch die ½ Liter Seifenwasser in die Bauchhöhle gespritzt wurde. Tod trotz Laparotomie.

Bovier (19) fand bei grossem entzündlichen Adnextumor bei der Operation eine vollständig verrostete Haarnadel im Uterus — offenbar Abtreibeversuch.

Cramer (26) fand bei einer gerichtlichen Obduktion in einem Douglasabszess eine gebogene Haarnadel, die zum Zweck der Fruchtabtreibung eingestossen worden war.

Enderle (38) fand bei Lösung der Plazenta nach Geburt im 7.—8. Schwangerschaftsmonat bei einer an septischer Peritonitis erkrankten Frau im Uterus ein Streichholz, dessen Hineingelangen unaufgeklärt blieb. Tod an allgemeiner Sepsis.

Haymann (63) erwähnt einen Fall von Curettierung des Uterus bei starker Blutung, um einen vermeintlichen Abortus auszuräumen; dennoch bestand die vorhandene Schwangerschaft bis zum normalen Ende fort. Die Blutung war durch einen Zervikalpolypen veranlasst.

v. Klein (79) bespricht einen Fall von Nichthinzuziehung ärztlicher Hilfe bei septischem, tödlich verlaufendem Abortus seitens einer Hebamme, die den Abort wahrscheinlich kriminell eingeleitet hatte. Der Einwurf der Verteidigung, dass zum Kausalzusammenhang nicht die Wahrscheinlichkeit, sondern die Gewissheit gehöre, wurde von dem Reichsgericht verworfen, weil dasjenige, was geschehen sein würde, wenn die Handlung erfolgt wäre, nur nach der Erfahrung in gleichartigen Fällen beurteilt werden kann und die Wahrheit des hieraus gezogenen Schlusses immer nur als eine erfahrungsgemässe, nicht als eine absolut gewisse betrachtet werden kann, so dass es für die Annahme des Kausalzusammenhangs ausreiche, wenn der eingetretene Erfolg nach menschlichem Ermessen durch die Handlung des Angeklagten verursacht worden ist.

Limbler (99) beschreibt einen Fall von Fruchtabtreibung durch Einführung eines Gänsekiels seitens der Schwangeren selbst. Der 10 cm lange Kiel durchbohrte die Vorderwand des Uterus und seine Enden konnten von innen bzw. aussen gefühlt werden.

Linnert (102) fand in einem Uterus einer 57jährigen Frau, der wegen Myoms exstirpiert worden war, ein kleinfingergliedlanges, bleistiftstarkes Stück Hartgummi, das wahrscheinlich zum Versuch der Abtreibung bei nicht vorhandener Schwangerschaft eingeführt worden war.

Schlank (135) konnte in einem im dritten Monat schwangeren Uterus mittelst Röntgenaufnahme eine Haarnadel nachweisen, mit der die Schwangere angeblich (? Ref.) die sich senkende Gebärmutter hatte in die Höhe heben wollen, wobei die Haarnadel entschlüpft sein soll.

Broun (21) berichtet über einen Abtreibeversuch durch Selbsteinführung und Liegenlassen eines 24 cm langen Ulmenrindenstückes, das aber irrtümlich in die Harnröhre eingeführt wurde, in die Blase schlüpfte und operativ entfernt werden musste.

Lindsey (101a) beschreibt einen Fall von Gangrän der hinteren Muttermundslippe und der hinteren Scheidenwand mit tödlicher Peritonitis, wahrscheinlich infolge von Verletzung bei Aborteinleitung.

Dirks (32) beschreibt einen Fall von krimineller Aborteinleitung durch Selbsteinspritzung von Holzessiglösung mittelst Clysopomps in den Uterus. Zunächst (nach 1½ Stunden) entstand Hämoglobinurie und Kollaps infolge von Holzessigvergiftung, woran sich eine hämorrhagische Nephritis anschloss. Am dritten Tage entstand in der linken Glutäalgegend eine sich auf den Oberschenkel ausbreitende Gasphlegmone, die im linken Parametrium entstehend sich durch das Foramen ischiadicum nach aussen verbreitet hatte und 50 Stunden nach dem Eingriff zum Tode führte. Bei der Sektion fanden sich im Zervikalkanal und Uteruskavum oberflächliche Abschürfungen und am Muttermund frische Einrisse als wahrscheinliche Eingangspforten der Infektion mit dem Fraenkel-Welchschen Bazillus der Gasphlegmone.

Nach den Ausführungen von Marmetschke wurde festgestellt, dass die Gravida die Abtreibung beabsichtigt hatte. Kriebel konnte den Fränkelschen Bazillus aus der Gasinfiltration selbst sowie aus dem Blut der Vorhöfe, der Vena cava und spermatica, dem Uterus, der Milz und der Leber reinzüchten.

Lindemann (100) konnte in mehreren Fällen von Abort weisse und gelbe Staphylokokken, anhämolytische Streptokokken und Gasbazillen im Blute nachweisen.

Herrgott (64) beobachtete Gangrän der Partien nach kriminellem Abtreibeversuch (teils von der Schwangeren selbst, teils unter Mithilfe einer Freundin ausgeführt) durch Einführung einer Stricknadel und drei Injektionen konzentrierter Sublimatlösung (0,25 auf einen Esslöffel Wasser) mittelst einer Birnspritze. Es kam zu schweren febrilen Allgemeinerscheinungen und schliesslich zum Exitus an septischer Embolie. Bei der Obduktion fand sich ein orangegrosser Abszess, von thrombosierten Venen umgeben, zwischen den Blättern des Ligamentum latum.

Diagnose und Folgezustände des kriminellen Aborts.

Vom Hövel (68) erklärt den Verdacht auf kriminellen Abort für gegeben, wenn bei im Gang befindlichem Abort Fieber besteht, das auf andere Weise nicht zu erklären ist, ferner wenn im Anschluss an einen ätiologisch unklaren Abort entzündliche Erscheinungen an den inneren Genitalien auftreten, deren Erklärung auf anderem Wege nicht möglich ist, endlich wenn bei oder nach Abort akut septikämische oder peritonitische Erscheinungen auftreten, die anders nicht zu erklären sind. Bei Entwicklung einer Infiltration oder eines Abszesses im Septum rectovaginale nach vorausgegangenem Abort ist mit grosser Wahrscheinlichkeit ein krimineller Abort anzunehmen.

Albrecht (2) fand bei Laparotomie in zwei Fällen von akuter Peritonitis frische allgemeine Entzündungserscheinungen, namentlich sah die gesamte Beckenserosa wie gekocht aus, ferner starke Schwellung der Tuben und Entleerung von eitriger Flüssigkeit aus letzteren. In beiden Fällen war eine Gravidität im zweiten Monat vorhanden und bereits waren Blutungen aus dem Uterus aufgetreten. In einem Falle wurde eine Uterusinjektion von rosagefärbter Flüssigkeit (Sublimat) durch eine Hebamme eingestanden. Die Sublimatlösung war demnach durch die Tuben in die Bauchhöhle eingedrungen. In einem Falle trat der Abort ein, im anderen dauerte die Schwangerschaft noch zwei Monate fort.

Richter (129) teilt zwei Fälle von plötzlichem Tod infolge von Luftembolie nach Selbstabtreibeversuchen mit. In beiden Fällen wurden die Gravidae tot bzw. sterbend aufgefunden, neben ihnen eine Alphaspritze und ein Gefäss mit Flüssigkeit, in einem Falle Seifenwasser, im anderen Borsäurelösung (4%). In beiden Fällen war Luft in der Uteruswand und in den Spermatikalgefässen, sowie in den rechten Herzhöhlen, in einem Falle auch in den linken, nachzuweisen. Die Alphaspritzen werden für das Zustandekommen von Luftembolien, auch wegen des hohen Druckes, der mit ihnen erzeugt werden kann, als sehr gefährlich erklärt und ihr Verkauf an Laien sollte verboten werden. Beim Nachweis der Luftembolie im Herzen muss die vorherige Eröffnung grösserer Blutgefässe, z. B. durch vorhergehende Schädelöffnung und durch Verletzung der Gefässe unter dem Schlüsselbein vermieden werden; daher ist der Thorax zuerst, und zwar unter Schonung der ersten Rippe und mit querer Durchsägung des Brustbeins unter der zweiten Rippe, dann der Herzbeutel zu eröffnen, das Herz ist zu befühlen und zu perkutieren und dann nach Füllung des Herzbeutels mit Wasser zu öffnen. Ausserdem ist der Blutgehalt der Uterus- und Beckenvenen zu prüfen. Gasansammlung durch Fäulnis oder durch gasbildende Bakterien muss ausgeschlossen werden können. Ausserdem wird auf die Schädlichkeit der benützten Flüssigkeit aufmerksam gemacht: schon reines Leitungswasser kann Hämolyse bewirken, noch mehr Seifenwasser; 4%ige Borsäure, direkt ins Blut gebracht, wirkt toxisch. Im Uterus kann möglicherweise an darin enthaltenen Flüssigkeitsresten die Art der benützten Flüssigkeit nachgewiesen werden.

Jouvelet (75) führt als Ursachen plötzlichen Todes nach abortiven Eingriffen an: Metroperitonitis hyperacuta, Blutungen und Perforation des Uterus, Schock und Luftembolie. Um die letzteren, durch die Obduktion nicht oder schwer nachweisbaren Todesursachen nachzuweisen, empfiehlt Jouvelet die Sektion mit der Brusthöhle zu beginnen und nach Eröffnung derselben das Herz nach Unterbindung aller Gefässe herauszunehmen, jeden der Ventrikel zu öffnen und das entweichende Gas aufzusammeln, um festzustellen, ob es sich um Fäulnisgase handelt. Hierauf sind die Venen auf Luftgehalt zu prüfen, in der Folge Nieren, Gehirn und Mageninhalt.

Bublitschenko (22) beschreibt vier Fälle von Fistulae cervico-vaginales laqueaticae bei Erstgebärenden, die im 4.—5. Monat abortiert hatten und führt dieselben auf Länge und Rigidität bei spontanem Abortus zurück.

Fruchtabtreibung durch innere Mittel.

Cova (25) fand bei Tierversuchen nach Phosphorvergiftung unter fünf Fällen nur einmal Unterbrechung der Gravidität und einmal mazerierte Föten. Die in einem Falle vorgenommene Untersuchung der Früchte ergab histologische Veränderungen, die der Phosphorvergiftung entsprechen.

Rosenbloom und Schildecker (132) beschreiben einen plötzlichen Todesfall bei einem jungen Mädchen, das schwanger war. Der Tod war unter akuten gastritischen Erscheinungen, Bewusstlosigkeit, klonischen Konvulsionen und Darmblutungen eingetreten. Bei der Sektion fand sich der ganze Magen und Darm im Zustand hämorrhagischer, akutester Entzündung mit Blutungen in den Darm und Blutergüssen in die Schleimhaut. Aus Nieren,

Darm, Magen und Leber liessen sich aus dem nach Dragendorff gewonnenen Extrakt typische Ergotininkristalle darstellen.

Beck (9) beschreibt zwei Fälle von Muskatnussvergiftung nach Gebrauch von Muskatnuss als Abortivmittel. Die Symptome bestanden in Bewusstlosigkeit und Sopor. Das Mittel wurde in Form von zwei zerriebenen Muskatnüssen, einer Messerspitze Zimt und einem halben Liter weissen Weins genommen. Eine abortive Wirkung trat nicht ein.

v. Sury (145) bespricht einen Fall von angeblicher Abtreibung durch Safrantinktur, jedoch war auch durch Herabspringen von einer Leiter versucht worden, den Abort herbeizuführen, und zuletzt war die Schwangere von der Leiter herabgestürzt. Die Symptome, die dem Abort vorausgingen, deckten sich nicht mit den dem Safran zugeschriebenen Vergiftungserscheinungen. Der Eintritt eines Abortes nach Safraneinnahme wird für möglich gehalten, da die Pflanze durch das in ihr enthaltene ätherische Öl giftig wirkt, aber die erhältlichen Präparate zeigen sehr verschiedenen Gehalt und verschiedene Wirkung, je nach Herkunft und Alter. Ein Kausalzusammenhang kann im besprochenen Falle nicht angenommen werden, um so weniger, als auch das traumatische Moment in Frage kam.

Verletzungen des schwangeren Uterus.

Bovin (19) beschreibt einen Fall von tödlicher Uterusruptur im fünften Schwangerschaftsmonat. Der Riss sass auf der linken Seite und verlief vom oberen Teil des Uteruskörpers bis unmittelbar über den äusseren Muttermund. Es wird die Vermutung einer Verletzung durch Fruchtabtreibeversuch ausgesprochen.

Rüder (133) teilt zwei Fälle von Schwangerschaftsruptur mit, einmal nach Kaiserschnitt mit Heilung per secundam und einmal nach Abortausräumung.

Lorch (104) fand bei einer Gravida im vierten Monat nach angeblichem Sturz eine kleine lochförmige Verletzung des Fundus uteri mit blutiger Suffusion der Umgebung und Peritonitis. Die Verletzung wird mit Wahrscheinlichkeit auf Abtreibeversuch zurückgeführt, jedoch wird die Verletzung durch den Sturz nicht für ganz unmöglich gehalten. Er zieht den Schluss, dass Kontinuitätstrennungen des graviden Uterus, ob violent oder durch stumpfe Gewalt von aussen nach innen oder umgekehrt hervorgebracht, im Fundus oder den obersten Korpusabschnitten sitzen, dass ferner Form und Verlauf der Kontinuitätstrennungen, ebenso die die Umgebung einnehmenden Blutungen nicht ohne weiteres einen Rückschluss auf die Art und Weise ihrer Entstehung gestatten, endlich dass bei Infektion des betroffenen Organs und seiner Umgebung oder des ganzen Körpers der Verdacht auf kriminellen Eingriff berechtigt ist.

Küttner (87) beobachtete Schwangerschaftsruptur des Uterus in der hinteren Wand infolge Wanddefektes, der durch Gangrän im vorausgegangenen Wochenbett entstanden war.

Bauereisen (8) beobachtete Spontanruptur des Uterus im achten Schwangerschaftsmonat nach Fall auf das Gesäss. Die Ruptur erfolgte in der linken Fundusecke an der Plazentarstelle in Form einer 7½ cm langen und 3½ cm breiten Rissverletzung.

Reid (128) beobachtete nach schwerem Heben eine Zerreissung eines im 2.—3. Monate schwangeren myomatösen Uterus bis in den Fundus mit Blutung in die Bauchhöhle; das Myom war durch den Kapselriss teilweise in die Bauchhöhle ausgetreten.

Kirste (78) führt eine Spontanruptur des Uterus im fünften Monat auf Wandverdünnung infolge vorausgegangener dreimaliger manueller Plazentarlösung zurück IVpara).

Thoenes (146) beschreibt eine partielle Ruptur des schwangeren Uterus im 5.—6. Monat durch Stoss gegen den Leib. Der Fötus lag in einer kindskopfgrossen Ausbeulung der Uteruswand im Fundus. Wegen Blutung in die Bauchhöhle musste die Exstirpation des Uterus gemacht werden.

Davis (28) beschreibt einen Fall von querem Bauchdurchschuss mit Darmvorfall bei einer Schwangeren. Die Laparotomie ergab eine Uterusverletzung mit Vorfall der Nabelschnur, aber keine Verletzung der Frucht. Da der Uterusriss longitudinal verlief, die Schussrichtung aber eine quere war, wird die Uterusverletzung durch indirektes Bersten, nicht durch den Schuss direkt erklärt.

Amann (4) beobachtete eine Perforation einer Ileumschlinge nach Sturz einer im dritten Monate Schwangeren gegen eine Stuhllehne mit im Douglas lokalisierter Perforationsperitonitis und Bildung eines jauchigen Abszesses. Die peritonitischen Erscheinungen traten erst sieben Tage nach dem Trauma auf. Die Operation bestand zunächst in Einnähung der perforierten Darmschlinge in die Bauchhaut und später in Verschluss der Darmfistel. Einen Tag nach der ersten Operation kam es zu Abort. Während ein stumpfes Trauma nicht zur Unterbrechung der Schwangerschaft zu führen braucht, übt die Peritonitis einen

sehr ungünstigen Einfluss auf die Schwangerschaft aus und umgekehrt wird die Peritonitis durch die Schwangerschaft ungünstig beeinflusst, weil die Abkapselung des Exsudats beeinträchtigt wird.

Herzberg (65) beschreibt einen Fall von zweimaliger irrtümlicher Punktion des schwangeren Uterus und Entleerung von 7 bzw. 4 Liter Flüssigkeit, weil eine Zwillingsschwangerschaft mit Hydramnion für eine Ovarialzyste gehalten worden war. Die Punktion hatte die Geburt nicht zur Folge, ebensowenig die Probelaparotomie, die zuletzt unter Annahme von Aszites ausgeführt wurde.

Schwangerschaftsanomalien in bezug auf gerichtliche Medizin.

Knoop (81) sah in einem Falle sieben, im anderen etwa acht Wochen nach erstmaligem Fruchtwasserabgang die Geburt eintreten, jedoch wurde im letzteren Falle die Ausstossung künstlich eingeleitet.

Panek (117) führt in einem Falle von extraamnialer Schwangerschaft die Ruptur des Amnion auf intensive Bewegungen der Frucht und besonders der Mutter (Springen, Stolpern etc.) zurück. Das Amnion fehlte fast ganz und die linke Hand der Frucht war verstümmelt und der vierte Finger an der Amnionmanschette befestigt.

Nürnberger (111) teilt einen Fall von Geburt von Zwillingen mit, von denen der eine die deutlichen Merkmale kaukasischer, der andere die der Negerrasse zeigte. Als Vater soll einzig und allein ein Schwarzer in Betracht kommen. Unter Verwerfung der Superfötatio und Zulassung der Superfecundatio wird die Geburt verschiedenrassiger Kinder als Vererbungserscheinung besprochen.

Für die Beurteilung der Extrauterinschwangerschaft als Unfallfolge verlangt Krüger-Francke (84) ein über die gewöhnliche Betriebsart hinausgehendes, also erhebliches Unfallereignis, sowie dass unmittelbar eine Veränderung (Platzen) am Fruchtsack eingetreten ist. Ärztliche Hilfe muss sofort nachgesucht worden sein.

Sectio caesarea nach dem Tode.

Küttner (86) kritisiert das russische Gesetz, dass jede schwangere Verstorbene, die sich in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft befindet, geöffnet werden muss; da 21 Minuten nach Todeseintritt die längste Zeit ist, die das Kind noch leben kann, soll der Arzt, der ½—1 Stunde nach dem Tode eintrifft und die Sectio unterlässt, vorwurfsfrei bleiben. Die Sectio caesarea in moribunda soll moderner legalisiert werden. Vier Fälle von Kaiserschnitt 10 Minuten nach dem Tode und zwei in agone 1½—4 Stunden vor dem Tode, alle mit lebenden Kindern, werden angeführt.

Zengerle (159) konnte wenige Minuten nach Todeseintritt mittelst Sectio caesarea ein tief asphyktisches, nach einer Stunde wieder zu belebendes Kind extrahieren und spricht sich nach plötzlichen Todesfällen durch Unglücksfall, Hirnschlag, Herzschlag oder rasch wirkender Vergiftung für die Vornahme der Sectio caesarea post mortem aus.

Anhang: Operationen während der Schwangerschaft.

1. Albrecht, H., Komplikation der Schwangerschaft durch Ileus infolge eines nach Hernienoperation entstandenen entzündlichen Netztumors. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 625. (Resektion des Tumors mit fortbestehender Schwangerschaft.)
2. Applegate, J. C., Four unusual obstetrics complications. New York. med. Journ. Bd. 100. Nr. 5. (Hysterektomie wegen Myoms im dritten Schwangerschaftsmonat.)
3. Bender und Vaudescal, Fibrome souspéritoneal à pédicule tordu, compliquant une grossesse de trois mois; myomectomie, guérison, continuation de la grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Sitzg. vom 8. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 432.
4. Berecz, Karzinom und Gravidität. Ärzteverein Budapest, gyn. Sekt. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 804. (Dringt bei operablem Karzinom auf Operation ohne Rücksicht auf die Schwangerschaft.)

5. Byers, J., Uterusmyom und Gravidität. Ulster Med. Soc. Sitzg. vom 19. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 970. (Totalexstirpation.)
6. Cackovic, M. v., Eine torquierte Zyste des rechten Ovarium, die links vom graviden Uterus liegt, wohin sie hinter den Uterus gelangt ist. Lijecnicki vijesn. 1913. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1432. (Ovariotomie ohne Schädigung der Schwangerschaft.)
7. Davis, A. B., Fibromyom in der Hinterwand des Uterus, drohender Abort im dritten Monat, Myomektomie, Schwangerschaft ausgetragen. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 27. Jahresvers. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 178.
8. Deletrez, Kystes dermoïdes des deux ovaires et grossesse. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. Sitzg. vom 7. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 741.
9. Dervaux, Cancer du rein et grossesse. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. Sitzg. vom 20. April. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 180.
10. Dublanc, Epithélioma du col et grossesse. Thèse de Bordeaux. 1913.
11. Everke, Fall von gleichzeitiger Intra- und geplatzter Extrauteringravidität. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 2. März 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 397. (Laparotomie, nach drei Tagen Abort, der sich schon vorbereitet hatte.)
12. v. Fellenberg, R., Amputation eines Fundus uteri gravidi wegen Lungentuberkulose. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe.
13. — Uterus myomatosus gravidus. Ebenda.
14. Ferroni, Ureteronefrectomia per uronefrosi in gravidanza. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 38. (Exstirpation ohne Schädigung der Schwangerschaft.)
15. Fidelholz, A., Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus bei Lungentuberkulose. Inaug.-Diss. Strassburg 1913. (Zusammenstellung von 20 Fällen.)
16. Gibson, M. J., Combined intra- and extrauterine pregnancy. R. Ac. of Med. in Ireland. Sect. of Obst. Sitzg. vom 6. März. Dublin Journ. of Med. Sciences. Bd. 137. p. 449.
17. Gross, E., Myomnekrose in der Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 114 u. 358. (Abtragung eines gestielten nekrotischen Myoms ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
18. Grosse und Paquereau, Fibrome utérin compliquant la grossesse, hystérectomie, guérison. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nov. 1913.
19. Goullioud, Myomectomie et grossesse. Soc. de Méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 49. p. 706. (Unter 74 Myomoperationen fünf Fälle von Schwangerschaft.)
20. Harrigan, A. H., Nephrektomie in der Schwangerschaft. New York. Ac. of Med. Sitzg. vom 23. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 948. (Ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
21. Haymann, A., Toleranz des graviden Uterus. Med. Klinik. Bd. 10. p. 805. (Drei Ovariotomien und eine Bauchbruchoperation während der Schwangerschaft ohne Schädigung der letzteren.)
22. Hicks, H. T., Schwangerschaft mit Hydronephrose kompliziert. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 6. (Inzision unter Annahme eines paranephritischen Abszesses; nachher wurde Einleitung der künstlichen Frühgeburt nötig.)
23. Van der Hoeven, Ileus in zwangerschap en puerperium. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 1. (Operation im dritten Monat.)
24. Hohorst, Ileus in der Schwangerschaft. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 24. Febr. u. 10. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 663 u. 687. (In der Diskussion ein Fall von Calmann von Ileusoperation in der Schwangerschaft mit darauffolgendem Abort.)
25. Jung, Ph., Der Übergang von Arzneimitteln von der Mutter auf den Fötus. Therap. Monatshefte. Nr. 2. (Hält die Möglichkeit für gegeben, dass nach Operationen an Schwangeren der Tod des Fötus durch Übergang von Chloroform bewirkt werden kann.)
26. — Myom und Schwangerschaft. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. vom 7. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1146. (Empfiehlt rechtzeitige Enukleation der Myome, wobei Abort nicht eintritt, wenn die Eihäute nicht verletzt werden.)
27. — Gleichzeitige Extra- und Intrauteringravidität. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Sitzg. vom 11. u. 12. Juli. Berner Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1401. (Zwei Tage nach der Operation Abortus.)
28. Keller, Tubargravidität bei gleichzeitiger regelrechter Schwangerschaft. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 10. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1914. (Operiert ohne Schädigung der Schwangerschaft.)

29. Kleinschmidt, K., Über die Komplikation von Schwangerschaft und Myom. Inaug.-Diss. Würzburg. (Vier Fälle von Enukleation mit Erhaltung der Schwangerschaft und vier von supravaginaler Amputation.)
30. Knüpffer, Uterus myomatosus gravidus. Ges. prakt. Ärzte. Reval. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 131. (Diagnose erst nach Laparotomie zu stellen.
31. v. Kubinyi, Teratoma ovarii — neben Gravidität — Laparotomie. Ärzteverein Budapest, gyn. Sekt., Sitzg. v. 8. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p 810. (Exstirpation, supravaginale Amputation.)
32. Kuschnir, M. G., Entfernung eines Dermoidkystoms bei einer Schwangeren. R. Wratsch. 1913. Nr. 52. (Dritter Monat; Schwangerschaft nicht unterbrochen.)
33. Kuthy, O., und G. Lobmayer, Künstlicher Pneumothorax, angelegt im vierten Monat der Gravidität. Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose. Bd. 27. Heft 2.
34. Labhardt, Schwangerschaft bei Melanosarkoma ovarii. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Sitzg. vom 11.—12. Juli. Bern. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1400.
35. Laffont, Myomektomie au troisième mois de la grossesse. Réunion obst. et gyn. d'Alger. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 322.
36. Landau, L., Myom und Schwangerschaft; Uterus myomatosus gravidus III. mens. von $11\frac{1}{2}$ Pfund Gewicht. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1445. (Supravaginale Amputation; bisher 51 Fälle operiert.)
37. Lehmann, H., Demonstration eines operativ entfernten graviden Uterus mit Myomen. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 10. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 790. (Achtwöchige Schwangerschaft, Totalexstirpation.)
38. Lockyer, C., Multiple fibroids removed during the sixth month of pregnancy. R. Soc. of Med. Section of Obst. and Gyn. Sitzg. vom 5. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 5. p. 892. (Schwangerschaft nicht unterbrochen.)
39. Mühlen, Uterus mit Portiokarzinom und Gravidität in der fünften Woche. Ges. prakt. Ärzte. Reval. Sitzg. vom 7. Okt. 1913. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 129. (Exstirpation.)
40. Müller, R. O., Ileus in der Schwangerschaft infolge eingeklemmter Zwerchfellhernie. Inaug.-Diss. Erlangen 1913. (86 Fälle gesammelt.)
41. Natanson, Entfernung eines Ovarialdermoids in der Schwangerschaft. Przegl. Lek. Bd. 9. p. 119. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 413. (Bei Blasenmole.)
42. — Schwangerer myomatöser Uterus, supravaginal amputiert. Ebenda.
43. Neill, Th. E., Treatment of uterine retrodisplacements in pregnant and nonpregnant women. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 118. (Laparotomie mit Lagekorrektur; später Abortus.)
44. Paschkewitsch, J. K., Uteruskarzinom und Schwangerschaft. Shurn. akush. i shensk. bolesn. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 299. (Vier Fälle.)
45. Paucot und Paquet, Torsion d'un fibrome au cours de la gestation; myomectomie, avortement. Réun. obst. et gyn. de Lille. Sitzg. vom 28. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 433.
46. Primšar, F., Zwei Fälle von isochroner, heterotoper Zwillingsschwangerschaft. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 203. (Operation; Abortus 8 bzw. 3 Wochen später.)
47. Puppel, Intrauterine Gravidität und kleine Ovarialzyste, unter der Diagnose Tubargravidität operiert. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 20. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 568. (Keine Schädigung der Schwangerschaft.)
48. Purslow, C. E., Uterus with red degeneration and early pregnancy. R. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Sitzg. vom 7. Mai. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1536. (Exstirpation.)
49. Real, Künstlicher Pneumothorax während der Schwangerschaft. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose. Bd. 29. Heft 3. (Schwangerschaft keine Gegenindikation.)
50. Rieck, Gravidität mit Myom. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 312. (Supravaginale Amputation.)
51. Rose, Gravidität im dritten Monat mit Myom. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 312. (Myomektomie.)
52. Rosenstein, M., Appendizitis und Gravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 27 u. 130. (Verlangt frühzeitige Diagnose und Operation.)
53. Schauta, F., Ovarialtumor und Gravidität. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 141. (Verlangt möglichst baldige Operation auch während der Schwangerschaft.)

54. Schiller, Retroversio uteri gravidi. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 28. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 140. (Laparotomie unter Annahme eines retrouterinen Ovarialtumors, Tod an Sepsis.)
55. Schlichting, Schwangerschaft bei fixierter Retroflexio uteri, kompliziert durch Wurmfortsatzentzündung. Deutsche militär-ärztl. Zeitschr. Heft 7. (Operation, Fortgang der Schwangerschaft.)
56. Semon, Myom und Gravidität bei Retroflexio uteri. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 255 und Verein f. wissenschaftl. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 12. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 574. (Supravaginale Amputation im dritten Monat der Schwangerschaft.)
57. Senger, A., Appendizitis in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Erlangen. (Fünf operierte Fälle, ein Exitus.)
58. Skutsch, Uterus myomatosus gravidus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 15. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 450. (Supravaginale Amputation.)
59. De Snoo, Cervixkarzinom, bei VIpara in der 35. Schwangerschaftswoche entfernt. Nederl. Gyn. Vereenig. Amsterdam. Sitzg. vom 12. Jan. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 341.
60. Sokoloff, E., L'ablation du corps jaune au debut de la grossesse expose-t-elle à l'avortement? Thèse de Paris. 1913. (Unter 47 gesammelten Fällen kam es nur achtmal zur Unterbrechung der Schwangerschaft, darunter aber sechsmal durch Komplikationen.)
61. Solowij, Letal endender Fall von Ileus bei Dermoidtumoren der Ovarien im dritten Schwangerschaftsmonat trotz zweimaliger Laparotomie. Lemberger gyn. Ges. Lwowski Tyg. Lek. 1913. p. 178.
62. Soubeyran und Oeconomoz, Fibrome de l'uterus gravide. Soc. des Sc. méd. de Montpellier. Revue de Chir. Bd. 49. p. 385. (Totalexstirpation.)
63. Sullivan, R. Y., Pregnancy and labor complicated by carcinoma of the cervix uteri. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1715. (Supravaginale Amputation, dann möglichste Ausräumung des Karzinoms, Tod.)
64. Tauni, K., Über Bruchoperationen bei Schwangeren. Engströms Mitteilungen. Bd. 10. (17 Fälle von Bruchoperationen in der Schwangerschaft, 8 Nabel-, 7 Leisten- und 2 Schenkelbrüche.)
65. Tymieniecki, Karzinöser Uterus im fünften Monat der Schwangerschaft, vaginal exstirpiert. Sitzungen d. Warschauer ärztl. Ges. Przegl. chir. i gin. Bd. 9. p. 338.
66. Uberet, Ovarialtumor und Schwangerschaft. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe.
67. Vautrin, Les fosses appendicites de la grossesse. Annales de Gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 11. p. 222. (Vier während der Schwangerschaft operierte Fälle, dreimal mit Erhaltung der Schwangerschaft.)
68. Vineberg, H. R., Ovarian cyst with twisted pedicle complicating pregnancy at eight months. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 14. April. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 68. (Zwei Tage nach der Operation Geburt eines lebensfähigen Kindes.)
69. Wall, Stieltorquierte Ovarialzyste bei Gravidität im fünften Monat. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 25. Nov. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 205. (Ovariotomie ohne Schädigung der Schwangerschaft.)
71. Wanner, Über Appendizitis und Gravidität. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1391. (Vier Fälle operiert, davon drei mit Erhaltung der Schwangerschaft.)
72. Weise, F., Uteruskarzinom und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Jena 1913. (Empfiehlt bei operablem Krebs in den ersten zwei Dritteln der Schwangerschaft die Totalexstirpation.)

e) Die Geburt in bezug auf gerichtliche Medizin.

1. *Allmann, Inversio et prolapsus totalis uteri puerperalis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 122.
2. *Alsberg, Über puerperale Uterusinversion. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 5.
3. *Beckmann, Drei Fälle von Inversio uteri. Shurn. akush. i shensk. bolesn. 1913. Jan.

4. *Beckmann, W., Einige Bemerkungen über die puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 649.
5. *Bestrafung von Hebammen wegen pflichtwidrigen Verhaltens und dadurch veranlasster Körperverletzung bzw. Tötung. Urteile des Reichsgerichts. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beilage. p. 30 u. 67. (Acht Fälle von Bestrafung wegen Unterlassung der vorschriftsmässigen Desinfektion bzw. der Herbeiholung ärztlicher Hilfe.)
6. Bestrafung einer Hebamme wegen fahrlässiger Tötung einer Gebärenden infolge nicht rechtzeitiger Zuziehung eines Arztes. Reichsgerichtsurteil. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beilage. p. 97. (Bei Querlage, Tod an Peritonitis trotz Operation.)
7. Bestrafung einer Hebammenpfuscherin wegen unterlassener Zuziehung einer Hebamme oder eines Arztes und der dadurch veranlassten fahrlässigen Tötung einer Schwangeren. Reichsgerichtsurteil. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beilage. p. 115. (Zerreissung der Gebärmutter und Verblutung.)
8. Bracht, Penetrierende Drucknekrose des kreissenden Uterus. Ges. d. Charité-Ärzte. Sitzg. vom 12. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 652. (Runde wie ausgestanzte Öffnung durch Druck des in hohem Geradstand mit dem Hinterhaupt nach hinten, bei einer XIIIpara.)
9. *Brosz, A., Uterusrupturen. Ärzteverein Budapest. Gyn. Sect. Sitzg. vom 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 811.
10. *Büschel, M., Über schmerzlose Geburtswehen. Inaug.-Diss. Heidelberg 1913.
11. *Crossen, H. S., Conservative operative treatment of long-standing inversion of the uterus. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1061.
12. *Deutsch, Ein Fall von zirkulärem Abriss der Portio uteri intra partum. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 269.
13. *Druskin, S. J., Pituitary extract in obstetrics. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 580.
14. Edge, Case of inversion of uterus. Midland Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 3. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 899 und Brit. Med. Assoc. Staffordshire Branch. Sitzg. vom 30. April. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1184. (Ursache unaufgeklärt.)
15. Engelmann, Zwei Fälle von tödlich verlaufener Gebärmutterzerreissung. Klin. u. path.-anat. Demonstrationsabende Dortmund. Sitzg. vom Mai. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1523. (Spontane, schnell verlaufende Entbindung einer VIIpara mit normalem Becken, ohne Hebamme verlaufen; Verblutung aus der angerissenen Art. uterina.)
16. *Ertl, Uterusruptur. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 8. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 733.
17. *Everke, Pituitrin und Ruptura uteri. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 11. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 553.
18. *Henkel, M., Über die Zerreissungen der Gebärmutter unter der Geburt. Med. Klinik. Bd. 10. p. 443.
19. *Hurwitz, B., Über Inversio uteri puerperalis. Inaug.-Diss. Königsberg.
20. *Jellett, Full-time extra-uterine pregnancy with uterus. R. Ac. of Med. in Ireland. Sect. of Obst. Sitzg. vom 7. Nov. 1913. Dublin. Journ. of Med. Scienc. Bd. 137. p. 57.
21. *Jolly, Über Inversio uteri. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 28. Nov. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 280.
22. *Jones, W. C., Reports of two cases of postpartum inversion of the uterus, with discussion of the pathogenesis of obstetrical inversion. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 983.
23. Kaestner, Verurteilung von Hebammen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1812. (1. Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung durch Nichtherbeirufung ärztlicher Hilfe bei Kindbettfieber und wegen Unterlassung der Anzeigepflicht. 2. Verurteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung durch Gebärmutterzerreissung infolge von Zug an der Nabelschnur zur Entfernung der Nachgeburt.)
24. *Knoop, Uterusruptur. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 11. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 738.
25. *Kocks, J., Hydrosalpinx, prolabiert durch Zangenversuch. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 902.
26. *Kosmak, G. W., Case of complete inversion of the uterus. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 490.

27. *Kouwer, Uterusruptur. Nederl. gyn. Vereenig. Amsterdam. Sitzg. vom 9. Febr. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 343.
28. *Küster, H., Über die Beurteilung der Plazenta hinsichtlich ihrer Vollständigkeit. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1409.
29. *Kupferberg, Drei Fälle von Gebärmutterzerreissung. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 7. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 906.
30. *v. Mandach, G., Ein Fall von spontaner, durch hyaline Muskeldegeneration bedingter Uterusruptur. Arch. f. Gyn. Bd. 103. p. 50.
31. *Maroney, Case of complete inversion of the uterus. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 9. Dez. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 492.
32. *Michaelis, Austritt eines Ovarialkystoms aus dem After während der Geburt. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 366 und Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 154.
33. *Monin, Zur Perforation des Kopfes am lebenden Kinde. Shurn. akush. i shensk. bolezn. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 302.
34. *Pentz, Inversio uteri puerperalis. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 233.
35. *Piskaček, L., Über Uterusdivertikel und ihre Beziehung zur Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 1 und Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 17. Juni 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 341.
36. Poux, Deux cas d'inversion utérine récente. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Toulouse. Sitzg. vom 4. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 742.
37. *Puppe, Grober Kunstfehler einer Hebamme; Extraktion bei angeblicher Vorderscheitelbeineinstellung mit einer eingeführten Schlinge; Strangmarke am Hals, Tod des Kindes 10 Stunden post partum. Erkrankung der Wöchnerin an schwerer Parametritis. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 253.
38. *Raeder, Uterusruptur. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 26. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1201.
39. *Rongy, A. J., und S. S. Arluck, Pituitrin. New York. Med. Journ. Bd. 99. p. 878.
40. *De Rossignoli, G., Zwei Fälle von Prolapsus uteri inversi. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1431.
41. Rueder, Uterusruptur in partu. Ärztl. Verein Hamburg, Sitzg. vom 26. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1313.
42. Ruth, Über Symphysenruptur. VII. Ärztetag d. estländ. Ärzteges. Sitzg. vom 23. Nov. 1913. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 182.
43. *Schäfer, Inversio uteri puerperalis. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 28. Nov. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 273.
44. *— Ruptur der Symphyse unter der Geburt. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 27. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 582.
45. De Snoo, Uterusruptur. Nederl. gyn. Vereenig. Amsterdam. Sitzg. vom 12. Jan. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 342. (Wahrscheinlich infolge von Verletzung durch Curettage in der darauffolgenden Schwangerschaft und Geburt entstanden.)
46. *Spire, A., Fall von spontaner puerperaler Uterusinversion. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Mai.
47. *Stoll, Zur Frage der subendokardialen Ekchymosen beim Verblutungstod. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 53.
48. *Strassmann, P., Ruptur der Symphyse bei der Geburt. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 27. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 584.
49. Tédenat, Inversion uterine. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Sitzg. vom 3. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 590.
50. *Telfair, J. H., Complete inversion of the uterus following delivery. New York. med. Journ. Bd. 99. p. 882 und New York Ac. of Med. Section of Obst. and Gyn. Sitzg. vom 24. März. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 1055.
51. *Unterberger, Inversio uteri. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 256.
52. Wallace, R., A case of extensive Rupture of the Uterus in the fifth months of gestation; supravaginal hysterectomy; recovery. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 443. (Ausgedehnte suprazervikale Querruptur des Uterus von unaufgeklärter Ursache; krimineller Eingriff auszuschliessen.)

53. Williamson, G. M., Rupture of symphysis during labor. Journ.-Lancet. Minneapolis. Bd. 34. Nr. 19.
54. *Wolff, Uterusruptur in der alten Kaiserschnittnarbe nach zervikalem Kaiserschnitt. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 11. Juli 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 740.
55. *Zangemeister, W., Zerstückelnde geburtshilfliche Operationen. Med. Klinik. Bd. 10. p. 961.
56. Zweifel, E., Eklampsie nach Totalexstirpation wegen Uterusruptur mit schwerer Anämie bei einer Viertgebärenden. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 195. (Violente Uterusruptur nach Versuchen mit hoher Zange und Wendung.)

Büschel (10) fand unter 1000 Geburten vier Fälle, in denen sich der Geburtsverlauf — ohne Bewusstseinsstörung — völlig schmerzlos gestaltete; bei Erstgebärenden kann dies auf erhöhter individueller Widerstandskraft, bei Mehrgebärenden auf schneller Folge der Geburten mit Sukkulenz und Dehnbarkeit der Weichteile beruhen.

Uterusruptur.

v. Mandach (30) wies in einem Falle von Uterusruptur, die ohne Dehnungssymptome und ohne stürmische Wehen bei normalem Becken eingetreten war, nicht allein in der Umgebung der Rissstelle, sondern auch in allen Teilen der Muskelwand weitgehende hyaline Degeneration und Zerreisslichkeit der Muskelfasern nach.

Piskaček (35) beschreibt als Ursache einer Uterusruptur eine Divertikelbildung mit Verdünnung der Uteruswand auf 6 mm.

Wolff (54) beobachtete Spontanruptur bei der Geburt in der alten Kaiserschnittnarbe nach zervikalem Kaiserschnitt, der etwas in die Korpusmuskulatur fortgesetzt worden war.

Rüder (d. 133) teilt im Anschluss an drei Rupturfälle (davon ein Fall violent durch Wendungsversuche) eine Statistik über 24 Uterusrupturen (22 während der Geburt) mit, wovon 16 sicher oder wahrscheinlich violent waren; vier waren nach vorausgegangener Metreuryse entstanden.

Ertls (16) Fall beweist, dass eine Uterusruptur vor Eintritt eigentlicher Wehentätigkeit auftreten kann.

Henkel (18) betont, dass Uterusrupturen häufig genug bei ganz spontanen Geburten in Kopflage ohne besonderen Widerstand an irgend einer Stelle eintreten können, ebenso wie auch bei vorsichtigen Operationen bei nicht zu engen Verhältnissen. Ferner wird die Häufigkeit des ganz symptomlosen Eintritts einer Ruptur hervorgehoben.

Ein eigentümlicher Fall von Uteruszerreissung wird von Jellett (20) mitgeteilt. Bei ausgetragener Schwangerschaft wurde versucht, die Wehen durch Einführung zweier Bougies anzuregen, die ohne Widerstand eingeführt werden konnten. Da die Wehen ausbleiben, wurde ein Fuss heruntergeholt und ein mazeriertes Kind entwickelt; beim Versuch der manuellen Entfernung der Plazenta wurde diese nicht gefunden, statt dessen fiel Netz vor und es wurden Darmschlingen gefühlt. Die Laparotomie ergab ausgetragene Extrauterinschwangerschaft und Zerreissung der hinteren Lippe des kleinen und leeren Uterus und des hinteren Scheidengewölbes.

Knoop (24) berichtet über eine Uterusruptur bei einer IIIpara, die durch Reissen einer alten, bei Abrasio eingetretenen Verletzung eingetreten war.

Kouwer (27) beobachtete Uterusruptur bei schwacher Wehentätigkeit ohne sonstige Symptome; ein stark entwickeltes Venengeflecht im oberen Teil der Cervix wird als prädisponierend angenommen.

Kupferberg (29) beschreibt eine weder vom Arzt noch von der Hebamme erkannte tödliche Spontanruptur des Uterus, ferner eine während der Wendung entstandene und wegen Narkose unerkannt gebliebene Ruptur und eine bei schon sichtbarem Kopf bei einer kyphotischen IIpara spontan entstandene komplette Abreissung des Uterus vom Scheidengewölbe.

Raeder (38) beschuldigt eine zu ausgiebige Metreuryse als häufige Ursache der Uterusruptur.

Druskin (13) teilt drei Fälle von Uterusruptur nach Anwendung von Pituitrin mit, jedoch ist nur in einem Falle die Ruptur sicher auf Pituitrin zurückzuführen; in einem Falle ist der Zusammenhang zweifelhaft, im dritten ist ein Zusammenhang ausgeschlossen.

Brosz (9) beobachtete Eintreten einer Uterusruptur 15 Minuten nach Pituitrininjektion. In der Diskussion teilt Singer einen Fall von schwerer Asphyxie des Kindes nach Pituitrininjektion mit.

Everke (17) beobachtete nach Pituitrinanwendung in der Eröffnungsperiode fast vollständige Abreissung des Uterus am unteren Segment.

In der Diskussion teilt Pape gleichfalls einen Fall von fast vollständiger Abreissung des Uterus mit, den er auf Pituitrinanwendung zurückführt.

Rongy und Arluck (39) heben die Gefahr der Uterusruptur bei unvorsichtigem und indikationslosem Gebrauche von Pituitrin hervor.

Andere Zerreissungen bei der Geburt.

Deutsch (12) beobachtete zirkuläres Abreissen der Portio nach Zangenentbindung bei einer 42jährigen Ipara, obwohl der Muttermund verstrichen gewesen sein soll, jedoch war unterhalb des Kopfes eine Falte getastet worden, die der Scheidenwand anzugehören schien.

Michaelis (32) beschreibt eine 8 cm lange Zerreissung der vorderen Mastdarmwand nach energischen Zangen- und Perforationsversuchen mit Vorfall eines kleinfaustgrossen Ovarialkystoms durch den Riss. Die Kranke starb am achten Tage trotz Laparotomie. Die Sektion ergab keine freie Peritonitis, sondern einen grösseren, abgekapselten Abszess um den Uterus.

Kocks (25) beobachtete einen Riss im Scheidengewölbe nach Anlegung der Zange mit Vorfall einer Hydrosalpinx durch den Riss, was auf den Operateur den Eindruck eines Darmvorfalls gemacht hatte.

Schäfer (44) beobachtete Symphysenruptur bei der künstlichen Entwicklung eines sehr grossen Kindes (60 cm, 4650 g), die wahrscheinlich nach vorheriger Perforation bei der Entwicklung der sehr breiten Schultern eingetreten war.

Strassmann (48) berichtet über einen Fall von Symphysenruptur während der Extraktion eines Riesenkindes (55 cm, 5750 g) mit der Zange; durch die geplatzte vordere Scheidenwand fiel die nicht verletzte Blase vor. Tod infolge von Blutung.

Puppe (37) berichtet über einen Fall von Extraktion des Kopfes mittelst Tuchschlinge seitens einer Hebamme, in dem an dem etwas zu frühgeborenen Kinde ausser einer Strangmarke am Hals eine Depressionsfraktur am linken Scheitelhöcker gefunden wurde. Die Anklage wurde, obwohl das Kind starb, nicht auf fahrlässige Tötung, sondern auf fahrlässige Körperverletzung gestellt, jedoch erfolgte Freisprechung.

Inversio uteri.

Schäfer (43) und Jolly (21) setzen bei Inversio uteri eine hochgradige Schlaffheit des Uterus voraus, räumen aber auch dem mechanischen Moment einen wichtigen Einfluss ein. Die zwei von Schäfer mitgeteilten Fälle entstanden bei von einer Hebamme ausgeführten Expressionsversuchen, der von Jolly durch besonders kräftige Expression von ärztlicher Seite bei Placenta adhaerens. Zwei von Franz (Diskussion) beobachtete Fälle entstanden unter seiner eigenen Hand bei Expressio placenta, ebenso zwei von Bumm erwähnte Fälle. In gleicher Weise entstand ein von R. Freund mitgeteilter Fall bei ärztlicherseits ausgeführter Expression. Die Todesursache bei Inversio ist nach Jollys Ansicht die Blutung und nicht der Inversionsschock, während Nacke auch letzterem eine Bedeutung für den tödlichen Ausgang zuschreibt.

Jones (22) erklärt die Atonie des Uterus für die hauptsächlichste prädisponierende Ursache der Uterusinversion; Zug an der Nabelschnur und Druck auf den Fundus spielen die Rolle von auslösenden Momenten. Mehr als die Hälfte aller Fälle tritt spontan ein, wofür der zweite der mitgeteilten Fälle als Beispiel angeführt wird. Im ersten Falle war seitens der Hebamme die Plazenta ohne starkes Ziehen an der Nabelschnur entfernt worden.

Beckmann (3) schreibt ebenfalls der Uterusatonie die Hauptursache der puerperalen Uterusinversion zu und bestreitet die Häufigkeit der violenten Inversion, von denen nur in den allerseltensten Fällen die Rede sein dürfe, wo rohe, allergröbste Gewalt angewandt worden war. Von den zwei mitgeteilten Fällen betrifft der eine einen nur von einer Hebamme überwachten Geburtsfall, in dem allerdings ein Eingriff in Abrede gestellt wurde, der andere die Entbindung einer Erstgebärenden im Stehen.

Alsberg (2) sucht ebenfalls die Ursache der Inversion in einer individuellen Disposition, nämlich in der primären Insuffizienz der Uterusmuskulatur.

Allmann (1) glaubt, dass Zugkräfte allein eine Inversio uteri verursachen und vervollständigen, Druckkräfte allein eine solche einleiten, aber nicht zu Ende führen können.

Telfair (50) sieht in der Atonie die primäre Ursache der Uterusinversion, in dem Druck auf den Uterus und im Zug an der Nabelschnur dagegen die sekundäre Veranlassung.

Von den kasuistischen Mitteilungen über Uterusinversionen treffen auf sicher spontane Entstehung ein Fall von Beckmann (3), ein Fall von Pentz (34) und ein Fall von de Rossignoli (40), ferner auf wahrscheinlich spontane Entstehung zwei Fälle von Allmann (1) (darunter ein Fall von Fundusplazenta), drei Fälle von Hurwitz (19), ein Fall von Kosmak (26) und ein zweiter Fall von de Rossignoli (40). Auf Ausführung des Credéschen Handgriffs wird ein Fall von Allmann (1) und ein Fall von Cragin (Diskussion zu Maroney [31] zurückgeführt, auf manuelle Lösung der Plazenta ein Fall von Croom (11) und ein Fall von Unterberger (51); im letzteren Falle war der Eingriff durch eine Hebamme ausgeführt worden. Zug an der Nabelschnur wird in einem Falle von Spire (46) in Verbindung mit starkem Pressen der Frau beschuldigt. In einem Falle endlich wurde die Inversion auf Zug an der Nabelschnur seitens einer Hebamme zurückgeführt, die wegen fahrlässiger Tötung verurteilt wurde (5).

Blutungen.

Stoll (47) kommt nach Untersuchungen an Tieren zu dem Ergebnis, dass subendokardiale Ekchymosen beim Verblutungstod sehr häufig sind und zwar anscheinend niemals bei sehr rascher, dagegen häufig bei langsamer Verblutung. Sie sind in vollständig schlaffen Herzen zu finden, sogar auch in Herzen, die bis zum Augenblick des Aufschneidens geschlagen hatten, sie sind also ganz sicher vital zustande gekommen. Sie kommen in allen Herzabschnitten vor, am häufigsten im linken Ventrikel. Eine vollständig befriedigende Erklärung ihrer Entstehung ist zurzeit nicht möglich, alle bisherigen Erklärungen sind unhaltbar. Wahrscheinlich werden die subendokardialen oder Verblutungsekchymosen und die subserösen oder Erstickungsekchymosen durch dieselben Faktoren bedingt.

Küster (28) empfiehlt zur Beurteilung der Vollständigkeit der abgegangenen Plazenta die Injektion von Milch in der Nabelvene.

Zerstückelnde Operationen am lebenden Kinde.

Monin (33) erklärt die Perforation des lebenden Kindes in der Praxis für unentbehrlich, besonders wird, wenn die Mutter jede andere Operation verweigert, die Perforation zur Pflicht des Arztes.

Zangemeister (55) erkennt an, dass zerstückelnde Operationen bei lebendem Kinde vor allem in der allgemeinen Praxis nicht entbehrt werden können, dass sie aber auch in Kliniken zuweilen notwendig sind, wenn jeder die Erhaltung des kindlichen Lebens anstrebende Eingriff eine so hohe Gefährdung der Mutter mit sich bringt, dass er unerlaubt ist, oder wenn auch eine nicht-zerstückelnde Operation das kindliche Leben doch nicht zu erhalten imstande ist.

Anhang: Unglücksfälle und Verletzungen der Genitalorgane ausserhalb der Schwangerschaft und Geburt.

1. Albrecht, H., Durch Operation geheilter Fall von schwerer Pfählungsverletzung der Blase. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 26. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 627. (Siehe Blasenverletzungen.)
2. Ärztlicher Kunstfehler, Verbrennung in der Narkose. Reichsgerichtsurteil. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beilage. p. 105. (Ein Arzt hatte nach Bauchoperation noch in der Narkose einen mit Spiritus geheizten Heissluftapparat aufgelegt, der in Abwesenheit des Arztes umfiel, die Matratze in Brand steckte und schwere Verbrennungen bei der Operierten hervorrief. Verurteilung in drei Instanzen.)
3. *Bauereisen, Fremdkörper in der Bauchhöhle. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 353.

4. Benestad, G., Hämatom der Vulva und Scheide. Norsk Mag. f. Laegevid. Nr. 2. (Drei Fälle von traumatischen Hämatomen.)
5. *Beckmann, F., A case of mercuric chlorid poisoning due to vaginal douches. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 535.
6. Bestrafung eines Naturheilkundigen wegen unrichtiger Behandlung eines Krebsleidens und fahrlässiger Tötung der Kranken infolge Verhinderung einer rechtzeitigen Operation. Reichsgerichtsurteil. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 27. II. Beilage. p. 137. (Bei Uteruskarzinom.)
7. Braude, Uterusperforation mit Abreissung des Wurmfortsatzes und Darmverletzungen. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 24. Okt. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 780. (Siehe Jahresber. Bd. 27. p. 924.)
8. *Bretschneider, Über zwei Fälle von Uterusperforation bei Abort. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 19. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 936.
9. *Bröse, Darmresektion nach Abortbehandlung mit Perforation des Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 24. April. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 631.
10. *Bucky, Röntgenverbrennung nach gynäkologischer Tiefenbestrahlung. Berl. vereinigte ärztl. Ges. Sitzg. vom 25. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2330.
11. *Budde, M., Über die Schädigung durch Thoriumpräparate vom forensischen Standpunkt. Friedreichs Blätter f. ger. Med. u. San.-Wesen. Bd. 65. p. 81.
12. *Engelmann, Ein Fall von Darmresektion wegen Darmzerreissung. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 11. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 546.
13. — Entfernung eines Okklusivpessars aus der Blase mittelst Blasenscheidenschnittes. Klin. Demonstrationsabende Dortmund. Jan. Med. Klinik. Bd. 10. p. 657. (Siehe Fremdkörper der Blase.)
14. Fischer, B., Nekrose der gesamten Scheidenschleimhaut durch Sublimatspülungen; Sublimatvergiftung. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 2. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 624.
15. *Gerich, O., Zur Kasuistik in der Bauchhöhle vergessener Gazekompressen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 474.
16. Griesau, Über Uterusperforation mit Darmverletzung. Inaug.-Diss. Leipzig 1913. (Ein selbstbeobachteter Fall.)
17. *Herz, E., Zur Verhütung der Uterusperforation während der Ausräumung von Fehlgeburten. Przegl. lek. Nr. 14/15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1317.
18. *Hohl, M., Über Verletzungen der äusseren weiblichen Genitale. Inaug.-Diss. München 1913.
19. *Jensen, R., Über Nitritintoxikation bei der Injektion der Beckschen Wismutpaste. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 22.
20. Keller, Intrauterinpessar. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 10. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1914. (Hatte drei Jahre gelegen.)
21. *Kirchberg, F., Die rechtliche Beurteilung der Röntgen- und Radiumschädigung. Hamburg, L. Gräfe u. Sillen.
22. Köhler, Im Pessar inkarzerierte Portio. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 280. (Inkarzeration mit starkem Ödem der Portio, tiefe Furchenbildung an der Vorderwand der Scheide, Kystocele und Harnretention nach Selbsteinführung eines Mayerschen Ringes.)
23. *Krüger-Francke, Unfall und Frauenleiden. Festschr. z. Einweihung d. neuen städt. Krankenhauses zu Kottbus.
24. *v. Kubinyi, P., Verfahren zur Kontrolle der Tupfer bei Laparotomie. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 840.
25. *Kuliga, Fünf Fälle von Uterusperforation. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 11. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 550.
26. Lexer, K., Pfählungsverletzungen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 654. (Fall von Damm-, Scheiden- und Mastdarmperforation durch Sturz auf eine Heugabel bei einem 16jährigen Mädchen.)
27. *Mallett, G. H., Gauze pad left in abdomen during an operation. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 14. Okt. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69 p. 140.
28. Malpractice. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 1125. (Etwa 36 cm lange Feder eines Instruments zur Uterustamponade hatte den Uterus hinten durchbohrt und war in das Rektum eingedrungen und 15 Tage lang zurückgeblieben. Verurteilung.)

29. **Maylard, A. E.**, The fate of a plug of jodoform gauze accidentally left in the abdomen. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 608. (Durchbruch einer bei Gallensteinoperation in der Bauchhöhle zurückgelassenen Gazekompresse in das Duodenum.)
30. **Nagy, Th.**, Ein Fremdkörper in der Bauchhöhle. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 684. (4 cm langes Holzstück in der Bauchhöhle; die Art des Hineingelangens blieb unaufgeklärt und es wird angenommen, dass der Fremdkörper verschluckt wurde.)
31. ***Noon**, Rupture of uterus. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. 1912. Okt.
32. **Oberndorfer**, Druckusur und Perforation des Blasenhalses durch ein Vaginalpessar. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 18. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 687. (Siehe Blasenscheidenfisteln.)
33. ***v. Radwanska**, Prolapsus uteri in virgine. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 28. Jan. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 307.
34. Responsability on surgeons independent of count of nurses for removal of sponges. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 154. (Der Operateur wird in erster Linie für das Zurückbleiben von Tupfern in der Bauchhöhle verantwortlich erklärt, und nicht das Pflegepersonal.)
35. ***Schubert, G.**, Tupferkontrolle bei gynäkologischen Laparotomien. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1153.
36. **Truesdale, P. E.**, The sponge count. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 205. (Benützung von Gazetupfern, an die numerierte dollargrosse Metallplatten angehängt werden.)
37. Vaginal casts after quack treatment. New York Med. Journ. Bd. 99. p. 1295. (Ausgedehnte Exfoliation der Vaginalschleimhaut nach pfuscherischer Anwendung eines Alaun enthaltenden Puders in die Scheide.)
38. ***Wagner, G. A.**, Schädigung bei Radiumbehandlung. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 13. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 164.

Genitalverletzungen durch Unfall.

Hohl (18) beschreibt einen Fall von stark blutender Risswunde des linken Labium majus, bis zum Carpus cavernosum clitoridis reichend, bei einer im fünften Monat Schwangeren infolge von Sturz gegen eine Eisenstange. Trotz Naht erfolgte Exitus.

Krüger-Francke (23) kommt nach einer ausführlichen Darstellung der durch Unfall bewirkten oder verschlimmerten Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu dem Schlusse, dass auch für die Beurteilung der traumatischen Frauenleiden die für die traumatischen Hernien gültigen Grundsätze zurecht bestehen und dass ausser der Erheblichkeit und Plötzlichkeit des Unfalls Aussetzen der Arbeit und sofortiges Nachsuchen ärztlicher Hilfe verlangt werden müssen. Der erste Befund muss so ausführlich als möglich niedergelegt sein, weil dieser für die spätere Beurteilung von grösster Wichtigkeit ist.

v. **Radwanska** (33) beschreibt einen Uterusprolaps bei einer 26 jährigen Virgo, angeblich entstanden durch Sprung aus grösserer Höhe unter starken Schmerzen.

Uterusperforation.

Bretschneider (8) beschreibt eine Uterusperforation nach Einlegung eines Laminariastiftes und digitaler Abortausräumung mit Zerreissung der Cervix und Bildung einer Höhle neben dem Uterus; es wird die Möglichkeit eines vorher von unberufener Seite vorgenommenen Eingriffes in Betracht gezogen. In einem zweiten Falle war mittelst Curette eine Perforation in das rechte Parametrium bewirkt worden; hier erfolgte Exitus an Staphylokokkensepsis trotz Operation.

Bröse (9) berichtet über einen Fall von Perforation des Uterus nach künstlicher Aborteinleitung wegen Epilepsie mittelst Laminariastifts und bei Ausräumung des Aborts mittelst Kornzange, mit der ein am Mesenterium abgerissenes Stück Darm vorgezogen wurde. Die Kornzange wird für die Abortausräumung als das verderblichste Instrument erklärt.

Engelmann (12) teilt zwei Fälle von Uterusperforation mittelst Abortzange mit, in deren einem ein Stück Dickdarm vorgezogen wurde, im anderen (Exitus) wurde sogar das ganze Colon descendens und ein Stück Dünndarm herausgerissen und in der Aufregung abgeschnitten.

In der Diskussion teilt **Rühle** einen Fall von Uterusperforation mit, in welchem die ganze Hinterwand des Uterus wie mit dem Messer gespalten und eine Dünndarmschlinge, Rektum, S romanum und Colon descendens in zerfetztem Zustande herausgezogen waren —

Exitus. Ebeler beobachtete nach Abortausräumung mit der Winterschen Abortzange Uterusperforation, Einreissen einer Darmschlinge und Abreissen von ihrem Mesenterium, sowie Abreissen der Appendix. Schütte beobachtete zwei Fälle von Darmverletzung und zwei Fälle mit Netzvorfall nach Uterusperforation.

Noon (31) beschreibt eine Zerreissung des Fundus uteri im dritten Schwangerschaftsmonat bei Entfernung der Abort-Plazenta mit Vorfall einer Darmschlinge. Genesung.

Kuliga (25) teilt fünf Fälle von Curettenperforation bei Abortausräumung mit, und zwar dreimal mit Darmfistel; einmal entstand eine Uterusdarmfistel, einmal war der Douglas durchbohrt, der Darm verletzt, und es entleerten sich Kotmassen in die Bauchhöhle und in die Scheide (Exitus), und einmal wurde das Colon ascendens eingerissen und mit dem ganzen Colon transversum vorgezogen — ebenfalls Exitus.

In der Diskussion wird von Knoop, v. Franqué und Rühle nicht dem Instrument selbst, sondern der Art seiner Anwendung, namentlich dem blinden Herumwirtschaften mit der Curette die Schuld an der Perforation zugeschrieben. Schnell und Frankenstein tadeln die Auffassung der Abortausräumung als einer harmlosen Operation.

Herz (17) erklärt die Curette am häufigsten für schuld an Uterusverletzungen bei Abortausräumung; die schwersten Verletzungen kommen bei Verwendung zangenartiger Instrumente vor.

Zurücklassung von Fremdkörpern bei Bauchhöhlenoperationen.

Bauereisen (3) entfernte wegen Ileus ein bei Adnexoperation drei Jahre vorher in der Bauchhöhle zurückgebliebenes Gazetuch, das mit adhärenten Darmschlingen verwachsen und von Eiter umgeben einen Beckentumor bildete.

Mallett (27) beschreibt einen Fall von Zurückbleiben eines Gazestückes im Abdomen nach Appendektomie und Ovariotomie. Bei der Entfernung der Gaze mittelst Laparotomie ergab sich, dass diese an zwei Stellen in den Darm durchgebrochen war.

Gerich (15) erwähnt einen Fall von Zurücklassung einer Gazekompresse bei Laparotomie und Exstirpation einer Ovarialzyste im zweiten Schwangerschaftsmonate. Der Fremdkörper blieb unter Abszedierung und Eiterfistelbildung acht Monate lang in der Bauchhöhle liegen und die Schwangerschaft dauerte bis an das normale Ende fort; erst nach der Entbindung wurde der Fremdkörper entfernt.

v. Kubinyi (24) bemerkt, dass das Zählen der Tupfer nicht vor Irrtümern schützt, sondern schlägt vor, die mit Fäden versehenen Tupfer auf einer 10mal durchlochten Scheibe zu befestigen, so dass die Kontrolle auf einen Blick geschehen kann.

Schubert (35) vermeidet das Zurückbleiben von Tupfern in der Bauchhöhle durch Verwendung von nur zwei grossen Gazetüchern, die durch einen Stopftuchhalter festgehalten werden.

Vergiftungen.

Beckman (5) beschreibt einen Fall von Sublimatvergiftung, bewirkt durch Scheidenspülungen, die eine seit sechs Monaten verheiratete Frau 4—5mal in der Woche in einer Konzentration von 1—2‰ zur Verhütung der Empfängnis ausgeführt hatte. Die Symptome bestanden in Ödemen, Kopfschmerzen, Blässe, Albuminurie und Zylindrurie; Stomatitis und Darmerscheinungen fehlten. Genesung.

Jensen (19) beschreibt heftige Vergiftungserscheinungen nach viermaliger Injektion der Beckschen Wismutpaste in einen nach Bauchdecken und Scheidengewölbe sich öffnenden parametritischen Fistelgang. Die Erscheinungen, die in hohem Fieber, grosser Unruhe, Erbrechen, Zyanose und starker Pulsverschlechterung bestanden, waren erst nach neun Tagen verschwunden. Sie werden auf Nitritintoxikation, hervorgerufen durch das Bacterium coli, zurückgeführt.

Schädigungen bei Strahlenbehandlung.

Kirchberg (21) behandelt in ausführlicher Weise die bei Röntgen- und Radiumschädigung in Betracht kommenden rechtlichen Gesichtspunkte, die zivilrechtliche Haftbarkeit des Arztes, den Begriff der Fahrlässigkeit, die Fragen der Entschädigung und des Vergleichs, der Haftung des ärztlichen Chefs für die Angestellten, ferner auch die strafrechtliche Haftung, ferner die Schutzmittel: Haftpflichtversicherung, Vergleich, Revers und Einwilligung der Kranken. Den Schluss bildet eine Kasuistik von Prozessfällen.

Budde (11) fordert vor allem sorgfältige Indikationsstellung für den Gebrauch von Thorium X und erklärt seine Anwendung bei chronischer Lungenerkrankung, besonders

bei zu Blutung neigenden Tuberkulosen und Bronchiektasien, bei chronischen Darmaffektionen, nachweisbaren Leber- und Nierenerkrankungen und bei Gravidität kontraindiziert. In Fällen von Thoriumvergiftung soll die Leichenöffnung wegen der Kurzlebigkeit des Thorium X so rasch wie möglich erfolgen. Der Tod kann erst nach einigen Wochen eintreten und dann ist von Thorium nichts mehr nachzuweisen. Bei der Sektion ist auf Blutungen in die Magen- und Darmschleimhaut, die Leber, die Nieren und die ableitenden Harnwege, auf parenchymatöse Degeneration von Leber, Nieren und Nebennieren, auf Blutungen im Knochenmark und Verflüssigung des letzteren, auf Lungenkongestion und -Infiltration zu achten. In zweiter Linie kommt der Nachweis der Radioaktivität, besonders an Darminhalt, dann an Knochenmark, Leber, Nieren und Nebennieren in Betracht, der durch vollständige Veraschung dieser Organe und Einbringung in den Elster-Geitelschen Universalapparat zu erbringen ist.

Bucky (10) beschreibt tiefe Hautgeschwüre in der Gegend des Gesässes und der Scham nach Tiefenbestrahlung wegen Uteruskarzinoms. Später entstand nach Einlegung von 25 mg Radium in die Scheide wegen Rezidivs eine Blasenscheidenfistel. Tod an Metastasen. Es wird vor Anwendung möglichst hoher Dosen in kurzen Zwischenräumen gewarnt.

Wagner (38) berichtet über drei Fälle von Entstehung typischer Radiumexulzerationen in der Scheide nach Anwendung grosser Radiumdosen bei Kollumkarzinom und bei Fibrosarkom der Scheide. In einem Falle entstand eine Blasenscheidenfistel, in einem zweiten ausserdem noch eine Mastdarmscheidenfistel.

---

f) Das Wochenbett in bezug auf gerichtliche Medizin.

1. *Bucher, A., Zur Frage der endogenen Infektion im Wochenbett. Inaug.-Diss. Basel.
2. Central Midwives Board. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 79, 283, 441, 1098, 1362, 1556. (Streichung von Hebammen wegen Unkenntnis des Thermometers und seines Gebrauchs, Unreinlichkeit, Vernachlässigung der Wöchnerinnen, falscher Anzeigen, Vernachlässigung eines Kindes mit Ophthalmoblennorrhoe und Nichtanrufung ärztlicher Hilfe etc., Puerperalfieber, Verweigerung der Herbeirufung des Arztes.)
3. *Döllner, Die puerperale Infektion vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforschung. Bd. 2. Heft 2.
4. *Hoehne, O., Über die Leistungsfähigkeit der äusseren Untersuchung während der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 509.

4a. Kaestner, Verurteilung von Hebammen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1812. (1. Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung durch Nichtherbeirufung ärztlicher Hilfe bei Kindbettfieber und wegen Unterlassung der Anzeigepflicht. 2. Verurteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung durch Gebärmutterzerreissung infolge von Zug an der Nabelschnur zur Entfernung der Nachgeburt.)

5. Ostermann, V., Pneumokokkeninfektion bei Wöchnerinnen durch eine Pflegerin. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe. (Quelle der Infektion war das Mundsekret der Pflegerin, die einen Nasen- und Bronchialkatarrh durchgemacht hatte und in deren Mund die gleichen Diplokokken gefunden wurden.)
6. *Prinzing, Eine notwendige Änderung in der Statistik des Kindbettfiebers. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 290.
7. *Spiegel, R., Zur Kenntnis des Tetanus puerperalis. Arch. f. Gyn. Bd. 103. p. 367.
8. Wartena, S., Neuritis ischiadica mit Peroneuslähmung nach Entbindung. Tijdschr v. Geneesk. 24. Jan.

Döllner (3) definiert Kindbettfieber als die Keimerkrankung aller jener Wunden, die unter den Geburtsvorgängen vom Damm bis in die Gebärmutterhöhle hinein entstanden sind. Als Fremdinfektion ist die Übertragung von Keimen der Aussenwelt auf die Geburtswunden zu verstehen. Die Selbstinfektion wird als möglicher Infektionsmodus anerkannt. Über die gerichtliche Beurteilung der puerperalen Wundinfektion werden keine neuen Gesichtspunkte vorgebracht.

Bucher (1) fand unter über 20000 Geburten der Baseler Klinik keinen einzigen Puerperalfieberfall, der sicher als endogen entstanden gedeutet werden könnte.

Prinzing (6) hebt hervor, dass die Zahl der Todesfälle an Puerperalfieber besonders durch Todesfälle nach Abortus erhöht werden und dass die Zahl der kriminellen Aborte wesentlich zugenommen hat. Auf den Leichenscheinen verbergen sich die Todesfälle nach Abort besonders hinter allgemeinen Bezeichnungen wie Bauchfellentzündung, Sepsis, Unterleibsentzündung etc. Es soll deshalb bei allen weiblichen Verstorbenen im gebärfähigen Alter von den Leichenschauern bemerkt werden, ob eine Geburt vorangegangen ist, und an die behandelnden Ärzte sollte die Anfrage ergehen, ob die Geburt eine rechtzeitige oder eine Fehlgeburt war.

Höhne (4) erwähnt den Fall einer tödlichen Streptokokkeninfektion im Wochenbett, dadurch, dass eine Hebamme eine Gebärende innerlich untersuchte, in deren Zimmer deren Ehemann an Gesichtserysipel krank lag.

Spiegel (7) teilt vier Tetanusfälle nach Abort mit, wobei es sich in einem Falle wahrscheinlich um kriminellen Abort handelte; in einem Falle weist der Verdacht auf Veranlassung durch ein vom Ehemanne eingeführtes Okklusivpessar hin, die mit oberflächlichen Verletzungen der Scheide verbunden war.

g) Das neugeborene Kind.

1. Adams, A. L., Prevention of blindness caused by ophthalmia neonatorum. Illinois med. Journ. Chicago. Bd. 25. Nr. 3.
2. d'Alessandro, A., El infanticidio y el torno libre. Sem. Med. Buenos Aires. Bd. 21. Nr. 1.
3. *Anlauff, A., Die Sopholprophylaxe bei Neugeborenen und ihre Leistungsfähigkeit. Inaug.-Diss. Greifswald 1913.
4. Aron, Gangrän des Skrotums. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 19. Jan. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 429. (Fortschreitende Gangrän, Perforation des Skrotum, Phlegmone am Unterarm und Handgelenk; Staphylokokkeninfektion. Sepsis, Exitus.)
5. Audebert, Unstillbare Nabelblutung bei Neugeborenen. Bull. d. l. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 1913. Mai. (Die Blutung begann am sechsten Lebenstage und führte nach fünf Tagen zum Tode; Annahme einer hämophilen Grundlage; ein tödlicher Fall von Nabelblutung bei einem frühgeborenen Kinde wird in der Diskussion von Ganjon mitgeteilt.)
6. *Baecchi, B., Über die Unterscheidung mütterlichen und fötalen Blutes auf gerichtsärztlichem Gebiete. Arch. di Antropologia crim., psichiatr. e med. leg. Nr. 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1576.
7. Balard, A propos de deux cas d'hémorragie intestinale du nouveau-né. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. Sitzg. vom 28. April. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 432.
8. Bass, M. H., Congenital malaria. New York Ac. of Med. Sitzg. vom 12. Febr. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 960 und Arch. of Pediatr. New York. Bd. 31. Nr. 4. (Malariasymptome seit der dritten Lebenswoche.)
9. Bernsten, A., Die Konjunktiva der Neugeborenen ist gewöhnlich nicht steril. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 76. Nr. 34.
10. Bierring, W. L., D. L. Glomset und J. A. Goodrich, Status thymolymphaticus, with report of 4 cases in one family. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresvers. Section in diseases of children. New York. med. Journ. Bd. 98. p. 40. (Vier Todesfälle.)
11. Birk, W., Leitfaden der Säuglingskrankheiten für Studierende und Ärzte. Bonn, A. Marcus u. E. Weber.
12. Blair, V. P., Treatment of case of birth fracture of shaft of femur. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 5.
13. *Boerschmann, Zur Frage der Luftembolie der Neugeborenen. Zeitschr. f. Med. Beamte. Bd. 27. p. 453.
14. *Bogdan, G., Ein Fall von Kindsmord während der Entbindung. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 120.
15. *Bonnaire, E., und G. Ecalle, De la disjonction diaphyso-épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus chez le nouveau-né (pseudo-luxation de l'épaule). Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1913. August.

16. Bonnet-Laborderie, Les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né. Soc. obst. de Lille. 1913. Juni. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1913. Dez. (Vielleicht als Folge einer Einwirkung der Milch auf die Magenschleimhaut zu erklären.)
17. Bordot, E., Fall von Hämaturie bei einem Neugeborenen. Arch. latino-americana de Pediatria. 1913. Mai/Juni. (Bei einem drei Tage alten Mädchen syphilitischer Eltern; es wird Lithiasis für wahrscheinlich gehalten.)
18. *Brav, A., The preventive and curative treatment of ophthalmia neonatorum. New-York. med. Journ. Bd. 99. p. 1029.
19. — Congenital phthisis bulbi. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1949. (Durch intrauterine Infektion von einer vier Wochen vor der Geburt bei der Mutter aufgetretenen pustulösen Akne aus erklärt; Geburt völlig spontan verlaufen.)
20. *Brodhead, G. L., Vagitus uterinus. New York. med. Journ. Bd. 99. p. 1028.
21. Büchler, Fall von angeborener Paralyse des Arms. Erdélyer Museumsverein, Fachsitzg. vom 9. Mai. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 291. (Wahrscheinlich durch intrauterinen Druck auf den Plexus brachialis.)
22. *Cabler, H. A., Intrauterine crying of child during labor. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 184.
23. Carmichael, E. S., Melaena neonatorum. Brit. Med. Assoc. Edinburgh Branch. Sitzg. vom 27. Febr. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 592. (Ein Fall.)
24. De Castro, A., Angeborene Fazialislähmung. Neurol. Zentralbl. 1913. Nr. 23. (Auf Agenesie des Felsenbeins beruhend, mit Entwicklungshemmung des äusseren Ohres.)
25. Champtaloup, S. T., Multiple subcutaneous tuberculosis following circumcision and treated by tuberculin. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 814. (Tuberkulöse Infektion der Zirkumzisionswunde.)
26. *Chappuis, Beitrag zur Lebensfähigkeit Neugeborener. Revue méd. d. l. Suisse Rom. Nr. 1.
27. Chauffard, Kongenitaler hämolytischer Ikterus. Annales de Méd. Bd. 1. p. 1. (Wird auf kongenitale Lues oder Tuberkulose zurückgeführt.)
28. Coats, G., Congenital partial paralysis of the oculomotor nerve. Ophthalm. Soc. of the Un. Kingdom. April 1913. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1325.
29. Cockayne, E. A., Whooping-cough in first days of life. Brit. Journ. of children diseases. Bd. 10. Nr. 120.
30. *Cole, H. N., und H. O. Ruh, Pemphigoid of the new-born (Pemphigus neonatorum). Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1159.
31. Collander, P. J., Hämophilie eines Neugeborenen. Therap. Gaz. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1215. (Fall von Melaena auf hämophiler Grundlage.)
32. *Credé-Hörder, Über Blennorrhoe; wie kann die Blennorrhoe wirksam vermieden werden? Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 230.
33. *— — Warum konnte die Blennorrhoe nicht abnehmen? Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 116.
34. *Dietrich, Über Thymustod. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 9. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 565.
35. Dufour, H., und J. Thiers, Übertragung des Kochschen Bazillus von der Mutter auf das Kind. Gyn. 1913. Juli. (Fall von kongenitalem Aszites, mit Tuberkelbazillen in der Flüssigkeit; Mutter tuberkulös.)
36. Falk, Zur Therapie des Tetanus neonatorum. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 13. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1436. (Drei Fälle.)
37. Féjer, J., Retrobulbäre Geschwulst bei einem zweiwöchigen Säugling. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 7. Febr. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 2017. (Mit Exophthalmus.)
38. Feuchtwanger, J., Spontane Nabelschnurruptur bei Kopflage und spontaner Geburt in Rückenlage im Bett. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 29. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1913. (Kind lebend.)
39. *Fink, Die Duchenne-Erbsche Lähmung der oberen Extremität bei Neugeborenen. V. Kongr. russ. Gyn. u. Geb. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1197.
40. Fischer, A., Thymektomie bei Suffokation verursachender Thymushyperplasie. Ges. d. Ärzte Budapest. Sitzg. vom 10. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 1478. (Erstickungsanfälle durch die Operation beseitigt.)
41. De Forest, H. P., Thymus death in a young infant. Alumni of the Sloane Hosp. for women. Sitzg. vom 23. Jan. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 693. (Tod eines

Kindes 40 Minuten nach der Geburt infolge Kompression der Trachea durch eine vergrösserte Thymus; in der Diskussion betont Cragin die Häufigkeit des Thymustodes.)
42. Forsell, O. H., Über Sclerema adiposum und dessen Ätiologie. Hygiea. p. 1046. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 616. (Tod am vierten Lebenstage; Sklerem wahrscheinlich Folge einer intrauterinen Infektion.)
43. Franz, R., Vagitus uterinus. Med. Klinik. Bd. 10. p. 147 und Ärzteverein Steiermark. Sitzg. vom 7. Nov. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1130. (Während des Wigand-Martin-Winckelschen Handgriffes nach Wendung aus Schieflage; Kind asphyktisch, wiederbelebt.)
44. *Fuchs, Wiederbelebung Neugeborener mittelst des Werthschen Schnupftuchmanövers. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 40. p. 1498.
45. *Gaifami, Contributo all' anatomia patologica dell' asfissia endouterina e alle cause meno frequenti di morte del neonato. Annali di Ostetr. et Gin. 1912. Nr. 10.
46. *— Intorno a una reazione chimica del sangue nello stato puerperale e nel neonato. La Gin. Bd. 9. p. 497. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 92.
47. *Gaugele, K., Über die sogenannte Entbindungslähmung des Armes. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 34. Heft 3/4.
48. Geber, H., Favus bei Neugeborenen. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 114. p. 101. (Epidemie bei Neugeborenen, ausgehend von einem Kinde einer an Favus erkrankten Mutter.)
49. Goldmann, J., Über die Todesursachen der unter der Geburt gestorbenen Kinder. Wiener klin. Rundschau. Bd. 28. p. 239. (Statistik.)
50. Goldreich, Zellgewebsverhärtung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 5. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 448. (Bringt die Sklerodermie mit dem protrahierten Geburtsverlauf in ursächlichen Zusammenhang.)
51. *Green, R. M., Intracranial haemorrhage in the newborn. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 170. p. 682.
52. Grön, K., Über Ecthyma gangraenosum. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 106. p. 217. (18 Tage altes Kind; grampositive und gramnegative Kokken, Bacillus pyocyaneus ähnliche Stäbchen und Proteus.)
53. Guggisberg, Melaena. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Sitzg. vom 11.—12. Juli. Bern. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1400.
54. *Gusseff, Anwendung der Nabelklemme Bars. V. Kongr. russ. Geb. u. Gyn. Charkow. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 588.
55. *Hannes, Leberruptur bei einem reifen Neugeborenen. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 19. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1487.
56. — Verblutung nach ritueller Zirkumzision infolge von Hämophilie. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Breslau. Sitzg. vom 19. Juni. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1628. (Ein Fall, Exitus trotz Umstechung, Kompression, Serum- und Kochsalzinjektionen.)
57. Harttung, H., Hämorrhoidalknoten beim Neugeborenen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. Heft 5/6. (Ein Fall.)
58. Hazen, H., A comparison of pemphigus foliaceus and Dermatitis exfoliativa Ritter. Journ. of Cut. Dis. Bd. 19. p. 325. (Fasst ersteren als Pyozyaneus-, letzteren als Staphylococcus albus-Infektion auf.)
59. Hirsch, A., Die physiologische Ikterusbereitschaft der Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 3. (Erklärt den Icterus neonatorum als Folge der schon vor der Geburt im Nabelschnurblut enthaltenen grösseren Bilirubinmenge.)
60. Holloway, T. B., Ophthalmia neonatorum. Pennsylvania Med. Journ. Athens. Bd. 17. Nr. 3.
61. *Holste, C., Ein wasserdichter Nabelverband für Neugeborene. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1156.
62. *v. Horoskiewicz, Mord durch Erstickung mittelst Einführung von Fremdkörpern in die oberen Luftwege. IX. Tagung d. deutsch. Ges. f. ger. Med. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. Suppl. p. 111.
63. Jonas, Seltene Ikterusform beim Neugeborenen. Med. Verein Greifswald. Sitzg. vom 22. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1799. (Hochgradiger am 2. Tag einsetzender Ikterus mit Milztumor und Hautblutungen.)
64. Jukowsky, V., Enteritis bei Neugeborenen in Verbindung mit allgemeiner Infektion vom Darm aus. R. Wratsch. Bd. 13. Nr. 12.

65. Juler, F. A., Congenital ophthalmoplegia. Ophth. Soc. of the Un. Kingdom. April 1913. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1325.
65a. *Jung, Ph., Der Übergang von Arzneimitteln von der Mutter auf den Fötus. Therap. Monatsh. Nr. 2.
66. Kaufmann, Melaena neonatorum. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 16. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 374. (In der Diskussion teilt Küster einen Fall von Melaena durch Ulcus rotundum duodeni mit und bezweifelt einen Zusammenhang der Melaena mit Hämophilie.)
67. Kaupe, W., Thymushypertrophie und Röntgenbestrahlung. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Nr. 69. (Drei Fälle von Stridor thymicus.)
68. *Kowitz, H. L., Intrakranielle Blutungen und Pachymeningitis haemorrhagica chronica interna bei Neugeborenen und Säuglingen. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 2.
69. Küster, Zyste der rechten Nebenniere eines Neugeborenen. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 19. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1486. (Walnussgrosse Zyste mit wasserklarem Inhalt.)
70. *Kulinski, St., Nabelabfall und Nabelheilung bei Fortlassung des Bades. Inaug.-Diss. Breslau 1913.
71. *Landgraf, W., Über intrakranielle Blutungen beim Neugeborenen mit besonderer Berücksichtigung der Blutungen infolge von Tentoriumzerreissungen. Inaug.-Diss. Marburg.
72. *La Rue, R. E., Heart massage as an aid to resuscitation of stillborn infants. Pediatr. März.
73. Law, F. M., Thymus obstruction. New York Ac. of Med. Sect. on Pediatr. Sitzg. vom 14. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 293. (Plötzlicher Tod sechs Stunden nach Operation der Gaumenspalte; Vergrösserung der Thymus.)
74. Leo-Wolf, C. G., Case of new-born. Arch. of Pediatr. New York. Bd. 31. Nr. 5.
75. *Lespinasse, V. D., The treatment of hemorrhagic disease of the new-born by direct transfusion of blood, with a clinical report of fourteen personal cases. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 1866.
76. *Lévy, De la pathogénie des lésions traumatiques de l'orbite chez le foetus au cours des extractions par le forceps. Annales de Gyn. N. S. Bd. 10. p. 561.
77. Lewis, F. P., The better control of ophthalmia neonatorum. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 145. (Vorschlag der obligatorischen Prophylaxe und der unentgeltlichen Verteilung von Ampullen mit dem Prophylaktikum.)
78. *Liebermann, M., Über Geburtsverletzungen der Kinder. Inaug.-Diss. Berlin.
79. *Linzenmayer, G., Der Verschluss des Ductus arteriosus Botalli nach der Geburt des Kindes. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 217.
80. *Lövegren, E., Weitere Blutbefunde bei Melaena neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79. p. 706.
81. Ludwig, Über Tuberkulose der Plazenta und kongenitale Tuberkulose. Gyn. Helvetica. Frühjahrsausgabe. (Einmal Tuberkulose des Fruchtwassers und einmal Tuberkulose des Nabelschnurblutes durch Impfversuch nachgewiesen.)
82. *Luftmann, A., Ein Fall von Erbscher Schulter-Armlähmung beim Neugeborenen. Inaug.-Diss. München 1913.
83. Luzzatti, Beitrag zur Röntgenbehandlung der Thymushypertrophie (Asthma thymicum). Riv. osped. 1913. Nr. 16. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 671. (Zwei Fälle von schwerem Asthma thymicum bei Säuglingen.)
84. *M'Neil, Ch., The association of acutely fatal illness in infants and children with abnormal constitution (status lymphaticus). Edinburgh Med. Journ. N. F. Bd. 12. p. 25.
85. *Manton, W., Asphyxia neonatorum and its sequelae. Med. Soc. of the State of New York. 108. Jahresvers. Med. Record. Bd. 85. p. 868 und Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 99.
86. *Masay, F., Die Infektionen des Fötus. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2238.
87. Mayer, V. A., Über das sogenannte Hungerfieber der Neugeborenen. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 3. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1177. (Das Fieber wird durch Resorption blutfremder Stoffe vom Darm aus erklärt.)
88. Möller, W., Kongenitale Tuberkulose. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Bd. 3. Nr. 7. (Tod zwei Tage nach der Geburt, primäre Infektion vom Magendarmkanal aus.)

89. Morimoto, Über einen Fall von Melaena neonatorum infolge Volvulus des Dünndarms. Inaug.-Diss. München 1913. (Achsendrehung der Wurzel des Mesenterium um 360°.)
90. Moschcowitz, E., Thrombose der Aorta und beider Iliakalarterien infolge von Streptokokkeninfektion der Nabelvene. Proceed. of the New York Path. Soc. Bd. 14. Nr. 1. (Ohne äussere Erscheinungen von Nabelsepsis.)
91. *Van Neck, M., Kongenitale Schulterverletzung. Journ. de Bruxelles. Nr. 11. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1029.
92. *Nippe, Demonstration von Lungenschnitten Neugeborener, betreffend die Diagnose des Lebens nach der Geburt. IX. Tagung d. Deutsch. Ges. f. ger. Med. Vierteljahrsschrift f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. Suppl. p. 64.
93. Nobel, E., Chronischer, kongenitaler, acholurischer Ikterus mit Splenomegalie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 4. u. 25. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1045 u. 1129. (Ein Fall.)
94. Oberndorfer, Status thymicolymphaticus. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. Sitzg. vom 27. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 963.
95. *Paulmann, Beitrag zur Frage der Abnabelung und der Versorgung des Nabelschnurrestes. Inaug.-Diss. Kiel 1913.
96. *Pawlicki, Spontane Zerreissung der Nabelschnur während der Geburt. Przegl. lek. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1115.
97. Pazzi, Del processo fisiologico e fisiopatologico della maternità ai reati d'infanticidio e di procurato aborto e relative conclusioni. Lucina. Bd. 18. p. 90. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 97. (Untersuchungen über die psychischen Veränderungen in der Fortpflanzungszeit; es werden besondere Gerichtshöfe für die typischen Verbrechen der Mütter verlangt, ähnlich wie die Jugendgerichtshöfe.)
98. *Peltesohn, S., Über Verletzungen des oberen Humerusendes bei Geburtslähmungen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1162.
99. *Perazzi, P., Zur Unterscheidung der mütterlichen und fötalen Blutflecken. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 991.
100. Petzoldt, R., Über Melaena neonatorum an der Hand von 34 Fällen. Inaug.-Diss. München 1913.
101. Picqué, L., Kongenitaler Schiefhals. Bull. de l'Acad. de Méd. Paris. Bd. 78. Nr. 11.
102. *Rachmanow, Methode der Nichtunterbindung der Nabelschnur. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 590.
103. v. Radwanska, Totale Zerreissung der Umbilikalgefässe bei Placenta praevia. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 11. Nov. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 308. (Ausreissung aller velamentös inserierten Gefässe bei Wendung und Extraktion; dennoch Geburt eines nicht asphyktischen, nicht anämischen Kindes.)
104. Reinach, Kasuistik aus der Pathologie des Säuglingsalters. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Heft 2. (1. Thrombophlebitis einer Nabelarterie, Thrombose der Nabelvene, Zystenniere, Hypertrophie der Blasenwand, chronisches, intrauterines Nierenleiden; 2. diffuse eitrige Streptokokkenperitonitis bei Thrombophlebitis der Nabelvene.)
105. *Reinhardt, E., Über Pemphigus neonatorum contagiosus. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 15. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 940 u. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 14.
106. v. Reuss, A., Die Krankheiten des Neugeborenen. Berlin, J. Springer. (Enthält eine ausgezeichnete Darstellung nicht nur der eigentlichen Neugeborenenerkrankungen, sondern aller während der Neugeborenenzeit vorkommenden Erkrankungen, sowie der physiologischen Verhältnisse.)
107. — Klonische Zuckungen der rechten Körperhälfte infolge eines Gehirntraumas. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 19. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 491. (Entweder durch Commotio cerebri oder durch intrakranielle Verletzung bei der stark protrahierten Geburt.)
108. — Angeborene Fazialislähmung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 19. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 491. (Spontangeburt, Ätiologie unbekannt.)
109. — Zerebrale Erscheinungen infolge Entbindungstraumas. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 7. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 870. (Hydrocephalus, wahrscheinlich infolge intrakranieller Blutung nach protrahierter Geburt.)

110. **Roberts**, J. E. H., Brachial birth palsy. R. Soc. of Med. Clin. Section. Sitzg. vom 13. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 822. (Zugleich Subluxation des Schultergelenks und Dislokation des Radiusköpfchens nach vorne.)
111. **Robertson**, P. H., Persistent asphyxia neonatorum; opening of skull with temporary improvement. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 1016. (Vergeblicher Versuch, ein 1½ Stunden hindurch notdürftig am Leben erhaltenes Kind durch Eröffnung des Schädels zum Leben zu bringen.)
112. **Roth**, P. B., Birth injury to the upper epiphysis of the left femur with scoliosis. R. Soc. of Med. Surg., Section. Sitzg. vom 3. Febr. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 369. (Keine Angaben über die Entstehung.)
113. ***Rüder**, Fall von Dermatitis exfoliativa bei einem Neugeborenen. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 357 und Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 26. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1313.
114. ***Sakaki**, C., Über die Behandlung des Scheintodes bei Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 704.
115. **Salzmann**, Einschlussblennorrhoe bei Neugeborenen. Wissensch. Vereinig. am städt. Krankenhaus Frankfurt a. M. Sitzg. vom 3. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1421. (Demonstration.)
116. **Sarchi**, Über abnorme Kürze und Länge, Umschlingungen, Knoten, Torsionen und Insertion der Nabelschnur. Inaug.-Diss. München 1913. (Statistik aus 20000 Geburten.)
117. **Sattler**, R., Scientific aspect of early infantile ocular contagion (Ophthalmia neonatorum). Ohio State Med. Journ. Columbus. Bd. 10. Nr. 6.
118. **Schmitz**, W., Untersuchungen zur Pathogenese und Klinik des Icterus neonatorum. Inaug.-Diss. Giessen 1913. (Erklärt den Icterus neonatorum für hämato-hepatogen.)
119. **Schöppler**, Plötzlicher Tod durch Thymushyperplasie. Zentralbl. f. Path. Bd. 25. Nr. 7. (Bei horizontal liegendem Kind mit herunterhängemden Kopf; die Kompression der Luftröhre durch die sehr grosse Thymus war bei der Sektion nachzuweisen.)
120. ***Schridde**, H., Der angeborene Status thymo-lymphaticus. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 61. p. 2161.
121. ***Schwartz**, H., Über seltene Todesursachen bei Neugeborenen. Inaug.-Diss. Göttingen 1913.
122. **Sheill**, Sp., Kongenitaler Ikterus. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1316. (Exitus; Mutter an Gallensteinen und Ikterus leidend.)
123. **Shuman**, J. W., Intracranial hemorrhage in the infant. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1760. (Subduraler Bluterguss über dem linken Okzipitallappen als Todesursache, bei einem sechs Wochen alten, spontan geborenen Kinde; eine Verletzung beim Geburtshergang kann mangels jeder anderen Ursache nicht völlig ausgeschlossen werden.)
124. **Sieber**, Kongenitaler Hautdefekt. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 569. (Insuläre, von der ganzen Haut entblösste Stellen an beiden Unterschenkeln und Füssen bei einem lebenden Kinde.)
125. ***Siegert**, Über Thymustod. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 30. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1314.
126. **Sorgente**, Über einen Fall von **Ritter**scher Krankheit. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 5. Nr. 6. (Ein Fall in der zweiten Lebenswoche beginnend, tödlich; ein Fall mit Heilung; nimmt ausser dem parasitären Ursprung toxische und einfach irritativ mechanische Ursachen an.)
127. **Sperk**, B., Klinische Beobachtungen über Dermatitis exfoliativa. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 1. (Einfache Epidermolyse kann bei Neugeborenen durch starkes Schwitzen und seröse Durchtränkung der Haut zustande kommen und ist von Dermatitis exfoliativa zu trennen.)
128. ***Stamm**, Zur Melaena neonatorum. Ärztl. Verein Hamburg. Biol. Abt. Sitzg. vom 19. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1200.
129. — Kephalhämatom. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 13. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1201. (Bildung einer Knochenplatte in der Blutgeschwulst.)
130. ***Stargardt**, Ätiologie der Blennorrhoea neonatorum. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 12. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1880.

131. Starr, M. A., Wryneck deformity from congenital nystagmus. Pract. Soc. of New York. Sitzg. vom 2. Jan. Med. Record. Bd. 85. p. 359. (Schiefhals sekundär, Nystagmus kongenital.)
132. Stephenson, S., Ophthalmia neonatorum. Practitioner. London. Bd. 93. Nr. 3.
133. Stevenson, M. D., Prophylaxis of ophthalmia neonatorum. Ohio State Med. Journ. Columbus. Bd. 10. Nr. 8. (Hält nur einen kleinen Prozentsatz der Ophthalmien der Neugeborenen für gonorrhoisch.)
134. Stierlin, E., Ostitis fibrosa bei angeborener Fraktur. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 130. Heft 1/2. (Angeborene Fraktur des rechten Unterschenkels.)
135. *Strassmann, F., Kindersterblichkeit in gerichtlich-medizinischer Beziehung. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 1.
136. *Sussmann, Über die Einschlussblennorrhoe der Neugeborenen. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, Sitzg. vom 24. Okt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 781.
137. *Szymanowicz, Ein Fall von Haematoma intracraniale bei einem Neugeborenen. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 11. März. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 307.
138. Tamm, F., Ein Beitrag zur Ätiologie der Dermatitis exfoliativa neonatorum Ritter und ihrer Beziehung zur Impetigo contagiosa staphylogenes. Dermat. Zeitschr. August. (Impetigo bei der Mutter, Dermatitis exfoliativa beim Säugling, ausserdem Ansteckung eines grösseren Kindes; in allen drei Fällen Staphylococcus aureus nachgewiesen.)
139. *Tassius, Ophthalmoblennorrhoea neonatorum, ihre Therapie und Prophylaxe. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 17. Febr. u. 17. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 874 u. 946.
140. *Thomas, J. J., Obstetrical paralysis with especial reference to treatment. Boston. Med. and Surg. Journ. Bd. 170. p. 513.
141. *Thomas, T. T., The relation of posterior subluxation of the shoulder-joint to obstetrical palsy of the upper extremity. Annals of Surg. Bd. 59. p. 197.
142. *Tivnen, R. J., Blindness, caused by ophthalmia neonatorum. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1756.
143. *Truesdell, E. D., Further observations on birth fractures. New York Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 28. Okt. 1913. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 87 und Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 151.
144. — Case of birth dislocation of lower femoral epiphysis. Bull. of Lying-in-Hospital of City of New York. Bd. 9. Nr. 4.
145. Van der Bijl, Intrauterine Verwonding der Vrucht. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. Nr. 1. (Ausgetragenes Kind mit 1,5 cm langen, granulierenden Flächen an zwei symmetrischen Stellen beider Vorderarme; Ursache unaufgeklärt.)
146. *Vollhardt, W., Die Bedeutung neuerer Methoden zur Unterscheidung mütterlichen und fötalen Blutes für die gerichtliche Medizin. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 48. p. 1.
147. *— Ist die Unterscheidung mütterlichen und fötalen Blutes nach neueren Methoden möglich und kann sie auch praktisch, besonders für die gerichtliche Medizin zur Anwendung kommen? Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 720.
148. Voron und Rey, Un cas d'hémorragie méningée chez un nouveau-né. Réunion obst. et gyn. de Lyon. Sitzg. vom 16. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 323.
149. *Walz, Strangfurche der Neugeborenen infolge Krampf des Gebärmutterhalses. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 254.
150. Winkler, F., Über Schädelimpressionen bei Neugeborenen und ihre Behandlung. Inaug.-Diss. Breslau 1913. (Sechs Fälle, behandelt mit dem Korkzieher, ein Todesfall.)
151. Wodak, E., Hat Schnuller etwas mit Glossitis exfoliativa zu tun? Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 28. (Glossitis exfoliativa ist für Anwendung eines Schnullers nicht beweisend.)
152. Wolff, Augenschutz der Neugeborenen. Duxer Zeitg. 1913. Nr. 46. Ref. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 20. p. 207. (Gemeinverständliche Belehrung.)
153. *Zacharias, E., Genitalblutungen neugeborener Mädchen. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1643.
154. *Zade und Burczinski, Klinische und experimentelle Mitteilungen über Sophol. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 647.
155. *Zeckwer, Zur Ätiologie der Melaena neonatorum. Inaug.-Diss. Leipzig.
156. *Ziehe, O., Die Erscheinungen und der Spättod nach Erwürgungsversuch. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 47. p. 20.

Chappuis (26) beobachtete noch 17stündiges Weiterleben eines wenig mehr als fünf Monate getragenen Kindes von 28 cm Länge und 830 g Gewicht.

Jung (65a) betont die Möglichkeit des Übergangs der Medikamente durch die Plazenta auf das Kind, wenn auch in sehr geringen Mengen, und die Möglichkeit einer Schädigung der Frucht, besonders von Chloroform, von Morphium und Chloralhydrat (bei Stroganoffscher Eklampsiebehandlung zwei Todesfälle und eine schwere Asphyxie), endlich bei Skopolamin-Morphiumnarkose; in diesen Fällen ist eine kumulative Wirkung auf das Kind zu fürchten.

Linzenmayer (79) weist in überzeugender Weise nach, dass der Verschluss des Ductus arteriosus Botalli sofort nach der Geburt durch die Drehknickung des Duktusrohrs infolge der Herzverlagerung zustande kommt.

Verletzungen des Kindes bei der Geburt.

Liebermann (78) fand unter 6100 Geburten (Charité) 79mal Geburtsverletzungen, und zwar achtmal Kephalhämatom, viermal Schädelimpression, fünfmal Lähmung und sechsmal Fraktur der Extremitäten, viermal Schädelbrüche, dreimal Halswirbelsäulenzerreissung. 11 Kinder starben an den Folgen der Verletzung und sechs an Asphyxie.

Green (51) hält die Mehrzahl der intrakraniellen Blutungen bei Neugeborenen für subdural, die Minderzahl für intraventrikulär. Die Blutung entsteht entweder durch Zerreissung des Tentorium, der Plexus chorioidei, des Sinus longitudinalis oder der Piagefässe. Die Therapie besteht bei infratentoriellen Blutungen in Lumbalpunktion, bei Konvexitätsblutungen in Kranialpunktion.

Kowitz (68) fand frische intrakranielle Blutungen und deren Reste überaus häufig sowohl bei spontan als auch mit Kunsthilfe Geborener, und zwar an der Dura, demnächst an Pia-Arachnoidea, in den Hirnventrikeln und in der Hirnsubstanz. In 3,9% der Fälle entwickelte sich daraus eine Pachymeningitis haemorrhagica, die entweder noch im Kindesalter zum Tode führt oder vielleicht in Verbindung mit einer Hirnläsion durch das Geburtstrauma die Widerstandskraft anderen Erkrankungen gegenüber herabsetzt.

Landgraf (71) beschreibt 11 typische Zerreissungen des Tentoriums mit neun Todesfällen. Die Möglichkeit der Tentoriumzerreissung ist bei jeder spontanen Geburt gegeben, um so mehr bei schweren Geburten.

Schwartz (121) beschreibt vier Fälle von Tentoriumzerreissung, darunter drei nach Spontangeburt, jedoch wurde die Zerreissung nur in zwei Fällen durch die Obduktion festgestellt.

Szymanowicz (137) führt in einem Falle ein intrakranielles Hämatom beim Kinde auf stürmische Wehentätigkeit zurück, die vielleicht durch subkutane Injektion von Vaporol hervorgerufen worden ist.

Lévy (76) führt Exophthalmus ohne Orbitafraktur nach Zangenentbindung auf schiefe Anlegung der Zange und dadurch bewirkte Verengerung der Keilbeinspalte mit Kompression der diese durchsetzenden Venen und Steigerung des Blutdrucks zurück, wobei ein retrobulbäres Hämatom entstehen kann. Orbitafraktur ohne Exophthalmus dagegen ist Folge einer symmetrischen, aber irregulären Anlegung der Zange, deren eines Blatt auf der Keilbeinfontanelle aufliegt. Diese Verletzungen kommen besonders bei hoher Zange und Beckenverengerung zustande.

Walz (149) beschreibt eine unterhalb des Ringknorpels um den Hals verlaufende, an der Hinterseite sich verlierende gelbliche Strangfurche von weicher Beschaffenheit mit reichlichen, punktförmigen Blutungen beiderseits und vielfach abgeschilferter Haut. Sie war durch Druck des sich zusammenschnürenden Muttermundes entstanden, der in der Vulva sichtbar wurde und inzidiert werden musste. Bei der Mutter (XIpara) war ausserdem im Bereich der Cervix eine inkomplette Uterusruptur spontan entstanden. Das Kind war asphyktisch, wurde aber belebt.

Hannes (55) beschreibt einen Fall von Leberruptur mit Verblutung in die Bauchhöhle bei einem Neugeborenen, dessen Mutter am Tage vor der Geburt mit der Schamfuge auf den Rand eines Eimers aufgefallen war und sich eine stark blutende Wunde an der Klitoris zugezogen hatte. Das Kind kam moribund zur Welt. Wahrscheinlich war die Verletzung bei dem Trauma entstanden und der Geburtsakt kann eine Erneuerung oder Verstärkung der Blutung bewirkt haben. Die Schultzeschen Schwingungen werden nicht als Ursache angesehen, ebensowenig die Asphyxie, weil eine Substanzzertrümmerung vorhanden war, Blutungen in anderen Körperhöhlen fehlten, ebenso Ekchymosen an der Leber, und weil die Schultzeschen Schwingungen richtig ausgeführt eine Schädigung der Organe

nicht bewirken, endlich weil die Zertrümmerung nur klein war. Der Fall wird als Beweis dafür angeführt, dass eine tödliche intrauterine Verletzung der Frucht selbst durch ein unbedeutendes, ja durch ein objektiv nicht nachweisbares Trauma der Mutter hervorgerufen sein kann und dass eine solche Verletzung nicht notwendigerweise durch Manipulationen nach oder bei der Geburt entstanden sein muss.

Gaifami (45) berichtet über sechs Fälle von Bluterguss in die Bauchhöhle infolge von Asphyxie.

Bonnaire und Ecalle (15) weisen nach, dass bei Traumen gegen das Schultergelenk bei Neugeborenen keine Luxation, sondern wegen der Nachgiebigkeit der Epiphysenlinie gegenüber der Festigkeit der Gelenkkapsel stets eine Ablösung der Epiphyse entsteht.

Thomas (141) erklärt die Armlähmung der Neugeborenen nicht durch eine Plexuszerreissung, sondern durch eine Subluxation des Oberarms nach hinten, die durch Druck des Beckens auf die vordere Fläche des Oberarmkopfes bei der Geburt eintritt; die infolge des Traumas eintretende Entzündung in Gelenk und Gelenkkapsel setzt sich nach oben auf den Plexus fort. Man findet in allen Fällen ein nach vorne weit über den Oberarmkopf nach unten herübergebogenes Akromion.

Truesdell (143) beobachtete 14 Fälle von Oberarmfrakturen, 10 nach Wendung und Extraktion, drei nach einfacher Steissextraktion und eine nach spontan verlaufener Schädelgeburt mit schwieriger Entwicklung des nach vorne gelegenen Arms bei engem Becken. Die Fraktur verlief mit einer Ausnahme transversal. Die Heilung kam meist ohne Deformität zustande; wenn eine Deformität zustande kam, war es entweder eine Winkelstellung nach aussen oder eine Deviatio ad latus. Die Lähmung des Nervus radialis trat in jedem Falle gleichzeitig mit der Fraktur ein, so dass sie nicht auf die Kallusbildung und auch nicht auf den Druck des Blutextravasates zurückzuführen ist, sondern auf einen Druck vor Eintritt der Fraktur an der Stelle, wo der Nerv um den Knochen herum verläuft. Der Sitz der Fraktur entspricht der Mitte des Schaftes oder ihrer Umgebung, gewöhnlich unterhalb und nahe der Deltoideusinsertion. Die Heilung erfolgte meistens in drei Wochen, in einem Falle blieb die Handlähmung bis zum Ende der sechsten Woche bestehen. In einem Falle trat gleichzeitig Erbsche Lähmung ein, die nach 11 Monaten erst geringe Besserung zeigte.

Ferner wurden 10 Fälle von Schlüsselbeinbruch beobachtet, acht nach Wendung und Extraktion, einer nach Zangenentbindung und einer spontan nach normaler Schädelgeburt. Der Sitz der Fraktur war entweder in der Mitte oder an der Grenze des mittleren und äusseren Drittels. In den meisten Fällen war die Dislokation nur eine ganz geringfügige.

In zwei Fällen wurden Oberschenkelfrakturen beobachtet, einmal bei Wendung und Extraktion und einmal erst nach der Geburt durch Ergreifen der Beine und gewaltsames Schwingen des asphyktischen Kindes. Bei Nichtbehandlung kommt es hier zu starker Winkelstellung.

Thomas (140) nimmt bei den leichteren Formen von Geburtslähmung des Arms Blutung in die Nervenscheide und in den leichtesten Fällen Dehnung des Nerven mit Exsudation in die Scheide an.

Van Neck (91) unterscheidet wirkliche Geburtslähmungen durch Plexuszerreissung, ferner Lähmungen durch Verstauchung des Schultergelenks und solche durch Epiphysenverletzung. 13 Beobachtungen.

Peltesohn (98) fasst unter dem Namen „falsche Geburtslähmung" die Fälle von ausgesprochener Schultergelenksrigidität, bei denen von vornherein keine Muskellähmung bestanden hat, und diejenigen, bei denen eine Muskellähmung zwar ursprünglich vorhanden war, aber sehr schnell total oder fast total verschwunden ist, zusammen und weist nach, dass diesen Fällen der grössten Mehrzahl nach eine Epiphysenlösung des Humeruskopfes und ihre Folgezustände zugrunde liegen. Die Beobachtungen gründen sich auf 11 Fälle, von denen 5 echte Lähmungen waren, aber auch unter diesen war bei dreien auch noch eine Epiphysenlösung vorhanden. Demnach sind auch bei neurologisch echten Erb-Duchenneschen Lähmungen Epiphysenlösungen nicht selten, bei den falschen Geburtslähmungen ist die Lösung der oberen Humerusepiphyse der Grund für die typische Deformität, und zwar weitaus häufiger als die von Lange angesprochene Distorsion des Schultergelenks.

Fink (39) schildert als Ursachen von Geburtslähmung des Armes auf Grund von 18 beobachteten Fällen verschiedene Verletzungen des Schultergelenks, nämlich Luxationen und Subluxationen, Oberarm- und Schlüsselbeinfrakturen etc. Die Lähmung ist hierbei durch ödematöse Infiltration der Nervenbündel bedingt. Die Ursache der Verletzung wird in dem Missverhältnisse des kindlichen Schultergürtels zum Becken gesucht.

Gaugele (47) erblickt wie Lange in der sogenannten Entbindungslähmung des Armes keine eigentliche Lähmung, sondern eine Kontrakturstellung als Folge einer distorsionsähnlichen Verletzung der Kapsel und der Weichteile des Schultergelenks mit nachfolgender Schrumpfung. Epiphysen- und Knochenverletzungen sind nur zufällige Begleiterscheinungen. In frischen Fällen ist die Prognose gut, aber auch in älteren nicht aussichtslos.

Luftmann (82) nimmt als Ursachen Erb-Duchennescher Lähmung besonders Zangenentbindungen, Extraktionen und Armlösungen in Anspruch.

Pawlicki (96) beobachtete spontane Durchreissung der Nabelschnur durch die den Rumpf nach Geburt des Kopfes ausstossende Wehe, und zwar mit ganz glatter Beschaffenheit der wie mit dem Messer geschnittenen Ränder. Eine glatte Beschaffenheit der Ränder ist also für eine Durchschneidung nicht sicher beweisend.

Asphyxie der Neugeborenen.

Manton (85) scheidet die einfach suffokatorische Asphyxie von der Asphyxie, die durch erhöhten Hirndruck bewirkt wird und unter deren Ursachen er besonders Übereinanderschieben der Knochen und missbräuchliche Anwendung der Zange beschuldigt. Bei dieser Form der bleichen Asphyxie finden sich bei der Sektion punktförmige Blutaustritte in Hirnhäute, Gehirn und Rückenmark. Sie kann nachträglich zu Gehirnkrankheiten führen, indem in 4% der so asphyktischen Kinder Idiotismus eintritt. Für solche Formen von Asphyxie werden Schultzesche Schwingungen als zu eingreifend verworfen und dem Ahlfeldschen Bad und den Methoden von Sylvester, Laborde und Bird der Vorzug gegeben.

Sakaki (114) schlägt vor, den in den Luftwegen befindlichen Schleim durch kräftiges Schütteln des Thorax in Exspirationsstellung herauszubefördern und dann das Kind an den Beinen zu suspendieren und wieder leicht auf- und abzuschütteln, so dass das Kind selbständig atmen kann. Das Verfahren wird als einfach und schonend und als sehr wirksam gerühmt.

La Rue (72) empfiehlt bei tiefer Asphyxie die Massage des Herzens im warmen Bad. Das Kind wird wie zu Schultzeschen Schwingungen vom Rücken her umfasst und die Massage mittelst des auf der vorderen Brustwand liegenden Daumens ausgeführt.

Fuchs (44) empfiehlt zur Ausführung künstlicher Atmung bei scheintoten Neugeborenen das Werthsche „Schnupftuch-Manöver": steile Hängelage des Kindes mit Erfassen der Unterschenkel, gabelförmiges Umfassen des Nackens mit der anderen Hand, Bewegung der im Knie gebeugten Beine unter starker Kompression des Bauches und Thorax gegen die linke Wange des Kindes und wischende Bewegung mit den Knien quer über Mund und Nasenlöcher weg (Exspiration), dann Verbringen des Kindes in Horizontallage unter Überstreckung der Wirbelsäule (Inspiration). In der Diskussion empfiehlt Queisner bei Asphyxie zweiten Grades Lungentraktionen und Herzmassage.

Brodhead (20) berichtet über Vagitus uterinus bei Schädellage, als die rechte Hand behufs Einführung des linken Zangenblattes nach aufwärts geführt wurde. Das sofort extrahierte Kind war nicht asphyktisch.

Cabler (22) beobachtete Vagitus bei Herabholen der Füsse bei Steisslage und fortgesetztes Schreien bis zur vollständigen Extraktion.

Infektionen bei Neugeborenen.

Masay (86) beschreibt ein Streptobacterium foetidum, welches allgemeine Sepsis bewirkt und leicht durch die Plazenta auf den Fötus übergeht, Abort und Erkrankung des Fötus bewirkt, auch ohne dass die Mutter Krankheitserscheinungen zeigt.

Cole und Ruh (30) wiesen in einer neun Fälle umfassenden Epidemie von Pemphigus neonatorum den Staphylococcus aureus im Blaseninhalt nach. Die Impetigo contagiosa (durch Streptokokken) ist scharf zu trennen vom Pemphigus, dagegen ging in einem Falle — dem Ausgangsfall — die Erkrankung in die Dermatitis exfoliativa (Ritter) über. Ein Fall endete tödlich. In der Diskussion teilt Ravogli einen Pemphigus bei einem Kinde mit, bei dessen Geburt eine mit Paronychia behaftete Hebamme assistiert hatte.

Reinhardt (105) beschreibt eine sechs Monate dauernde Pemphigusepidemie in der Dresdener Frauenklinik mit Erkrankung von 23 Kindern und 22% Todesfällen an Sepsis. Die Befunde von Staphylo- und Streptokokken im Blaseninhalt hält er für Sekundärinfektion durch hautschmarotzende Keime, dagegen fanden sich konstant azidophile, vielleicht dem Lipschützschen Anaplasma liberum entsprechende Körnchenhaufen. Manche Fälle

gingen direkt in Dermatitis exfoliativa Ritter über, so dass beide Erkrankungen für identisch gehalten werden.

In der Diskussion erwähnt Kehrer, dass in einem sicheren und in einem wahrscheinlichen Falle die Kinder schon mit Pemphigusblasen geboren wurden. Dohrn erwähnt einen Fall von Häufung von Krankheitsfällen in der Praxis einer Hebamme, die trotz gründlichster Desinfektion sich wiederholten, und führt die Blaseneruption auf das heftige und kräftige Anfassen der Kinder zurück. Richter glaubt an die Weiterverbreitung der Infektion durch das Bad.

Rüder (113) beobachtete Dermatitis exfoliativa bei einem ins Klosett geborenen und hier wahrscheinlich infizierten Kinde; in den Blasen fanden sich Streptokokken.

Ophthalmoblennorrhoe und ihre Prophylaxe.

Stargardt (130) bestätigt das Vorkommen einer abakteriellen Blepharoblennorrhoe (Einschlussblennorrhoe), die sich durch geringgradigere Entzündungserscheinungen charakterisiert und bei der das Virus in den Einschlüssen der Epithelien enthalten ist. Die Infektion stammt aus der Scheide, in der ebenfalls Einschlüsse zu finden sind. Eine Identität mit Trachom wird abgelehnt. Ausserdem kommen Mischinfektionen (zugleich durch Gonokokken) vor.

Tassius (139) fand unter 168 Ophthalmiefällen nur 58 gonorrhoische, ausserdem Infektionen mit Staphylokokken, Kolibazillen und Pneumokokken; die klinischen Unterschiede zeigen sich erst im weiteren Krankheitsverlaufe besonders an der mehr eitrigen Sekretion und der Beteiligung der Kornea bei Gonorrhoe. Spätfälle werden in Übereinstimmung mit Credé-Hörder aus der Infektion der Meibomschen Drüsen erklärt. Bezüglich der Prophylaxe wurden zwischen 1 und 2%igem Silbernitrat und Sophol keine nennenswerten Unterschiede gefunden. Es wird die obligatorische prophylaktische Credéisierung (gleich dem Impfzwange) gefordert. Sophol macht geringere Reizwirkung als Silbernitrat, aber Schädigungen wurden auch bei letzterem nicht beobachtet. Am meisten wird die Hellendallsche Methode empfohlen.

In der Diskussion erklärt Asch die vielen angeblich nichtgonorrhoischen Ophthalmiefälle daraus, dass nur ein Tropfen hervorquellenden Eiters untersucht wurde und nicht Sekret mittelst des stumpfen Löffels vom Lidrande entnommen wurde; ferner sollen in jedem Falle die mütterlichen Urogenitalschleimhäute untersucht werden, wenn eine gonorrhoische Ophthalmie ausgeschlossen werden soll. Die 2%ige Silbernitratlösung reizt nicht, wenn nur ein Tropfen eingeträufelt wird, und wirkt prophylaktisch sicherer als 1%ige. L. Fränkel macht bezüglich der Spätfälle auf die Differentialdiagnose von Dakryocystoblennorrhoe aufmerksam. Hannes sah nach Sopholprophylaxe 0,29% Erkrankungen an Conjunktivitis gonorrhoica; unter 16 Fällen waren 7 Spätfälle. Wegen der Reizlosigkeit des Sophols wird dieses als offiziell einzuführendes Prophylaktikum empfohlen. Baumm will die gonokokkennegativen Fälle nicht als „gonokokkenfrei" bezeichnet wissen, sondern nur als solche, bei denen Gonokokken nicht gefunden wurden. Kontrolluntersuchungen bei den Müttern haben wegen der Schwierigkeiten des Nachweises alter Gonorrhoen wenig Wert.

Credé-Hörder (33) fand bei einer Umfrage, dass die Ophthalmologen in einem viel grösseren Prozentsatz für die obligatorische Einführung der Credéschen Prophylaxe sich aussprechen als die Geburtshelfer und führt dies darauf zurück, dass letztere von den Resultaten, die in Kliniken erzielt werden, befriedigt sind und die Verbreitung der Ophthalmoblennorrhoe und die durch sie in der Allgemeinheit bewirkten Schädigungen aus eigener Anschauung nicht kennen.

Credé-Hörder (32) betont zur Beseitigung der Blennorrhoe die Wichtigkeit der obligatorischen Ausführung der Prophylaxe, und zwar am besten mittelst der Hellendallschen Methode. Neben dem Silbernitrat kommt am meisten das Azetat und das Sophol in Frage. Von grösster Wichtigkeit ist die Belehrung des Publikums, wozu ein sehr praktisches Merkblatt empfohlen wird, und die sorgfältige Belehrung der Studierenden und der Hebammen, endlich die obligatorische Anzeigepflicht unter strenger Strafandrohung für die Hebammen (Zwangswiederholungskurse, Entziehung der Approbation.)

Brav (18) schlägt die obligate Credésche Einträufelung auch für die Hebammenpraxis vor.

Tivnen (142) erklärt Augeneiterungen, die bis zum Ende des dritten Lebenstages auftreten, für gonorrhoischen Ursprungs; später auftretende Eiterungen können auf anderweitiger Infektion (Pneumokokken, Koch-Weeks, Klebs-Löffler) beruhen. Es wird energische Durchführung der obligatorischen Credéschen Prophylaxe verlangt.

Zade und **Barczinski** (154) stellen bezüglich der Wirksamkeit auf die Ophthalmoblennorrhoe das Sophol neben das als souveränes Mittel zu betrachtende Silbernitrat und weisen zugleich die von anderer Seite bestrittene Haltbarkeit des Mittels nach.

Auch **Anlauff** (3) empfiehlt zur obligatorischen Prophylaxe das Sophol.

Sussmann (136) erklärt fast die Hälfte aller Augeneiterungen der Neugeborenen als Einschlussblennorrhoen und weist auf die Impfversuche auf die Konjunktiva und Vagina von Affen und Menschen hin, die für eine Identität von Einschlussblennorrhoe und Trachom zu sprechen scheinen. Die Inkubation ist länger als bei Gonoblennorrhoe und beträgt 5—9 Tage, so dass der Schluss berechtigt erscheint, dass die Mehrzahl der Spätinfektionen, obwohl solche durch Gonokokken nicht auszuschliessen sind, Einschlussblennorrhoen sind. Die Symptome sind milder als bei Gonoblennorrhoe, das Sekret mehr serös oder schleimig eitrig und die Hornhaut wird nicht befallen. In der Genitalschleimhaut sowohl der Väter als der Mütter solcher Kinder wurden ebenfalls Einschlüsse gefunden.

Nabelpflege und Nabelinfektion.

Gusseff (54) empfiehlt den Ersatz der Unterbindung durch die **Bar**sche Nabelklemme und das Weglassen des Bades.

Kulinski (70) berichtet über die Resultate der Nabelbehandlung an der Breslauer Klinik. Unter über 4500 Kindern fand sich 112mal Nabelerkrankung, 31mal ohne Temperatursteigerung und vier Todesfälle. Die Nabelschnur wurde gekürzt (auf 2 cm) mit sterilem Leinenbändchen unterbunden, der Schnurrest mit sterilem Mull bedeckt und mit Nabelbinde verbunden. Alles Baden, auch das erste Reinigungsbad wird fortgelassen. Der Abfall des Schnurrestes erfolgte nach 6,3 Tagen.

Paulmann (95) berichtet über die Abnabelung an der Kieler Klinik: äusserste Kurznabelung auf wenige Millimeter, Trockenbehandlung, Fortlassen der Bäder. Unter über 1400 Fällen kam es niemals zu Nachblutung, 12mal zu Nabelinfektion, darunter zwei Todesfälle.

Holste (61) empfiehlt zwecks Beibehaltung des täglichen Bades die Bedeckung des mit Catgut unterbundenen, kurzgelassenen Nabelstrangs mit einem wasserdichten und doch luftdurchlässigen Stoff, der mittelst Leukoplaststreifen festgeklebt wird. Die vorherige Reinigung des Nabels und seiner Umgebung geschieht mit absolutem Alkohol, der Schnurrest selbst wird mit trockener Watte bedeckt. Die Abnahme erfolgt am sechsten Tage. Die Abstossung des Nabelschnurrestes erfolgt wesentlich schneller als bei den gebräuchlichen Methoden.

Rachmanow (102) bezeichnet die Nichtunterbindung der Nabelschnur als die einzige naturgemässe Behandlung der Nabelschnurversorgung. Unter 10000 Kindern wurde bei 82,83% die Unterbindung unterlassen, ohne dass jemals eine Blutung aus der nach Aufhören der Pulsation (etwa 12—18 Minuten p. p.) durchtrennten Schnur vorgekommen wäre. Der Schnurrest trocknet schon nach 20—30 Stunden vollständig ein und der Abfall erfolgt nach 5—6 Tagen. Die Unterbindung der Schnur sollte nur in pathologischen Fällen unter bestimmten Indikationen (Blutung aus der Schnur, Asphyxie) vorgenommen werden.

Blutungen bei Neugeborenen.

Stamm (128) beschreibt fünf Fälle von Melaena und nimmt die heterogensten Ursachen dafür in Anspruch. Bei einem mit Zange entwickelten Kinde fand sich bei der Sektion neben allgemeiner Anämie und Pleuraekchymosen ein Schleimhautdefekt unterhalb des Pylorus, der auf Embolie, Hyperämie infolge von Asphyxie, zentraler Vasomotorenreizung etc. beruhen kann. In der Diskussion bestätigen **Simmonds** und **Fahr**, dass sehr verschiedene Ursachen für Melaena in Frage kommen; **Fränkel** betont als Ursachen meistens hämorrhagische Erosionen des Magens aus unbekannter Ursache, vielleicht infolge grosser Erregbarkeit des Zentralnervensystems. **Allard** hebt den zuweilen regionären Charakter der Melaena hervor.

Lövegren (80) führt die Melaena in erster Reihe auf eine Störung im Koagulationsmechanismus des Blutes im Sinne einer Verlängerung der Gerinnungszeit zurück, ferner auf Störung der morphologischen Verhältnisse der Erythrozyten (Auftreten von Stechapfelformen, Rollenbildung und Grössenunterschiede) zurück.

Zeckwer (155) fand unter sechs Melaenafällen dreimal kongenitale Lues und einmal septische hämorrhagische Diathese als Ursache, in zwei Fällen blieb die Ursache unaufgeklärt.

Lespinasse (75) führt als wichtigste Ursachen der hämorrhagischen Diathese der Neugeborenen an: Syphilis, Infektion, Hypoplasie der die Gerinnung bewirkenden Blutbestandteile und Asphyxie. Die Sektion lässt meistens keine gröberen Veränderungen nachweisen.

Zacharias (153) fand unter 400 neugeborenen Mädchen 10mal Blutabgang aus der Scheide und unter 12 Sektionen einmal Blutung aus dem Uterus. Im Gegensatz zu Halban sucht Zacharias die Ursache dieser Blutabgänge, die immer nur spärlich sind, in den Druckwirkungen auf den kindlichen Körper bei der Geburt, da er sie stets bei durchschnittlich grösseren Kindern beobachtete. Mit menstruellen Vorgängen haben die Blutabgänge nichts zu tun.

Plötzliche Todesfälle bei Kindern.

Dietrich (34) erkennt die komprimierende Wirkung der Thymus auf die Trachea bei Kindern und die Möglichkeit plötzlicher Todesfälle aus dieser Ursache an. Es kommt aber weniger auf die Grösse der Thymus, sondern auf die kompakte, dicke und knollige Beschaffenheit der Drüse an. Bei der Sektion ist der Turgor verschwunden, so dass eine eigentliche Kompression nicht mehr zu erkennen ist, aber intra vitam wird besonders beim Schreien, Pressen und Husten und durch ungünstige Gefässversorgung und dadurch bewirkte akute Schwellungen die Kompressionswirkung und Stauung gesteigert. In der Diskussion führt Cahen einen Fall von bei Tracheotomie direkt beobachteter tödlicher Erstickung infolge Kompression durch die stark vergrösserte Thymus an.

M'Neil (84) erklärt es für eine erwiesene Tatsache, dass durch Thymushypertrophie plötzliche Todesfälle bei Kindern hervorgerufen werden können.

Schridde (120) betont die Existenz eines angeborenen und vererbbaren Status thymico-lymphaticus; er fand bei Totgeborenen die Thymusgewichte sehr schwankend, aber zuweilen die Drüse sehr vergrössert, bis zu 26 g gegenüber der Durchschnittsgewichte von 13—15 g.

Siegert (125) hebt hervor, dass von Thymustumor nur dann gesprochen werden kann, wenn das Gewicht die normale Durchschnittsgrösse (12 g beim Neugeborenen, 23 bis 26 g beim 10jährigen Kinde) um 50—100% übersteigt. Für die Kompression wird besonders die Dickenzunahme von Bedeutung, und wenn dicke Zapfen durch die obere Thoraxapertur nach oben ragen. Für die Kompression kommt besonders die A. anonyma, die Aorta, die Halsvenen und die Trachea in Betracht. Der Tod kann ohne Vorläufersymptome plötzlich eintreten, besonders bei Zurückbeugen des Kopfes, Sondenfütterung, Intubation und Narkose.

Strassmann (135) bespricht die plötzlichen Todesfälle bei Kindern und nimmt sowohl die Möglichkeit eines plötzlichen Todes durch Hyperplasie der Thymus auf mechanischem Wege, als auch in der Form des Status thymicus durch toxische Einflüsse auf dem Wege einer inneren Hypersekretion an. Diese Todesfälle sind äusserst selten, in gleicher Weise selten sind die Todesfälle durch absichtliche Vernachlässigung und ungenügende Ernährung („Engelmacherei"), deren Nachweis aber durch den Sektionsbefund einer Atrophie allein nicht geführt werden kann. Als fahrlässige Schädigungen können nur ganz grobe Verstösse und Verabreichung offenbar unverdaulicher schwerer Kost vor Gericht bezeichnet werden.

Gerichtsärztliche Untersuchungen zum Nachweis der Kindestötung.

Nippe (92) teilt im Nachtrag zu seinen früheren Mitteilungen über die histologische Untersuchung von Lungen Neugeborener mit, dass bei höheren Fäulnisgraden wegen der leichten Zerstörbarkeit der Bronchialepithelien die Probe versagt. Ferner wird festgestellt, dass bei mazeriert geborenen Kindern die Trachea nicht offen steht, sondern dass die aneinander liegenden Wände eine nach hinten konkave Sichel bilden. Schliesslich wird ein Fall von einer angebrannten Kindesleiche angeführt, in welchem die stark geschrumpfte gummiartige Lunge so weit aufgeweicht werden konnte, dass durch mikroskopische Untersuchung an der völlig gleichmässigen Entfaltung aller feinen Luftröhrenäste festgestellt werden konnte, dass das Kind nach der Geburt geatmet hatte.

In der Diskussion spricht Horoskiewicz die Erwartung aus, dass die mikroskopische Lungenprobe eine wichtige Bereicherung der gerichtlich-medizinischen Technik bilden werde.

v. Horoskiewicz (62) bespricht sechs Fälle von gewaltsamer Erstickung von Kindern durch Fremdkörpereinführung in die oberen Luftwege. In vier Fällen liessen sich Durch-

reissung eines Gaumenbogens, Risswunden in der hinteren Rachenwand, ausgedehnte Blutunterlaufungen der Mundhöhlenschleimhaut und Schleimhautrisse an den Wangen feststellen, in einem Falle ausserdem Würgespuren und in einem eine Strangrinne und Fraktur einiger Rippen. In einem ausführlicher mitgeteilten Falle war die Erstickung durch einen in den Schlund eingekeilten Hufeisenstollen erfolgt, der von fremder Hand eingeführt worden war, aber ohne dass irgend welche Verletzungen in Mund und Rachen vorhanden gewesen wären. Der letzte Fall betrifft eine Erstickung durch gewaltsame Einführung eines Korkstopfens, wobei Risse und Blutunterlaufungen an den Gaumenbögen entstanden waren.

Boerschmann (13) verteidigt neuerdings gegen Angriffe Richters die Deutung des von ihm veröffentlichten Falles von Luftembolie durch die Nabelschnur (siehe Jahresbericht Bd. 25, p. 885) und bekämpft Richters Anschauung über die durch mangelhafte Sektionstechnik hervorgerufene postmortale Luftembolie im Herzen, die er durch Experimente vergeblich zu erzielen versuchte.

Bogdan (14) beschreibt einen Fall von versuchter Kindestötung durch die Mutter bei eben geborenem Kopf, indem sie mit beiden Händen um den Hals griff, um das Kind zu erwürgen. Da ihre Kräfte sie verliessen, führte die Mutter der Gebärenden mit einem Hackbeil einen Schlag gegen den Kopf des Kindes und durchtrennte schliesslich die Nabelschnur ebenfalls mit dem Hackbeil. Am kindlichen Halse fanden sich vielfache Finger- und Nägeleindrücke, Kratzspuren und Verletzungen der Epidermis, ferner Blutaustritte im Zellgewebe und den Muskeln des Halses, Blutgerinnsel und blutiger Schleim in Mund, Kehlkopf, Trachea und Bronchien, die Lungenränder lufthaltig, die Lungen schwimmend, zahllose Ekchymosen auf der Oberfläche, desgleichen unter dem Perikard, ein Bruch des rechten Scheitelbeins mit blutbedeckten Rändern und ein Bluterguss unter dessen Periost. Als entscheidende Todesursache wird im Gutachten der Schädelbruch bezeichnet. Der Fall wird als Beweis angeführt, dass eine Gebärende bei in der Vulva stehendem Kopf mit den Fingern zu ihm gelangen und Erwürgungsversuche ausführen kann. (Da der Kopf die Vulva bereits verlassen hatte, kann man von „in der Vulva stehendem“ Kopf geburtshilflich nicht mehr sprechen, Ref.)

Ziehe (156) beschreibt einen Fall von Erwürgungsversuch an einem nicht völlig ausgetragenen neugeborenen Kindes durch den unehelichen Vater, der nach der Geburt, als er sich unbeobachtet glaubte, die Versuche ausführte. Die Sektion ergab ausser Luftfüllung der gesamten Lunge deutliche Würgespuren mit Fingereindrücken an beiden Halsseiten, Blutungen in den hinteren Teilen der Zunge und an den Stimmbändern und den vom Kehldeckel zum Kehlkopf ziehenden Falten. Das Kind starb erst nach 40 Stunden, da beim Würgeakt der Druck zwar stark, aber nur kurzdauernd war und kurzdauernde Abschneidung der Sauerstoffzufuhr nicht sofort tödlich zu wirken braucht. Die Verurteilung erfolgte wegen schwerer Körperverletzung. Die angeknüpften Erörterungen Ziehes beziehen sich grösstenteils auf Erwürgung bei Erwachsenen; hervorgehoben wird, dass der Tod nicht sofort einzutreten braucht, dass Ergüsse in die Gefässwand und Rupturen derselben bei Neugeborenen auf die Zartheit der Wandungen der Vasa vasorum zurückzuführen sind und dass ein selbst mit starkem Druck auf lebenswichtige Halsnerven einhergehender Würgeversuch an einem neugeborenen Kinde gleich nach der Geburt infolge geringer Erregungsfähigkeit des Nervensystems bedeutend später zur Bewusstlosigkeit führt als beim Erwachsenen.

Vollhardt (146, 147) veröffentlicht Untersuchungen über die Frage, ob sich die Methode von Herrmann und Neumann zur Unterscheidung von mütterlichem und kindlichem Blut für die gerichtliche Medizin verwenden lässt. Die Methode, welche sich auf die in der Schwangerschaft erheblich gesteigerte Lipoidämie gründet, während diese bei Neugeborenen sehr gering ist, besteht in 24stündiger Extraktion des defibrinierten Blutes mit der 10fachen Menge 96%igen Alkohols; nach Filtration des von der Mutter herstammenden Extraktes entsteht durch Zusatz von Wasser, verdünntem Alkohol, konzentrierter Salz- oder Schwefelsäure eine milchige Trübung, dagegen bleibt es bei Zusatz von Platinchlorid klar; das Extrakt des kindlichen Blutes verhält sich gerade umgekehrt. Bei angetrocknetem Blut werden 20—30 qcm grosse Flecken aus der Leinwand ausgeschnitten und mit 5 ccm 96%igen Alkohols 24 Stunden lang extrahiert. Die Proben mit Wasser und Salzsäure erwiesen sich auch hier als zuverlässig, dagegen versagte die Probe mit Platinchlorid, und zwar versagte beim mütterlichen Blut vor dem 50. Tage die Probe niemals, so dass der Schluss gezogen wird, dass von einem Extrakt, das nicht älter als etwa 50 Tage ist und bei dem die Reaktion fehlt, mit grosser Sicherheit gesagt werden kann, es stamme von kindlichem Blut. Positiv ausfallende Proben sagen nichts Bestimmtes, dagegen ist mit grosser Gewissheit anzunehmen, dass es sich um kindliches Blut handelt, wenn die Probe negativ ausfällt oder wenn eine nur ganz schwach opaleszierende, eben wahrnehmbare Veränderung eintritt.

Ausserdem prüfte Vollhardt die Abderhaldensche Methode in der Modifikation von Corin und Welsch (siehe Jahresbericht Bd. 27, p. 903) nach der gleichen Richtung, kommt jedoch zu dem Ergebnisse, dass diese Probe weder mit älteren, nicht sterilen und hämolytischen Seris, noch mit Extraktion aus Blutflecken nur einigermassen sichere Resultate gibt, also zur Verwendung für die gerichtliche Medizin bisher unbrauchbar ist.

Baecchi (6) wies nach, dass das Verfahren der Isoagglutination in der grossen Mehrzahl der Fälle die Unterscheidung mütterlichen von fötalen Blutes ermöglicht, indem ersteres die menschlichen Erythrozyten meistens, letzteres niemals agglutiniert. Durch das Verfahren der Heteroagglutionatin kann man stets mit Sicherheit mütterliches vom fötalen Blut unterscheiden, indem ersteres tierische Erythrozyten (von Hund, Kaninchen, Meerschweinchen) immer agglutiniert, letzteres niemals.

Gaifami (46) fand bei Nachprüfung der Untersuchungen von Neumann und Herrmann, dass bei Azetonextraktion der Blutflecken die Reaktionen auf mütterliches oder fötales Blut noch klarer ausfallen als bei Alkoholextraktion.

Perazzi (99) fand, dass mittelst der Neumannschen Reaktion (Wasserzusatz zu dem filtrierten Alkoholextrakt) noch nach 40 Tagen mütterliches und kindliches Blut genau zu unterscheiden sind. Es soll vor Ausführung der Probe das Reingewicht des auf Leinwand eingetrockneten Blutes festgestellt werden, das mit dem 50fachen Volumen Alkohol extrahiert werden soll.

Anhang: Missbildungen.

1. Abels, Ein Fall von Fontanellenknochen. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Wiener med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2513. (Auf die grosse Fontanelle entfallen 8% aller Fontanellenknochen.)
2. Aimes und Delord, Tératomes de la région sacro-coccygienne. Soc. des Sc. méd. de Montpellier. Revue de Chir. Bd. 49. p. 705.
3. Albeck, Misfoster med Sirenedannelse. (Missgeburt mit Sirenebildung.) Dem. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 4. Febr. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1886. (O. Horn.)
4. — Dem. af et Misfoster med Sammenvoksning mellem Placenta og Underextremiteterne. (Dem. einer Missbildung mit Zusammenwachsen von Plazenta mit den Unterextremitäten.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. 12. Nov. 1913. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1875. (O. Horn.)
5. Altschul, W., Myelodysplasie. X. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1352.
6. Ambrosini, A proposito di trasmissione della sifilide nella gravidanza gemellare. L'arte ostetr. XXVIII. Nr. 8. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 463.
7. Amenta, F., Ursachen des Hydrocephalus congenitus. Pediatria. Neapel. Bd. 22. Nr. 8.
8. Anton, G., und H. Zingerle, Genaue Beschreibung eines Falles von beiderseitigem Kleinhirnmangel. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 54. Heft 1.
9. Applegate, J. C., Four unusual obstetric complications. New York Med. Journ. Bd. 100. Nr. 5. (Hasenscharte, Wolfsrachen, Schulter- und Ellbogenankylose, Aszites.)
10. Aschheim, Missbildung infolge amniotischer Stränge. Ges. d. Charitéärzte. Sitzg. vom 12. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 655. (Enzephalocele, Missbildung des Auges und der Ohrmuschel, Abschnürung von Zehen, Klumpfuss, Hautanhang am Oberarm etc.)
11. — Missbildung infolge amniotischer Stränge. Ges. d. Charitéärzte Berlin. 12. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. Nr. 27. p. 1402. (Demonstration einer derartigen Missbildung.)
12. Ashhurst, Congenital deformity of the auricle and external auditory meatus, with lop ear. Philadelph. Ac. of Surg. Sitzg. vom 3. Nov. 1913. Annals of Surg. Bd. 89. p. 285.
13. — Imperforate rectum. Ebenda. p. 286.
14. Austregesilo, A., und F. Esposel, A proposito de une caso achondroplasia. Brazil. Medico. Rio de Janeiro. Bd 28. Nr. 13.

15. Babonneix, Über den Einfluss der Syphilis auf die Erzeugung fötaler Missbildungen. Gaz. des hôp. Jahrg. 86. Nr. 141. p. 2237/38. 1913. (In den drei Generationen weisen von vier Kindern zwei deutlich syphilitische Veränderungen auf, das eine ausserdem einen angeborenen Herzfehler und das andere eine Missbildung des Magens.)
16. Bankart, B., Case of makrodactylie. R. Soc. of Med. Subsection of Orthopaed. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 655.
17. Barbézieux, G., Kongenitale Missbildung durch Lepra. Revue de Méd. 1913. Sept. (Handverkrümmung und Spaltfuss beiderseits bei zwei Kindern lepröser Eltern.)
18. Barrington-Ward, Congenital enlargement of the colon and rectum. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 3.
19. Bauer, Hypoplasie des Femur. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 26. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1586.
20. Beifeld, A. H., Case of hydrocephalus. Michigan State Med. Soc. Journ. Grand Rapids. Bd. 13. Nr. 9.
21. Bensaude, R., und E. Sorrel, Megakolon, sechs Fälle. Arch. de l'App. dégestif. Paris. Bd. 8. Nr. 1.
22. Benthin, Zystenniere bei einem Neugeborenen. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 309. (Zugleich Anencephalie.)
23. Bernstein, P., Untersuchungen über das Vorkommen von Bruchanlagen bei Föten und jungen Kindern. Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 3.
24. Bertolotti, M., Nanismo familiar por afasia condral sistematizada; mesomelia y braquimelia metapodial simetrica. Sem. Med. Buenos Aires. Bd. 21. Nr. 2.
25. Bettmann, Beitrag zur Lehre von den kongenitalen Dyskeratosen. Arch. f. Dermat. Bd. 110. p. 15.
26. Beyer, Bericht über einen Anocellus und einen Anencephalus mit Adhäsionen an der Plazenta. Diss. Halle 1913.
27. Bibergeil, Die Beziehungen der Spina bifida occulta zum Klauenhohlfuss. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 33. Heft 1/2.
28. Bien, Sternaldefekt. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 25. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1129.
29. — Demonstration eines 21 Monate alten Kindes mit einem Sternaldefekt. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. zu Wien. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. p. 1489. (Sternum fehlt bis auf den Schwertfortsatz vollständig.)
30. Biesenberger, Abnorm stehender Daumen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 3.
31. Binet und Mutel, Une observation de meningo-encéphalocèle frontale. Réun. obst. et gyn. de Nancy. Sitzg. vom 22. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 433.
32. Blencke, Hochgradige Klumpfüsse. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 389.
33. Blinnikoff, Über einige Kopfmissbildungen. (Russisch.) Festschr. f. Prof. Pobedinsky. p. 167—190. (Beschreibung zweier Missbildungen. 1. Kranioracbischisis, 2. Hemicephalus. Ausführliche Statistik von Missbildungen, besonders des Kopfes.)
34. Böhm, K., Über kongenitale vordere und hintere Synechien der Iris und Hydrophthalmus. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Juni.
35. Börger, Arachnodaktylie. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. Sitzg. vom 27. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 963.
36. — Zwei Fälle von Arachnodaktylie. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. Sitzg. vom 5. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1980.
37. v. Bókay, Z., Fall von persistierendem Truncus arteriosus communis. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. p. 327. (Ausserdem Septumdefekt, offenes Foramen ovale und Ductus Botalli.)
38. Bonnaire und Durante, Un nouveau cas de dysplasie périostale. Soc. anat. de Paris. Februarsitzg. Annales de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 11. p. 290. (Chondrodystrophischer Mikromelos.)
39. Bonney, Hernia into the umbilical cord. Proc. Roy. Soc. of Med. Sect. of obst. a. gyn. Vol. VII. p. 228. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn., Bd. 5. S. 380. (Kricketballgrosser Bruch mit Eingeweide gefüllt. Operation. Exitus.)
40. Bookman, M. R., Congenital malformations of rectum and anus. New York State Journ. of Med. Bd. 100. Nr. 9.
41. Bovin, Kongenitale Atresia oesophagi. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 236. (Ref.) (Einmündung in die Trachea.)

42. Bradford, E. H., Beiträge zur kongenitalen Hüftgelenksluxation. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 34. Heft 3/4.
43. Brandeis, Kyste congénital du rectum. Soc. de Méd. et de Chir. Sitzg. vom 30. Jan. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 98.
44. Brandenberg, Drei seltene Missbildungen. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 33. Heft 3/4. (1. Doppelseitige Hand- und Fussmissbildung, 2. vollständiger Mangel des Oberarmbeins, 3. doppelseitige Klumphand, rechts mit Radiusdefekt.)
45. Brandes, Kongenitale, multiple Deformitäten. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 16. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1691. (Kontraktionsstellung der Arme und Beine, beiderseitiger Klumpfuss, Hämolymphangiom auf der Stirn.)
46. Brau-Tapie, J., Varices congénitales du membre inférieur. Arch. gén. de chir. Bd. 8. Nr. 1.
47. Brenner, Hasenscharte und Gaumenspalte. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 4. Dez. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 732.
48. Broadbent, W., Congenital pulmonary stenosis. Brit. Med. Assoc. Sussex Branch. Brighton division. Sitzg. vom 28. Jan. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 425.
49. Broca, A., H. Salin und R. Monod, Fall von kongenitaler seitlicher Halsfistel. Arch. de méd. expérim. Nr. 1. p. 12.
50. Brower, Über partielle Anencephalie, mit Diastematomyelie ohne Spina bifida. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 20. Heft 5/6. p. 173—218. 1913. (Makroskopische und mikroskopische Untersuchung eines weiblichen Hemicephalus. Das ganze zentrale Nervensystem wies Zeichen einer Entzündung und Entwicklungshemmung auf. Das Gewebe trug zum Teil embryonalen Charakter. Verf. sieht die Entzündung als das primär pathologische Moment an. Die Lebensäusserung solcher Missbildungen legt er als Reflexbewegungen aus.)
51. Buday, Koloman, Über eine hochgradige Entwicklungsstörung der Nieren bei einem Neugeborenen in Verbindung mit anderen Entwicklungsfehlern (Laryngealstenose, Verkrümmung des Unterschenkels). Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 213. Heft 2/3. p. 253—262. 1913. (Oben beschriebene hochgradige Entwicklungsstörung der Nieren ist seltener als das völlige Fehlen der Nieren. Ausserdem starke Hyperplasie der Larynxwände.)
52. Bührer, C. E., Über einen Fall von amniotischer Amputation. Inaug.-Diss. Berlin.
53. Buxton, L. H., Congenital defects of eyes that manifest themselves in children. Oklahama State Med. Assoc. Journ. Muskogee. Bd. 7. Nr. 6.
54. Cabanes et Laffont, Monstre tératencéphale de 7 mois environ. Réun. obst. et gyn. d'Alger. Sitzg. vom 21. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 742.
55. — — Présentation d'un foetus monstre tératencephale de 7 mois environ. Soc. d'obstr. et de gyn. de Paris. III. p. 104. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn., Bd. 5. p. 283.
56. Caldwell, C. E., Congenital tumors of neck. Southern Surg. Assoc. 26. Jahresvers. Atlanta. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 485. (Nackenzysten lymphatischen Ursprungs.)
57. Carmody, T. E., Cleft palate. Colorado Medicine. Denver. Bd. 11. Nr. 3.
58. Cary, E., Tod eines ausgetragenen Kindes durch Umschnürung der Nabelschnur durch amniotische Bänder. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 3.
59. De Castro, Angeborene Fazialislähmung. Neurol. Zentralbl. Nr. 23. (Bei Fehlen des Ohres.)
60. Chatelin, Diagnose der Anencephalie mit oder ohne offenbaren Hydrocephalus durch die Untersuchung des Kopfes auf seine Transparenz. Clin. infant. Jahrg. 12. Nr. 8. p. 233—236. (Kopf im Dunkelzimmer nahe an Lichtquelle: Bei Anencephalie Schädel hell transparent.)
61. Chatelin, Die Diagnose der Anencephalie mit oder ohne Hydrocephalus vermittelst der Untersuchung der Transparenz des Schädels. Bull. de la Soc. de péd. de Paris. Nr. 4. p. 204.
62. Cockayne, Constriction of arm by amniotic bands. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Vol. 7. Nr. 1. p. 4—5. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 429. (Am rechten Ober- und Unterarm Einschnürungen durch schmale narbig-fibröse Bänder; diese Einschnürungsstellen liegen bei Beugestellung in derselben Höhe.)
63. Codet-Boisse, Absence congénitale du femur. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 3. April. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 252.

64. Cole, A. F., Congenital atresia of the rectum; recovery after four operations. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 1352.
65. Cole, H. P., Hydrocephalus internus; lumbar drainage by utilization of a meningocele sac as a drainage tube. Southern Surg. and Gyn. Assoc. 25. Jahresvers. Atlanta. Med. Record. Bd. 85. p. 362. (Tödlicher Ausgang.)
66. — Case of anorectal imperforation with autopsy findings. Southern Med. Journ. Nashville. Bd. 7. Nr. 4.
67. Commandeur, Céphalématome double suivi de mort. Reunion obst. et gyn. de Lyon. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. p. 323.
68. Concetti, Esonfalo, operazione, guarigione. Riv. osped. Nr. 11. (Nabelschnurbruch.)
69. Conradi, E., Vorzeitiges Auftreten von Knochen- und eigenartigen Verkalkungskernen bei Chondrodystrophia foetalis hypoplastica. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. Heft 11.
70. Convert und Santy, Deux cas de spina bifida anciens. Revue d'orthopédie. Nr. 1.
71. Cramer, K., Zur Anatomie der Spina bifida occulta. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 22.
72. — Operationsbefunde bei Spina bifida occulta. XIII. Kongr. d. Deutsch. orthop. Ges. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 812.
73. Crookshank, F. G., Case of incurvate little fingers. R. Soc. of Med. Section for the study of diesase in children. Sitzg. vom 27. Febr. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 966.
74. Crookshank, Skiagramm eines Falles von Fingerdeformität infolge amniotischer Bänder. Proceed. of the Royal. Soc. of Med. Tome 7. Nr. 2. p. 28. 1913. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 558. (Die knöchernen Teile waren deutlich zu erkennen, weniger gut die vielfachen Verwachsungen der Finger. Bei der Geburt wurden „drahtähnliche Bänder" entfernt.)
75. Destefano, S., Hydrocephalus und Lues. Gazz. internaz. di Med. e Chir. 1913. Nr. 51. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 670. (Vier Fälle von positiver Wassermannreaktion bei Mutter und Kind.)
76. Diamant, Ein seltenes Doppelmonstrum. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Bd. 1. Heft 1. (Enzephalothorakopagus.)
77. Dietlein, M., Ein Fall von halbseitigem Riesenwuchs. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 130.
78. Doberauer, Angeborene falsche Zwerchfellshernie. Wissensch. Ges. deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 27. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 356 und Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 131 u. 240.
79. Dock, G., Intrauterine amputation. Assoc. of Amer. Physicans. 29. Jahresvers. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 1051.
80. Dombrowski, Fall von Rachenteratoid. Arch. f. Laryng. Bd. 28. Heft 3.
81. Donnell, R. E., Two-headed foetus. Missouri State Med. Assoc. St. Louis. Bd. 10. Nr. 6.
82. Dore, Congenital hyperkeratosis of the palms and soles. R. Soc. of Med. Section of Dermat. Sitzg. vom 18. Dez. 1913. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 87.
83. — Congenital alopecia. Ebenda.
84. Drachter, R., Die Gaumenspalte und deren operative Behandlung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 1.
85. Dreesmann, Schwerer Klumpfuss. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 17. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 103.
86. Dünkeloh, Kongenitale Patellarluxation. Arch. f. klin. Chir. Bd. 104. Heft 4.
87. Dünner, L., Zur Klinik und pathologischen Anatomie der angeborenen Herzfehler. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 80. Heft 3/4.
88. Duncker, Pes adductus congenitus. Zentralbl. f. chir. u. mechan. Orthop. Bd. 8. Heft 9.
89. Dunker, Der Klauenhohlfuss und verwandte progressive Deformitäten als Folgeerscheinung von Spina bifida occulta (myelodysplastische Deformitäten). Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 33. Heft 1/2.
90. Dunn, Ch., Prognosis and diagnosis of congenital cardiac disease. Amer. Med. Assoc. Section on dis. of children. Sitzg. vom 23. Juni. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 527. (Sektionsbefunde an Neugeborenen und Kindern.)
91. Duval, P., Hernie diaphragmatique congénitale. Soc. de Chir. Dez. Revue de Chir. Bd. 49. p. 97.

92. Duval, P. und Vaudrener, Hernie congénitale diaphragmatique. Rev. d'Orthop. Nr. 2.
93. Dziewonski, Ruptur eines Hydrocephalus sub partu, Spina bifida dorsalis. Przegl. Lek. Bd. 9. Nr. 22. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 408.
94. Egger, Angeborene Sklerodermie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 43. (Scharf umgrenzte harte Plaques.)
95. Ehrenfried, A., Club-foot. Amer. Journ. of Orthop. Surg. Philadelphia. Bd. 11. Nr. 4.
96. Ehrhardt, Agyrie und Heterotopie am Grosshirn. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 71. Heft 4/5.
97. v. Eiselsberg, Missbildung der Ohrmuschel. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 1. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 637.
98. Elias, H., Fissura sterni congenita totalis simplex. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 13. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 284.
99. Erlanger, B., Zur Kenntnis des angeborenen lymphangiektatischen Ödems. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 4.
100. Ertl, Zwei Fälle von Simonartschen Bändern. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 8. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 733. (Missbildung durch Amniosfäden und Nabelschnurumschnürung durch Amniosfaden.)
101. — Nabelschnurbruch. Ebenda. (Operation mit Heilung; zugleich Makroglossie.)
102. — Zwei Fälle von Simonartschen Bändern. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 733. (1. Kind: männlich, 44 cm lang, 2070 g schwer, Klumpfüsse, Abschnürung der linken zweiten Zehe und der Endglieder des dritten und vierten Fingers der einen Hand. Fast vollständiger Mangel des Fruchtwassers. Glückshaube. Mutter 28 Jahr, VIpara. Im sechsten Monat Abgang des Fruchtwassers, ein Monat ante partum Blutung. 2. Kind: 50 cm lang, 3150 g schwer, mazeriert; Abschnürung der Nabelschnut durch ein Simon-Band, etwa 5 cm von der umbilikalen Insertion entfernt. Das Kind war einen Tag vor der Entbindung abgestorben. Mutter 31 Jahr, Ipara.)
103. Fabré et Bourret, Un cas d'hémorragie méningée. Reunion obst. et gyn. de Lyon. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 2. p. 323.
104. Fairbank, H. A. T., Congenital elevation of Scapula; 18 cases. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 4.
105. Fejér, J., Retrobulbäre Geschwulst bei einem 14 Tage alten Säugling. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 7. Febr. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 172. (Wahrscheinlich fibröse Geschwulst mit starkem Exophthalmus.)
106. Ferguson, H., Anencephalic foetus. Edinb. Obst. Soc. Sitzg. vom 10. Dez. 1913. Edinburgh Med. Journ. N. F. Bd. 12. p. 58.
107. Fetterolf, G., und J. H. Arnett, A case of Sprengels deformity. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 48. p. 521.
108. Feuchtwanger, J., Viermonatiger Fötus mit amniotischen Verwachsungen. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 29. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1913.
109. Fidler, Ein Beitrag zur Entstehung der Hernia diaphragmatica und Dilatation des Zwerchfells. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. Nr. 45. (Zugleich Aplasie der linken Lunge.)
110. Finsterer, H., Nabelschnurbruch. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 13. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 283. (Operation mit Leberresektion, Heilung.)
111. Fischer, A., Operierter Fall eines Nabelschnurbruches bei einem eintägigen Kinde. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 85. (Genesung; zwei nichtoperierte Fälle.)
112. Fischer, B., Herzmissbildungen. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 19. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 443.
113. Fleischmann, O., und S. Wolff, Angeborene Wassersucht. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 1/2.
114. Forssner, Angeborene Atresie des Dünndarms. Svenska Läkaresällsk. Handl. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237.
115. Fränkel, J., Ätiologie und Therapie des angeborenen Klumpfusses. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 32.
116. Frangenheim, Nabelschnurbruch. Allg. ärztl. Verein Cöln. Sitzg. vom 5. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 444. (Operation.)

117. Frangenheim, Kindskopfgrosse Myelocele lumbalis. Allg. ärztl. Verein Cöln. Sitzg. vom 22. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1760.
118. — Ausgedehnte angeborene Lappenelephantiasis der linken Gesichtshälfte. Allg. ärztl. Verein Cöln. Sitzg. vom 22. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1760.
119. Fraser, Lithopädion. Brit. Med. Journ. 1913. Dec. 27. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 645. (Operation wegen Darmobstruktion. Ein Fibromyom hatte sich an der Stelle des Darmes gebildet, an welcher die Plazenta adhärent war und verengte das Lumen sehr. Der Fötus war durch starke Ligamente mit Uterus, Netz und Darm verbunden. Resektion der betreffenden Darmpartie. Heilung.)
120. Fraser, J., Congenital deficiency of one tibia. Brit. Med. Assoc. Edinburgh Branch. Sitzg. vom 27. Febr. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 592.
121. — und H. H. Robarts, Congenital deficiency of the radius and a homologous condition in the leg. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1606.
122. Freund, L., Kongenitale Fingerkontrakturen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 3.
123. Friedrich, W., Ein Fall von einseitigem angeborenen Pektoralisdefekt. Zentralbl. f. chir. u. mech. Orthop. Bd. 8. Heft 5.
124. Froelich, Luxation congénitale de la rotule. Soc. de Méd. de Nancy. Revue de Chir. Bd. 49. p. 382.
125. Fromaget, C. und M., Varicocèle congénital de l'orbite. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 13. März. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 196.
126. Fuhrmann, Fall von angeborener mehrfacher Darmatresie. St. Petersburger Ärzteverein. Sitzg. vom 17. Sept. 1913. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 39. p. 26.
127. Gale, S. S., Spina bifida; report of cases. West Virginia Med. Journ. Wheeling. Bd. 9. Nr. 5.
128. Galewsky, E., Über Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 113. p. 373.
129. Gamma, C., Über einen Fall von mehrfachen Missbildungen des Herzens und der grossen Gefässe. Zentralbl. f. Herz- u. Gefässkrankh. Nr. 13. (Situs inversus, Fehlen der Milz, im Herzen nur eine Kammer und eine Vorkammer, Entspringen der Lungenarterien aus dem Aortenbogen.)
130. Gaudier und Sivynghedauw, Luxation congénitale de la hanche. Soc. de Méd. du Nord. März. Revue de Chir. Bd. 49. p. 880.
131. Geelvink, P., Über Hyperphalangie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 52. Heft 3. (Fünf Familien.)
132. v. Genersich, G., Cloaca recto-genitalis. Erdelyer Museumsverein. Fachsitzg. vom 28. Febr. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 146.
133. Gerstacker, A., Die angeborene Meningocele unter besonderer Berücksichtigung ihrer geburtshilflichen Bedeutung und die Erfolge ihrer operativen Behandlung. Inaug.-Diss. Würzburg 1913.
134. Göbell, Luxatio coxal congenita. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 18. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1488.
135. Goeppert, Osteopsatyrosis. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1341.
136. Goetzky und Weihe, Zur Kasuistik des angeborenen totalen Rippendefektes. Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 4.
137. Goldreich, A., Atresia ani vestibularis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 19. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 491. (In der Diskussion sechs Fälle von v. Khautz, operativ behandelt.)
138. Gordon, A., Anencephalia, with special reference to an important etiologic factor. Arch. of Diagnosis. New York. Bd. 7. Nr. 2.
139. Graessner, Der röntgenologische Nachweis der Spina bifida occulta. Jubiläumskongr. d. Deutschen Röntgenges. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 911.
140. Gravitz, Dolichocephalie, verbunden mit starkem Hydrocephalus. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. Nr. 27. p. 1403. (Beschreibung obiger Missbildung.)
141. Grawitz, Dolichocephalie, verbunden mit starkem Hydrocephalus. Ärztl. Verein Greifswald. Sitzg. vom 21. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1403.
142. Greenfield, D. G., Congenital eye and heart defects. Proceedings of the R. Soc. of Med. Ref. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 20. (Kongenitale Katarakt.)
143. Grimm, H., Ein Fall von Hydrocephalus. Inaug.-Diss. Tübingen 1913.

144. Grönė, Epidurales Hämatom im Rückenmarkskanal bei Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 37. Nr. 51. p. 1849—1853. 1913. (Vier Fälle von epiduralem Hämatom im Rückenmarkskanal ohne Verletzungen an den Wirbeln oder deren Verbindungen. Diese Fälle werden durch Torsion der Wirbelsäule unter der Geburt, besonders bei frühgeborenen Kindern sehr leicht hervorgerufen infolge der leichten Zerreissbarkeit der Gefässe.)

145. Gruber, G. B., Nebenlungenbildung bei kongenitalem Zwerchfelldefekt. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 3.

146. — Kontinuitätstrennung der linken Unterkieferhälfte bei einer durch völlige Amelie, Mikrognathie und Trichterbrust ausgezeichneten, reifen menschlichen Frucht männlichen Geschlechts. Strassb. militärärztl. Ges. Sitzg. vom 4. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1776.

147. Grusdew, W., Zur Pathologie und Therapie der Atresia ani vaginalis. Chir. Arch. Weljaminowa. Bd. 29. p. 671. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 705.

148. Guggisberg, Doppelseitige kongenitale Zystenniere. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Sitzg. vom 11. u. 12. Juli. Bern. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1400.

149. — Kongenitale Struma mit kongenitaler Herzhypertrophie. Ebenda.

150. — Kongenitale rechtsseitige Zwerchfellshernie. Ebenda.

151. — Verwachsung der Plazenta mit der Dura mater bei Kranioschisis. Ebenda.

152. Guildal, Eine Missgeburt (Amelos). Hosp. Tid. Jahrg. 57. Nr. 1. p. 1. (Dänisch.) (Sektion ergab eine kongenitale Hydromyelie und Syringomyelie in der Medulla.)

153. Guildall, Ein lebender Amelos. Gyn. Ges. Kopenhagen. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 237.

154. Guleke, Operativ geheilte kongenitale Pylorusstenose. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 8. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 310.

155. Gussew, W. J., Über die Schwierigkeit, die Anencephalie der Frucht während der Geburt zu erkennen. Shurn. akush. i shensk. bolezn. p. 247. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1116. (Ein Fall zugleich Spina bifida.)

156. Gutmann, C., Über kongenitale Gänge und Zysten in der Raphe penis. Dermat. Wochenschr. Bd. 58. Nr. 16.

157. Gutzeit, Fall von angeborener lateraler Deviation der Grosszehenendphalanx. Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. 23.

158. — R., Über Hallux valgus interphalangeus. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. Kongressbeilage. p. 111.

159. Guyot, Lymphangiome congénital des membres inférieurs. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 16. Jan. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 56.

160. Harcock, D. O., Hare-lip. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Bd. 12. Nr. 6/7.

161. Harriehausen, Ätiologie der Hirschsprungschen Krankheit. Ges. d. Charité-Ärzte Berlin. Sitzg. vom 4. Dez. 1913. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 279.

162. Hart, C., Über die anatomische Grundlage der Osteopsathyrosis idiopathica, insbesondere der Osteogenesis imperfecta. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 2.

163. Harttung, H., Hämorrhoidalknoten beim Neugeborenen, zugleich ein Beitrag zur Ätiologie der Hämorrhoiden. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. p. 425. (Hämorrhoiden sind als Angiome aufzufassen.)

164. Heile, Über die chirurgische Behandlung des Hydrocephalus. Fortschr. d. Med. Jahrg. 32. Nr. 3. p. 72—79. (Ein- oder mehrmalige Punktionen in Verbindung mit innerer Jodkaliverabreichung. Eventuell Operationen von Bramann, Anton und Payr.)

165. Heinrichsdorff, Missbildung des Kleinhirns bei okzipitaler Meningocele. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 26. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1315.

166. Heller, Pygomelus. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 23. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1832.

167. — F., und G. B. Gruber, Beitrag zur Kasuistik der Herzmissbildungen. (Transposition des Ostium der Aorta nach rechts und pulmonale Konusstenose bei Defekt im Septum ventriculorum; abnorme Entwicklung der rechten Arteria subclavia und vertebralis.) Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. p. 337.

168. Hellseid, Über universellen Hydrops des Neugeborenen. Inaug.-Diss. München 1913. (Vater des Kindes litt an professionellem Saturnismus.)

169. Henrotay, Un monstre complexe. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. Sitzg. vom 6. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 741.

170. Herrick, F. C., Atresia recto-vesicalis; report of successfully operation. Cleveland Med. Journ. Bd. 13. Nr. 6.
171. Herzog, Th., Beitrag zur Pathologie des Turmschädels. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 2.
172. Hesse, F. A., Encephalo-Meningocele. Med. Verein Greifswald. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 621.
173. Hessmann, Osteopsathyrosis. Hufelandsche Ges. Berlin. Sitzg. vom 11. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1477.
174. Hilgenreiner, H., Angeborene Afterenge. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79. p. 11. (Fall von Atresia anoanalis.)
175. — Fingermissbildungen. Verein deutscher Ärzte Prag. Sitzg. vom 26. Juni. Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 571. (1. Hyperphalangie, 2. Pseudohyperphalangie, 3. Ectopia metacarpi supernumerarii.)
176. Hillmann, Ein Fall von Archinencephalie mit medianer Spaltung der Oberlippe. Diss. Bonn 1913.
177. Hinterstoisser, Über einen Fall von angeborenem partiellen Riesenwuchs. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 1. (Rechter Zeige- und Mittelfinger sind bei der Geburt über nochmal so gross als die betreffenden linken Finger. Die Hypertrophie betrifft Weichteile und Knochen. Rechte obere Extremität in der gleichen Weise verändert.)
178. Hirsch, K., Über angeborenen Schulterblatthochstand und Thoraxdefekt. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 33. Heft 3/4.
179. Hochgeschurz, Turmschädel. Ärztl. Verein Nürnberg. Sitzg. vom 5. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 829.
180. Hochsinger, K., Fall von angeborenem Turmschädel. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 12. Nr. 8.
181. Hodges, J. E., Imperforate anus. Texas State Med. Journ. Fort Worth. Bd. 9. Nr. 12.
182. Hoffmann, Amniotische Verwachsungen. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 16. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 91. (Defekte an Kopfknochen, Einschnürungen der Extremitäten etc.)
183. — Hydromeningocele, Eventratio, Blasenektopie, Pes calcaneus, Pes varus. Ebenda. p. 92.
184. — Agnathus mit Synotie. Ebenda. p. 93 und Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. p. 275.
185. — Demonstration von Missbildungen. Gyn. Ges. zu Dresden. 359. Sitzg. vom 16. Okt. 1913. Zentralbl. f. Gyn. p. 92. (Hydromeningocele, Eventeratio, Blasenektopie, Pes calcaneus, Pes varus. 1. Fall: Auf Bauch- und Lendenwirbelsäule sitzt ein faustgrosser Hydromeningocelensack. Bauchhöhle nach vorn offen. Eingeweide liegen ausserhalb desselben. Rechtes Bein in Hackenfussstellung, linkes in Klumpfussstellung. Röntgenbild zeigt Rachischisis der unteren Brust- und Lendenwirbel. Harnblase umgestülpt, nach vorn offen. 2. Fall: Agnatus mit Synotie. Hochgradiges Hervortreten des Oberkiefers. Äussere Mundöffnung: rundliches Loch von 5—6 mm Durchmesser. Kinn fehlt. Im obersten Teile des Halses liegen die gutausgebildeten Ohrmuscheln; sie stossen in der Mittellinie aneinander und sind dort miteinander verwachsen. Mund liegt in einer horizontalen Ebene. Mundhöhle in einen vorderen und hinteren Raum geteilt, durch eine 23 mm lange Scheidewand vollständig voneinander getrennt. Vor dem Eingang in den Larynx kurze Zungenanlage, senkrecht gestellt. Oberfläche der Zunge sieht nach der Wirbelsäule. Hinter der Scheidewand ein querverlaufendes schmales Knochenstückchen, eigentliche Anlage des Unterkiefers. 19 derartige Fälle sind bis jetzt beschrieben und von Marx zusammengestellt worden.)
186. Hoguet, J. P., Spina bifida. New York. med. Journ. Bd. 98. p. 1156.
187. Hohorst, Hydrenzephalocele occipitalis und cervicalis. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 10. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 559.
188. — Fall von Hydrozephalus, hochgradiger Thoraxdifformität und totaler Bauchspalte bei Querlage. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 16. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1213.
189. Holländer, Drei Fälle von Ectopia viscerum. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 11. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1877. (Operierte Nabelschnurbrüche.)
190. Hueter, C., Über angeborene Bronchiektasien und angeborene Wabenlunge. Zieglers Beitr. Bd. 59. Heft 3.

191. Huismans, Über Infantilismus und Chondrodystrophie. Rhein.-westfäl. Ges. f. inn. Med. u. Nervenheilk. Sitzg. vom 17. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2251.
192. Humpstone, O. P., A case of dystocia and death of fetus due to congenital cystic kidneys. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 14. Okt. 1913. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 136.
193. Indemans, J. W. M., Aangeboren vergrooting der speekselklieren met aangeboren lymphatenvergrooting van den hals. (Angeborene Hypertrophie der Speicheldrüsen und angeborene Lymphgefässhypertrophie am Halse beim selben Fall.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II Helft. Nr. 24. p. 1953—1956. (Holländisch.) (Kasuistisch. Das übrigens gesunde, spontan geborene Kind ging nach zwei Monaten an einem akuten Magendarmkatarrh zugrunde. Da die Tränendrüsen keine Veränderungen zeigten, handelte es sich nicht um die zuerst von v. Mikulicz beschriebene Krankheit. 1 Abbildung.) (Lamers.)
194. Jadassohn, Erythrodermie congénitale ichthyosiforme. Korresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1911. Nr. 29.
195. Jaffé, R., Arterionekrose bei Neugeborenen. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 15. Heft 1. (In der Arteria pulmonalis.)
196. Jansen, M., Het wesen en het worden der Achondroplasie. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 1.
197. Kaerger, E., Über die Behandlung der angeborenen Kiefer- und Gaumenspalten. Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 2.
198. Kaiser, Ectopia cordis. Gyn. Ges. zu Dresden. 356. Sitzg. Münchn. med. Wochenschrift 1913. Nr. 51. Zentralbl. f. Gyn. p. 94. (Kind lebte nach der Zangenentbindung etwa eine Stunde, so dass man das Herz arbeiten sehen konnte.)
199. Kaplan, S., Fall von echter Nebenlunge. Inaug.-Diss. Königsberg 1913.
200. Katayama, Fall von angeborenem Riesenwuchs. Arch. f. Orthop., Mechanother. u. Unfallchir. Bd. 13. Heft 1. (Zeigefinger; Daumen und Mittelfinger in geringerem Grade.)
201. Keilty, R. A., A teaching classification for the terata and hemiterata. New York med. Journ. Bd. 99. p. 623.
202. Kellock, T. H., Osteogenesis imperfecta. R. Soc. of Med., Clin. Sect. Sitzg. vom 13. März. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 823.
203. Kienböck, R., Zwerchfellhernien bei Kindern. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 4.
204. Kirschmann, Zur Kasuistik kongenitaler Missbildungen. Wratsch. Gaz. Jahrg. 1914. Nr. 3. p. 109. (Russisch.) Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 511. (Die grösste Missbildung weist der Kopf auf. Zwei faustgrosse Tumoren am Scheitel. Schädelknochen fehlen. Wolfsrachen und Hasenscharte. Bauchhöhle offen.)
205. Klotz, Ein Fall von Acardius anencephalus mit partiellem Defekt beider Müllerscher Fäden. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 3. (Ausserdem Hufeisenniere, obere Körperhälfte, von der oberen Brustwirbelsäule an, fehlt fast vollständig. Von inneren Organen fehlen: Dünndarm, Magen, Leber, Milz, Lunge, Herz. Annahme einer amniotischen Abschnürung.)
206. Kouwer, Agnathus. Nederl. gyn. Vereenig. Utrecht. Sitzg. vom 30. Nov. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 385.
207. Kreiss, Ph., Anus urethralis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 340.
208. Kreitmair, Kind mit amniotischen Fingerabschnürungen. Nürnberger med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 27. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 61. Nr. 15. p. 849. (Demonstration dieses Falles.)
209. Kriebel, A., Zwei Fälle von parasitärer Doppelbildung (Epigastrius parasiticus). Inaug.-Diss. Breslau 1913.
210. Krokiewicz, A., Fall von Situs viscerum inversus completus (Nachtrag). Virchows Arch. Bd. 217. Heft 1.
211. Küster, Hirnteratom bei einem neugeborenen Hydrozephalus. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 19. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1486.
212. Kuhn, H. P., Case of diaphragmatic hernia. Missouri State Med. Assoc. St. Louis. Bd. 10. Nr. 6.
213. Kurissis, J., Ein Fall von angeborener Kyphose und Rachischisis. Inaug.-Diss. München.
214. Lafourcade und Pfeiffer, Geburt eines lebenden Pygopagus. Lyon méd. Bd. 46. Nr. 30.

215. **Lahm**, Die Ätiologie des Hydrops congenitus. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 19. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 944. (In der Diskussion ein Fall von **Gödecke**, ferner ein Fall von **Peters** bei nicht ausgetragenen Zwillingen.)
216. — W., Zur Frage des Hydrops universalis congenitus. Arch. f. Gyn. Bd. 102. p. 284.
217. **Lamb, D. S.**, Case of epignathus. Washington Med. Annals. Bd. 13. Nr. 2.
218. **Laubry, Ch.**, und **C. Pezzi**, Considérations cliniques et physiologiques à propos de cinq cas de maladie congénitale du coeur droit étudiés graphiquement. Arch. des mal. du coeur, des vaisseaux et du sang. 1913. p. 433.
219. **Le Damany, P.**, Congenital luxation of the hip. Amer. Journ. of Orthop. Surg. Philadelphia. Bd. 11. Nr. 4.
220. **Lee, W. E.**, Radical operation for a hernia of the umbilical cord in a newborn infant. Philadelph. Ac. of Surg. Sitzg. vom 1. Dez. 1913. Annals of Surg. Bd. 59. p. 441. (Tödlicher Ausgang.)
221. **Le Filiatre, G.**, Deux fillettes xiphopages. Bull. de l'Ac. de Méd. Paris. Bd. 78. Nr. 1.
222. **Lesieur, Kocher** und **Milhaud**, Fall von Halsrippen. Lyon méd. Nr. 14.
223. **Lexer**, Teratom der Bauchdecken. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 18. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1758. (Parasit am Epigastrium.)
224. **Ley, G.**, Congenital sacrococcygeal tumour. R. Soc. of Med. Section of Obst. and Gyn. Sitzg. vom 5. Febr. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 609.
225. **Lichtenstein, M.**, Über einen Fall von angeborener Bauchspalte. Inaug.-Diss. München 1913.
226. **Lindau**, Wahres Nabeladenom. Studien z. Pathol. d. Entwicklung. Bd. 1. Heft 3.
227. **Lindner, F.**, Über Hydrops foetus. Inaug.-Diss. München 1913.
228. **Link, G.**, Über Hydrops congenitus bei fötaler Thrombose. **Zieglers** Beitr. Bd. 59. Heft 2. (Thrombose der unteren Hohlvene, zugleich Aplasie des Kleinhirns.)
229. **Link**, Über Hydrops congenitus bei fötaler Thrombose. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Juli.
230. **Linzenmeier**, Der Verschluss des Ductus arteriosus Botalli nach der Geburt des Kindes. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 1. (Als Hauptursache wird die Drehknickung des Duktusrohres infolge Herzverlagerung angesehen, die durch die Ausdehnung der Lunge beim ersten Atemzug hervorgerufen wird. Die spitzwinklige Einmündung des Duktus in die Aorta und den Sporn (**Strassmann**) lenkt nur den Anprall des Aortenstromes von der Mündung des Duktus ab.)
231. **Lionti, G.**, Ein Fall von Penisverdoppelung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 393.
232. **Little, M.**, Congenital absence of both tibiae. R. Soc. of Med., Surg. Section. Sitzg. vom 3. Febr. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 369.
233. **Lokczewski**, Ein ungewöhnlicher Fall von Zwillingsgeburt. Gaz. Lek. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 694. (An Bauch und Becken verwachsene Zwillinge.)
234. **Lombard**, Bifurcation héréditaire familiale de la main. Revue d'Orthop. Nr. 2.
235. **Loose, G.**, Projektion seltener Röntgenbilder. X. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1248. (Darunter Missbildungen.)
236. **Losee, J. R.**, Esophagotracheal fistula with report of two cases. New York Ac. of Med. Section on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 28. Okt. 1913. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 86.
237. **Lucksch, F.**, Fall von Missbildungen. Verein deutscher Ärzte Prag. Sitzg. vom 15. Mai. Prager med. Wochenschr. Bd. 39. p. 502. (Encephalocele occip., Rachischisis sacralis, Fehlen der linken Beckenhälfte und unteren Extremität, Zwerchfellhernie, Uterus unicornis dexter und rudimentäre rechtsseitige Adnexe.)
238. **Luksch**, Demonstration eines totgeborenen Kindes mit mehreren Missbildungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1652. Verein deutscher Ärzte zu Prag. (Krötenkopf, Encephalocele occipid., Rachischisis, Defekt des linken Beines und Beckens, gelappte Leber, Zwerchfellhernie. Uterus unicornis dexter.)
239. **Lunch, R. C.**, Angeborenes Fehlen beider Ohren. The Laryngoscop. Bd. 23. Nr. 11.
240. **Lunsgaard**, Eigentümliche Veränderungen im Rückenmarke eines Neugeborenen. (Kongenitale Syringomyelie.) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 20. Heft 2. p. 279—304. 1913. (Annahme einer durch kongenitale Bildungsanomalie hervorgerufenen Hydromyelie und eines genuinen heterotropen Wachstums des Mesenchyms in die Medulla hinein. Ausserdem bestanden grosse äussere Missbildungen; beide Beine und der linke Arm fehlten.)

241. Lutz, W., Zur Lehre der allgemeinen Wassersucht der Neugeborenen. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 11.
242. Maass, O., Fall von Achondroplasie. Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh. Sitzg. vom 13. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1670.
243. Maasz, H., Kongenitale Vorderarmsynostose. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 24. Heft 1.
244. Mc Carrison, R., Etiology of endemic cretinism, congenital goiter and a congenital parathyroid disease. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 931.
245. Mackay, G., Case of congenital cataract. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 4. Febr. Edinburgh Med. Journ. N. F. Bd. 12. p. 247.
246. Macnaughton-Jones, Thoracopagus. R. Soc. of Med. Sect. of Obstetr. and Gyn. Sitzg. vom 11. Juni. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 1409.
247. Magnus, Fibuladefekt. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 27. Juni. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1372.
248. Maguire, C., Congenital deformity of the femur. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 413. (Fehlen der Diaphyse.)
249. Marchand, Lebende Doppelmissbildung (Epigastrius). Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 12. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1561. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1547. (Parasit.)
250. Marquis, Deux cas congénitaux d'abouchements anormaux du rectum. Soc. de Chir. Sitzg. vom 12. Nov. 1913. Revue de Chir. Bd. 49. p. 97. (Anus vulvaris und urethralis.)
251. Martin y Muñoz, Monströser Fötus. (Spanisch.) Gaz. méd. del Sur. p. 58. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 4. p. 557. (Totale Inventration, Spina bifida, Fehlen von Anus und Genitalien.)
252. Massalongo, R., und C. Piazza, Achondroplasia. Rif. med. Bd. 30. Nr. 25 ff.
253. Di Mattei, Di un caso di malformazioni vesicogenitali. Sassari, 1913. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 77. (Neugeborenes, das zuerst für ein Mädchen gehalten wird, sich aber später zu einem männlichen Typus entwickelt [Inguinal-Testes].)
254. Maxwell, P. and G. Ley, A case of congenital sacro-coccygeal tumour. Proc. Roy. soc. of med. p. 189. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 282. (Der Tumor nahm die ganze linke Gesässhälfte ein, stand mit dem Rektum in Verbindung und füllte den Douglas aus. Zweimalige Operation. Heilung.)
255. Mayer, E., Angeborene Hüftgelenksluxation. Allg. ärztl. Verein Cöln. Sitzg. vom 26. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 503. (Als Folge mechanischer Einwirkung — Druck — auf den Fötus gedeutet.)
256. Mayer, L., Kongenitale Subluxation des Knies nach vorn. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 24. Heft 1.
257. Mayerhofer, Angeborener Uterusprolaps. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 5. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 858. (Zugleich Spina bifida, Lückenschädel, Lähmung und Missbildung der unteren Extremitäten etc.)
258. — Demonstration eines Falles von Mikromyelie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Wiener med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2514. (Kind jetzt 15 Monate alt. Im Alter von sechs Wochen betrug der Kopfumfang 90,04% der Körperlänge; jetzt 81%. Körperlänge und Intellekt deutlich zurückgeblieben.)
259. — E., Mikromyelie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 7. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 870.
260. Meissner, A., Über eine Vereinigung von Anencephalie, Adhäsion der Plazenta und der Eihäute an der Schädelbasis und Fissura thoraco-abdominalis. Inaug.-Diss. Halle.
261. Melchior, Kongenitale tiefe Duodenalstenose, bedingt durch Situs inversus partialis. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1161.
262. Mentberger, Syndaktylie. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 25. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1563.
263. Mercier und Tissier, Un cas de schistoglossie. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 322.
264. Merk, Kind mit Keratoma palmare et plantare hereditarium. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 24. Okt. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 353.
265. Meyer, P., Hydro-Anencephalus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 27. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 591.
266. Meyer, R., Über Behandlung der angeborenen Elephantiasis. Inaug.-Diss. Strassburg 1913.

267. **Michaelis**, Achsendrehung des Dünndarms und des Colon ascendens bei einem Neugeborenen. Wiener klin. Rundschau. 1913. Nr. 38. (Entwicklungsanomalie des Mesenteriums. Die Wachstumsverhältnisse sind mitten auf ihrer Entwicklungsstufe, entsprechend dem vierten Monat, stehen geblieben. Ausserdem Verdickung der Valvula Bauhini; Folge: Störungen bei der Nahrungsaufnahme. Infolge Torsion des nichtfixierten Darmes profuse Blutung, Exitus. Verf. hält sofortige Laparotomie für angezeigt.)
268. **Missikoff, M.**, Drei Fälle von Zwerchfellhernien. Chir. Arch. Weljaminowa. Bd. 29. p. 975. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 689.
269. **Modena**, Totales Fehlen des Gehirns und Rückenmarks. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 46. (Bei ausgetragener Frucht.)
270. **Mönckeberg**, Angeborener Hydrozephalus. Rhein.-westfäl. Ges. f. inn. Med., Nerven- u. Kinderheilk. Sitzg. vom 15. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 849.
271. — Atresie der Art. pulmonalis. Ebenda. (Ausserdem Septumdefekt, Fehlen des Ductus Botalli, Dreiteilung der Trachea und dritte Lungenanlage.)
272. — Angeborene Herzfehler. Rhein.-westfäl. Ges. f. inn. Med., Nerven- u. Kinderheilk. Sitzg. vom 17. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 2107.
273. **Monier et Roche**, Missbildungen mit Bauchspalte. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 2. Nr. 7. p. 616—618. (Ausser obigem Befund fehlt die linke Ohrmuschel.)
274. **Monks, E. H.**, Deficiency of left half of diaphragm with displacement of stomach and other abdominal organs. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 708.
275. **Monnier und Roche**, Deux monstrosités. Soc. d'Obst. et de Gyn. 1913. Juli. (Wiederholte exenzephale Missgeburten; Zwillingsschwangerschaft, ein Kind exenzephal.)
276. **Monti, R.**, Fall von angeborener Zwerchfellhernie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 23. April. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 1982.
277. **Morison, A. A.**, Ectopia vesicae. Edinb. Obst. Soc. Lancet. 1913. Bd. 2. p. 1547. (Sektionsbefund.)
278. **Morton**, Einige angeborene Abnormitäten. Arch. of the Roentgen ray. Vol. 18. Nr. 12. p. 442—443. (Missbildung der Extremitäten und der Halswirbelsäule.)
279. **Moxon, F.**, Congenital diffuse opacity of the cornea in two sisters. R. Soc. of Med. Section of Ophthalm. Sitzg. vom 4. Febr. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 370.
280. **Müller, G.**, Ein Fall von ossärem Schiefhals. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 152. (Seitliche Verwachsung der oberen und Atrophie der unteren Halswirbel.)
281. **Mutel**, Main bote radiale congénitale. Revue d'orthop. Nr. 2.
282. **Nebesky**, Kongenitaler Defekt der Handmuskeln. Časopis. lek. česk. 1913. Nr. 44. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 145.
283. **Van Neck, M.**, Metatarsus varus congenitus. Journ. de Bruxelles. Nr. 22.
284. **Neugebauer, F.**, Die **Hirschsprung**sche Krankheit. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 7.
285. **Neuhof, H.**, Congenital elevation of Scapula (**Sprengels** deformity) of familial type. 19 Fälle. Amer. Journ. of Disease of Children. Chicago. Bd. 7. Nr. 5.
286. — und **E. D. Oppenheimer**, Congenital contractures of fingers; report of case of familial type. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 2.
287. **Nobe**, Zur Kasuistik und Therapie der angeborenen seitlichen Halsfistel. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. Heft 3/4.
288. **Nobel**, Demonstration eines Knaben mit angeborenem chronischen, acholurischen Ikterus. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. zu Wien. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. p. 1489. (Splenektomie wurde gemacht; nach 24 Stunden schon Zurückgehen des Ikterus; jetzt vollständig verschwunden. Hämoglobingehalt und Zahl der roten Blutkörperchen zugenommen.)
289. **Norbury, L. E. C.**, Deformity of the spine of congenital origin. R. Soc. of Med. Sect. for the study of disease in children. Sitzg. vom 23. Jan. Lancet. 92. Jahrg. Bd. 1. p. 458.
290. **Nordheim**, **Hirschsprung**sche Krankheit. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 17. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1244.
291. — Angeborenes lymphangiektatisches Ödem. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 28. April. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1680.
292. **Nützel, H.**, Beitrag zur Kenntnis der Missbildungen im Bereich der oberen Hohlvene. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 15. Heft 1. (1. Persistierende linke obere Hohl-

vene; 2. Fehlen der rechten oberen Hohlvene und Ersatz durch die linke; 3. Kommunikation zwischen oberer Hohlvene und rechter Lungenvene.)

293. Oldekopp, Ein Fall von kombinierter Missbildung: Hernia cerebri, Anus vestibularis, Aplasia digiti. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 407. (Russisch.) (Geburt verlief spontan mit der Geschwulst voran. Tod an Schwäche. Sektion zeigte eine Hydroencephalocele occipitalis; ausserdem einen Anus vestibularis; rechter Daumen klein, mit schwach entwickelten, schlotternden Knochen. Ätiologie: vielleicht Alkoholismus des Vaters.)

294. Orthner, Zystische Steissgeschwulst. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 8. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 734.

295. Ottow, B., Über Doppelmissbildungen, nebst Mitteilung über eine menschliche Doppelbildung aus der dritten Embryonalwoche. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 39. p. 114.

296. Oui und Devulder, Hernie diaphragmatique. Réunion obst. et gyn. de Lille. Sitzg. vom 27. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 433.

297. Paetzold, Nasenmissbildung. Berl. otol. Ges. Sitzg. vom 21. Nov. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 361. (Meist mediane Spalten.)

298. Pagenstecher, E., Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung angeborener Anomalien und Missbildungen im Säugetierauge. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 583.

299. Panting, L. C., Zystenhygrom. Practitioner. London. August. (Am Nacken.)

300. Papadopulo, J. W., Fall von Hemicephalie und seine Diagnose. Shurn. akush. i shensk. bolesn. p. 409. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. 'p 1115. (Diagnose durch konvulsivische Bewegungen nach Druck auf die vorliegende Stirngegend gestellt.)

301. Parcelier, A., und A. Lacoste, Fistule congénitale de la lèvre supérieure. Arch. gén. de chir. Bd. 8. Nr. 3.

302. Parin, W. N., Atresia ani vesicalis et urethralis. R. Wratsch. 1913. Nr. 44. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 254.

303. Paton, L., Congenital malformation of the disc. Ophthalm. Soc. of the Un. Kingdom. April 1913. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1325.

304. Peña, Drei Fälle von angeborener Verengerung der Urethra. Ges. f. Pädiatrie. Madrid. Sitzg. vom 15. Jan. Revue de Chir. Bd. 49. p. 718.

305. Perrenot, Malformation congénitale du coude. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 5. März. Revue de Chir. Bd. 49. p. 871.

306. Perrier, Coxa vara infantile. Revue d'Orthop. Nr. 2.

307. Perthes, Hirschsprungsche Krankheit. Med.-naturwiss. Verein Tübingen. Sitzg. vom 16. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 907 u. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 90. Heft 3.

308. Peters, W., Über Zwerchfellbrüche. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1370.

309. Petery, A. K., A microcephalic idiot with malformation of the brain. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 536.

310. Petit de la Villéon, Kyste congénital et polype du rectum chez deux enfants. Soc. de Méd. et de Chir. Sitzg. vom 23. Jan. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 86.

311. — Myélo-cysto-méningocèle. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 26. Juni. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 487.

312. v. Peyerer, Mikromelie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 25. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1129.

313. v. Pfaundler, Vielfache kongenitale Missbildungen. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. Sitzg. vom 28. Nov. 1913. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 280. (Kyphoskoliose, Trichterbrust, Hacken- und Plattfuss, Herzfehler, Augenanomalien, vorgeschrittene Ossifikation, ungewöhnliche Längenentwicklung von Hand und Fuss.)

314. Piazza, E. L., Kongenitaler zystischer Nackentumor. Gazz. degli osped. e d. clin. Bd. 35. Nr. 37.

315. Pic, A., P. Dufour und P. Durand, Cyanose congénitale tardive à forme fruste. Lyon méd. Nr. 8.

316. Plauchu und Nové-Josserand, Hydrocéphalie consécutive à une opération d'encéphalocèle. Réun. obst. et gyn. de Lyon. Sitzg. vom 16. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 323.

317. — — Encephalocèle congénitale. Excision. Hydrocéphalie consécutive. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. III. p. 302. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 443. (Das Wesentliche ist in der Überschrift angegeben.)

318. Pokahr, Über angeborenen partiellen Riesenwuchs mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von Riesenwuchs der unteren Körperhälfte. Diss. Königsberg 1913.
319. Pol, Die verschiedenen Formen der Brachyphalangie, Hypo- und Hyperphalangie und ihre Deutung. Naturh.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 19. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1649.
320. Pollack, Doppelseitiges Kollobom des Oberlides. Berl. ophthalm. Ges. Sitzg. vom 26. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 764. (Spricht sich gegen amniotische Entstehung aus.)
321. Pollak, M., Kombination von Spina bifida, Kloakenmissbildung und Eventration an ein und derselben Frucht. Inaug.-Diss. München.
322. Pomorski, Spina bifida und Enzephalocele. Südostdeutsche Chir.-Vereinigung. Sitzg. vom 28. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 996.
323. Popandopoulo, Ein Fall von Hemicephalie und seine Diagnose. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 409. (Russisch.) Zentralbl. f. Gyn. p. 1115. (Auf Druck der Vorwölbungen über dem Auge konvulsive Bewegungen des Fötus.)
324. Pou, R. E., Microcephalic fetus at nine months. New York Ac. of Med. Section on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 28. Okt. 1913. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 86.
325. Poynton, F. J., Case of osteogenesis imperfecta. Proceedings of the R. Soc. of Med. Ref. Med. Record. New York. Bd. 85. p. 404.
226. Proust, Malformation congénitale du pouce gauche et du premier orteil droit. Soc. de Chir. Sitzg. vom 18. Febr. Revue de Chir. Bd. 49. p. 519.
327. Prouvost, Accouchement dans un cas de monstre double thoracopage. Réun. obst. et gyn. de Lille. Sitzg. vom 27. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 432.
328. Prym, P., Teratom im vorderen Mediastinum. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 15. Heft 2. (Die Geschwulst entsprach dem Kopfende eines parasitischen Individuums.)
329. Rackusin, H., Fall von Rhinocephalus. Inaug.-Diss. München 1913.
330. v. Radwanska, Fall von Mikrocephalie. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 17. Dez. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 308. (Zugleich Steifigkeit des Rumpfes und der Extremitäten.)
331. Reano, M., Rachitis congenita. Pediatria. Neapel. Bd. 22. Nr. 7.
332. Rechmann, L., Kongenitale Luxation des Kniegelenks. Arch. f. Orthop. Bd. 13. Heft 3.
333. Reijs, J. H. O., Madelungsche Missbildung. Tijdschr. v. Geneesk. 25. Juli. (Manus furca.)
334. Reinach, Kongenitale Zystenniere. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Heft 2.
335. Reiner, Familiäre Spalthand und Spaltfuss. Berl. orthop. Ges. Sitzg. vom 6. April. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1593.
336. Reuss, Hydrocephalus nach intrakranieller Blutung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Wiener med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2512. (Spontangeburt nach 52 Stunden; Umfang des Schädels nimmt täglich zu; er erscheint wie auseinandergetrieben. Tonische und klonische Krämpfe in den nächsten Tagen. Erörterungen zur Erklärung eines vielleicht vorliegenden Hämocephalus.)
337. Reyher, Kindlicher Turmschädel, Ges. d. Charité-Ärzte Berlin. Sitzg. vom 4. Dez. 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 201.
338. Ribadeaud-Dumas, M., Angeborene Erweiterung des Kolons, Fehlen der Schilddrüse. Bull. de la Soc. de péd. de Paris. Heft 1. p. 63.
339. Richter, Congenital atresia of the oesophagus. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Heft 4.
340. Rinaldi, Un caso di malconformazione fetale. Gazz. it. di Lev. p. 139. Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. Bd. 5. p. 380. (Am Nabel apfelgrosse Zyste, offenbar der Urachus. Fehlen der Harnröhre, Exitus.)
341. Rivarola, Ausencia congenita del periné. Sem. méd. Buenos Aires. Bd. 21. Nr. 1.
342. Rivet, L., und L. Girard, Un cas des malformation cardiaque avec anomalies multiples de l'appareil circulatoire. Arch. des mal. du coeur, des vaisseaux et du sang. 1913. p. 720. (Ein Ventrikel, unvollkommen geteilter Vorhof, Transposition der grossen Gefässe.)
343. Rocher, H. L., Absence congénital du péroné gauche. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 440.
344. — Hypertrophie congénitale de l'avant-pied droit. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 1. Dez. 1913. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 161.

345. Rocher, H. L. und R. Mabille, A propos d'un cas de scoliose congénitale dorso-lombaire. Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. 22. März.
346. — und J. Souchet, Spina bifida lombo-sacré; raideur articulaire congénitale des deux genoux en extension; pied-bot varus-équin double; malformation de l'anus Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 158 u. 197.
347. — und R. Villar, Amputations et sillons congénitaux. Soc. anat-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 15. Dez. 1913. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 85. p. 240.
348. Röderer, Cas de malformation symétrique de la main. Revue d'orthop. Nr. 3.
349. Rosner, Missgeburt mit mangelhaft entwickelter Wirbelsäule. Gyn. Ges. Krakau. Sitzg. vom 11. Nov. 1913. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 308. (Fehlen von zwei Hals- und fünf Brustwirbeln.)
350. Rossi, Angeborene Muskelhyperplasie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 52. Heft 5/6.
351. Rouvilliois, H., Monstre double. Bull. et Mém. d. l. Soc. de Chir. de Paris. p. 246. (Pygopagi.)
352. Salz, Über Nabelfisteln. Bd. 7. Heft 2. p. 382—397. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 453.
353. Salzer, H., Atresia recti analis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 5. März. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 448.
354. Samuels, Über Ectropium uveae congenitum. Zeitschr. f. Augenheilk. April-Mai.
355. Savariaud, Les fausses fractures du col fémoral chez l'enfant et la coxa-vara soi-disant congénitale. Bull. et Mém. d. l. Soc. de Chir. p. 406. (Die kongenitale Coxa vara ist eine Folge der Rachitis.)
356. Savini, E., und Th. Savini, Die Rolle der osteo-arthromuskulären Dystrophie in der Ätiologie und Pathogenese der angeborenen Hüftgelenksluxation. Rumän. med.-chir. Kongr. Bukarest. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1788.
357. Sawicki, R., Meningocele sacralis anterior. Przegl. chir. i ginek. Bd. 9. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 11. p. 1124.
358. — Sternothoracopagus dicephalus tetrabrachius tetrapus mit Geburtsgeschichte. (Polnisch.) Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 454.
359. Schabad, A., Der Stoffwechsel bei angeborener Knochenbrüchigkeit (Osteogenesis imperfecta). Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 3.
360. Schäfer, Teratom der Nabelschnur. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 12. Dez. 1913. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 294. (Faustgrosser Nabelschnurbruch, plazentarwärts ein mehrzystisches Teratom der Schnur.)
361. Schede, F., Zur pathologischen Anatomie der kongenitalen Hüftverrenkung. Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. 22.
362. Schemensky, W., Die Thyreoplasie (kongenitales Myxödem) und ihre Therapie. Med. Klinik. Bd. 10. p. 1265.
363. Scherer, Monstrosität als Geburtshindernis. Ärzteverein Budapest. Gyn. Sektion. Sitzg. vom 8. Dez. 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 810. (Aszites; Kloakenbildung.)
364. Schlatter, C., Die Mendelschen Vererbungsgesetze beim Menschen an der Hand zweier Syndaktyliestammbäume. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 8.
365. Schliep, Über Blasenspalten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 1944. (Die verschiedenen Operationsverfahren. Ein Fall dieser Art mit erfolgreicher Operation durch direkte Vereinigung der Spaltränder.)
366. — L., Kongenitale Duodenalatresie. Hufelandsche Ges. Berlin. Sitzg. vom 8. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 472.
367. Schloffer, Megakolon. Verein deutscher Ärzte Prag. Sitzg. vom 6. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 721. (Ein angeborener Fall.)
368. Schmidt, A., und A. Ohly, Angeborene Erweiterung und Divertikelbildung des Duodenum. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1279.
369. Schmincke, Zwei Fälle von angeborener allgemeiner Wassersucht. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 20. Nov. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 839.
370. — Multiple Missbildungen. Münchn. Ges. f. Kinderheilk. Sitzg. vom 24. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 1314. (Akromakrie.)
371. Schmit, Kephalothorakopagus. Ärzteverein Oberösterreich. Sitzg. vom 4. Dez. 1913. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 732.

372. Schönhof, Hydrops congenitus. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 22. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1318. (Drei Fälle.)
373. Schröder, F., Zwei Fälle von Atresia ostii aortae congenita. Inaug.-Diss. Marburg 1913.
374. Schütz, H., Einige Fälle von Entwicklungsanomalie der Vena cava superior. Virchows Arch. Bd. 216. Heft 1. (Vier Fälle; Persistenz des Ductus Cuvieri.)
375. Schultze, Luxatio patellae lateralis congenita. XIII. Kongr. d. Deutsch. orthop. Ges. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 815.
376. Schuster, H., Haemangioma cavernosum im Herzen eines Neugeborenen. Virchows Arch. Bd. 215. Heft 3.
377. Schwalbe, E., Die Missbildungen der Menschen und der Tiere. III. Teil. Liefer. 11. 1. Abteil.: Die Missbildungen des Kopfes. Jena 1913. G. Fischer.
378. Schwartz, H., Über seltene Todesursachen bei Neugeborenen. Inaug.-Diss. Göttingen 1913. (Zwei Zwerchfellhernien und eine Bauchblasengenitalspalte.)
379. Schwarz, E., Über die Coxa vara congenita. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. Heft 3.
380. Schwefel, A., Abnormer Verlauf des rechten Ureters bei einem Fall von Dickdarmatresie und Hodenmissbildung. Zentralbl. f. Path. Bd. 25. Heft 3. (Linke Niere und Ureter fehlen; Verbindung des in einen soliden Strang endigenden rechten Ureters und des atretischen Dickdarms mit der Blase.)
381. Sell, A., Geburt eines Hydrozephalus mit totaler Lockerung der Schädelknochen. Casop. lek. cesk. 1913. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 606.
382. Sheill, Spencer, Kongenitaler zystischer Tumor. Transact. of the Roy. Acad. of Med. in Ireland. Vol. 31. p. 402—403. 1913. (Verf. berichtet von einem in der rechten Mammalinie entwickelten Tumor, der noch in den ersten Tagen wuchs, nach zwei Monaten durch Punktion seröse Flüssigkeit entleerte. Verf. will den Tumor öffnen und als offene Wunde behandeln.)
383. Shell, S., Congenital Icterus. R. Ac. of Med. in Ireland. Section of Obst. Sitzg. vom 3. April. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1255 u. 1316. (Viele Fälle sind nach Tweedy (Diskussion) auf Fehlen des Gallengangs zurückzuführen.)
384. Sieber, Kongenitaler Hautdefekt. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. April. p. 569—570. (Makroskopisch: Füsse und unteres Drittel beider Unterschenkel bis auf einige Inseln von Haut entblösst. Mikroskopisch: Fehlen des Oberflächenepithels; Bedeckung bildet die Lederhaut mit einzelnen Haarbälgen. Mangel des subkutanen Gewebes. Das Kind war ausgetragen, spontan von einer I para mit Eklampsie geboren.)
385. Siengalewicz, Nekropsiebefund eines Neonaten-: thorakale Ektopie der Baucheingeweide. Lemberger ärztl. Ges. Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 453.
386. Simon, Kongenitale Varizen. Chir. Ges. Breslau. Sitzg. vom 11. Mai. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 1073.
387. — L., Rôle de l'accoucheur en présence de quelques monstruosités foetales portant sur l'extrémité céphalique. Revue pratique d'obst. et de gyn. Bd. 20. Nr. 1.
388. Simonini, R., Un caso di degenerazione cistica dei reni d'un neonato. Soc. Med.-Chir. di Modena. Sitzg. vom 11. Juni 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 8. p. 398.
389. Simons, F. A., Eventration in Kombination mit verschiedenen anderen Missbildungen. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 354. (Enorme Bauchspalte mit Vorfall aller Eingeweide, Spina bifida, starke Skoliose, Fehlen des rechten Beins; rechter Ureter verschlossen.)
390. Sitsen, Megacolon congenitum. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. Bd. 1. Heft 6.
391. Smith, G. R., Report of a case of monstra per defectum. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 664. (Anencephalus mit Spina bifida.)
392. Smith, M. H., Imperforate anus; report of two cases. Illionis Med. Journ. Chicago. Bd. 26. Nr. 2.
393. Smith, O. C., Hygroma cysticum colli and hygroma axillare. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 522. (14 Tage nach der Geburt operiert.)
394. Sobotta, Genese eineiiger Zwillinge und Doppelmissbildungen. Studien zur Pathol. d. Entwicklung. Bd. 1. Heft 3.
395. Soldin, M., Grosser Fontanellknochen der vorderen Fontanelle. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. p. 286.
396. Solowij, Demonstration eines Holoakardiakus, ausgestossen drei Stunden nach Geburt eines reifen, lebenden Kindes von einer 37 jährigen Frau in der zweiten Schwanger-

schaft. Lemberger ärztl. Ges. Gyn. Rundschau. p. 453. (Ätiologie von Missbildungen bei eineiigen Zwillingen.)
397. Späth, Missbildung am Thorax. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 31. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1595. (Defekt von Rippen, der Brustmuskulatur und der Mamma.)
398. Speese, J., Unilateral congenital hypertrophy of leg and big toe. Arch. of Pediatrics. New York. Bd. 31. Nr. 4.
399. Spitzy, H., Chirurgische und orthopädische Eingriffe im Säuglingsalter. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 421. (Atresia ani, Gesichtsspalten, Torticollis, Klumpfüsse, Hernien etc.)
400. Ssetschko, Ein Fall von Missgeburt. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. p. 293. (Russisch.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 296. (Mädchen, dessen vier Extremitäten wie amputiert aussahen; besondere Breite der Nasalknochen, kleiner knochenharter Tumor in der Coccygealgegend. Kind lebte drei Tage. Sektion: als einzige Anomalie eine schmale Verbindungsbrücke zwischen Milz und linkem Eierstock. Ätiologie dieser Missbildung unklar.)
401. Stahr, Sakraltumoren. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 7. Febr. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 566. (Zwei Fälle von Steissteratomen.)
402. Stein, J. F., Eventratio diaphragmatica. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 5.
403. — A case of oxycephaly. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 62. p. 202.
404. Steinbach, J., Enormer Hydrozephalus. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 7. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 870.
405. Stephan, Seltene Missbildung. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 3. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1499.
406. Stoney, R. A. A., Spina bifida. Clinical Journ. London. Bd. 43. Nr. 2.
407. Stratz, Foetus papyraceus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 914. (Beschreibung eines aus dem fünften Monat stammenden Foetus papyraceus.)
408. Strong, M., Unusual case of congenital defect; absence of eyeballs. Amer. Journ. of Obst. Bd. 69. p. 1077.
409. Tallant, A. W., Case of multiple congenital malformation. Arch. of Pediatr. New-York. Bd. 31. Nr. 1.
410. Thiemich, Hirschsprungsche Krankheit. Ärztl. Verein Greifswald. Sitzg. vom 22. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1800.
411. Thomas, E., Fall von Arachnodaktylie mit Schwimmhautbildung und eigenartiger Ohrmuscheldeformität. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 10. Heft 3.
412. Tittel, Absprengungsmissbildung der Nase, Chondrodystrophia congenita, Hydrocephalus. Gyn. Ges. zu Dresden. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. p. 322.
413. Todd, A. H., Complete double harelip without any cleft of palate. R. Soc. of Med. Section for the Study of disease in children. Sitzg. vom 24. April. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1536.
414. v. Tóthfalussy, E., Die Hasenscharte. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. von Payr-Küttner. Bd. 7.
415. Trenkler, R., Fall vollkommener angeborener Penisspaltung (Doppelpenis). Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 1079.
416. Tutyschkin, P., Seltener Fall von Spina bifida. Neurol. Zentralbl. Nr. 3/4.
417. Twining, D. O., Ein Fall von Exomphalos. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 5. (Operation, Exitus.)
418. Uhlig, Sakraltumor. Ärztl. Verein Greifswald. Sitzg. vom 22. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1799.
419. Unger, Demonstration eines 14 Tage alten Kindes mit Asymmetrie des Rumpfes und mehrfachen Missbildungen. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. zu Wien. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 50. Jahrg. 51. p. 1925. (Grund: fast vollständiger Mangel an Fruchtwasser. Kind hat sich in einem Horn eines Uterus bicornis entwickelt.)
420. Van Eberts, E. M., und W. H. P. Hill, Congenital lymphangiectatic elephantiasis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 18. Nr. 3.
421. Velhagen, Cataracta congenita. Med. Ges. Chemnitz. Sitzg. vom 11. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 674.
422. Verebély, T., Enkephalocele. Ärzteges. Budapest. Sitzg. vom 7. Febr. Pester med.-chir. Presse. Bd. 50. p. 173.

423. Villinger, Chondrodystrophia foetalis. Ärztl. Verein Altona. Sitzg. vom 21. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 559.
424. Van Vliet, J. C., Angeborenes familiäres Ödem der unteren Extremitäten. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II. p. 1092.
425. Voron et Lolace, Grosser Tumor in der Regio sacralis bei einem Neugeborenen. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 2. p. 694—696. 1913. (Der Tumor in der Sakralgegend ist etwa halb so gross wie der kindliche Schädel.)
426. De Vries, Fall von Zebozephalie bei einem Neugeborenen. Studien z. Pathol. d. Entwicklung. Bd. 1. Heft 3.
427. Vogt, E., Teratom der Kreuzsteissbeingegend. Gyn. Rundschau. Bd. 8. p. 125.
428. Waas, Fall von kongenitalem Genu valgum bei kongenitaler Luxation der Patella nach aussen und angeborener Hüftluxation des rechten Beins. Zentralbl. f. chir. u. mechan. Orthop. Bd. 8. Heft 2.
429. Wachenheim, F. L., Hemimelia thoracica. Arch. of Pediatr. New York. Bd. 31. Nr. 9.
430. Wagner, G. A., Chondrodystrophischer Zwergwuchs. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitz. vom 20. Mai 1913. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 277. (Bei Mutter und Kind.)
431. Wasilewski, Lymphangioma cavernoso-cysticum eines mittelst Embryotomie zur Welt geschafften Fötus mit kindskopfgrossem Tumor einer Seite des Brustkastens. (Polnisch.) Gyn. Rundschau. Heft 12. p. 454.
432. Weber, H., Zwei Fälle von Anencephalie. Inaug.-Diss. München 1913.
433. Weichsel, Zwei Fälle von angeborenem Herzfehler (offener Ductus Botalli). Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 26. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1561.
434. Weigert, Eventratio diaphragmatica. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 23. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 730.
435. Weiksel, Angeborene Herzfehler. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 26. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1645.
436. Weiss, J., Über den Anus anomalus vulvo-vestibularis und seine chirurgische Behandlung. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 1.
437. Welt-Kakels, S., Congenital hypertrophy of the left half of the face. New York Ac. of Med. Section on Pediatr. Sitzg. vom 14. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 285.
438. Wenglowski, R., Zur Pathogenese der lateralen Halsfisteln. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. p. 604.
439. Werner, Enorme Verkürzung beider Unterschenkel und Polydaktylie. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 30. Okt. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 1465.
440. Wessely, Buphthalmus congenitus. Würzb. Ärzteabend. Sitzg. vom 17. Febr. Münch. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 681.
441. Wetterdal, Fall von Hernia diaphragmatica spuria congenita dextra. Nord. med. Ark. Bd. 56. Int. Med. Nr. 2.
442. Wiedhopf, Hirschsprungsche Krankheit. Naturhist.-med. Verein Heidelberg Sitzg. vom 19. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 40. p. 1903. (Zugleich Fehlen des rechten Leberlappens.)
443. Wieland, E., Zur Kritik und Morphologie der angeborenen Trikuspidalisatresie. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 79. p. 320.
444. Wienskowitz, H., Über die angeborene Wassersucht. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. p. 1725 ff.
445. Wilbouchevitch, M. N., Skoliose durch Missbildung des fünften Lumbalwirbels. Arch de Méd. des Enfants. Bd. 17. Nr. 1.
446. Wilkie, Congenital radio-ulnar synostosis. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 3.
447. Wilkins, A. G., Congenital defect of the ulna. Lancet. Jahrg. 92. Bd. 1. p. 1572.
448. Winkler, Intraperitoneales Teratom bei einem Neugeborenen. Stud. z. Pathol. d. Entwickl. Bd. 1. Heft 2. p. 238—256. (Der 511 g wiegende Tumor besitzt nur eine leichte Verbindung mit der Leber und geringe Darmverklebungen; lässt sich durch Laparotomie bei dem sieben Tage alten Mädchen gut entfernen.)
449. Wolter, B. A., Angeborene Zyanose. Wratsch. 1913. Nr. 48.
450. Worobjew, W. N., und W. A. Perimow, Ein Fall von angeborenem familiären Myxödem. Pädiatrie. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 920.
451. Wrede, Osteopsathyrosis idiopathica. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 26. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. p. 847.

452. Ylppö, A., Zwei Fälle von kongenitalem Gallengangsschluss. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 9. Heft 3/4.
453. Young, J. K., Chondrodystrophia fetalis. Arch. of Pediatrics. New York. Bd. 31. Nr. 5.
454. Zancani, A., Due casi di varici congenite degli arti inferiori. Arch. internaz. di chir. Bd. 2. Heft 3.
455. Zeiner-Henriksen, K., Zusammengewachsene Zwillinge. Norsk. Mag. f. Laegevidensk. Nr. 2. (Thoracopagus tetrabrachius [Cor triloculare bei einer Frucht]).
456. Zweifel, P., Fall von Hydrozephalus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 19. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 936.
457. — Restierende Kiemenspalte am Manubrium sterni. Ebenda.
458. — und Meumann, Angeborener Aszites. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 16. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 969. (Dilatation der Harnblase, Stenose der Urethra, Dilatation der Ureteren, hochgradiger Aszites, Nabelschnurbruch, Verkümmerung der unteren Extremitäten.)

Sach-Register.

Vergleiche stets das Einzelstichwort.
Die fett gedruckten Ziffern sind Hauptstichworte.

B.

C.

E.

F.

H.

L.

O.

T.

Ü.

Autoren-Register.

Die **fett** gedruckten Ziffern zeigen Referenten an.

C.

D.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

Y.

Z.

JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE.

UNTER DER MITWIRKUNG VON

DR. L. ADLER (WIEN), DR. B. ASCHNER (HALLE A. S.), DR. E. BRACHT (BERLIN), DR. KR. BRANDT (CHRISTIANIA), DR. H. W. FREUND (STRASSBURG I/E.), DR. A. HAMM (STRASSBURG I/E.), DR. W. HANNES (BRESLAU), DR. F. HEIMANN (BRESLAU), DR. R. HIRSCH (BERLIN). DR. O. HORN (KOPENHAGEN), DR. R. TH. JASCHKE (GIESSEN), CAND. MED. G. KABOTH, DR. F. KERMAUNER (WIEN), DR. L. KNAPP (PRAG), DR. A. J. M. LAMERS (AMSTERDAM), DR. W. LINDEMANN (HALLE A. S.), DR. S. LINDQVIST (SÖDERTÖLJE), DR. MENDES DE LEON (AMSTERDAM), DR. REIFFERSCHEID (BONN), DR. W. REUSCH (STUTTGART), DR. M. STICKEL (BERLIN), DR. W. STOECKEL (KIEL), DR. M. STUMPF (MÜNCHEN), DR. J. VEIT (HALLE), DR. ZUR VERTH (KIEL), E. WEISHAUPT (BERLIN).

REDIGIERT VON

PROF. DR. K. FRANZ IN BERLIN. UND PROF. DR. J. VEIT IN HALLE.

REGISTER BEARBEITET VON PROF. DR. ROTH (HALLE A/S.)

XXIX. JAHRGANG.

BERICHT ÜBER DAS JAHR 1915.

WIESBADEN.
VERLAG VON J. F. BERGMANN.
1916.

JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE

JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE.

UNTER DER MITWIRKUNG VON

DR. L. ADLER (WIEN), DR. B. ASCHNER (HALLE A. S.), DR. E. BRACHT (BERLIN), DR. KR. BRANDT (CHRISTIANIA), DR. H. W. FREUND (STRASSBURG I/E.), DR. A. HAMM (STRASSBURG I/E.), DR. W. HANNES (BRESLAU), DR. F. HEIMANN (BRESLAU), DR. R. HIRSCH (BERLIN), DR. O. HORN (KOPENHAGEN), DR. R. TH. JASCHKE (GIESSEN), CAND. MED. G. KABOTH, DR. F. KERMAUNER (WIEN), DR. L. KNAPP (PRAG), DR. A. J. M. LAMERS (AMSTERDAM), DR. W. LINDEMANN (HALLE A. S.), DR. S. LINDQVIST (SÖDERTÖLJE), DR. MENDES DE LEON (AMSTERDAM), DR. REIFFERSCHEID (BONN), DR. W. REUSCH (STUTTGART), DR. M. STICKEL (BERLIN), DR. W. STOECKEL (KIEL), DR. M. STUMPF (MÜNCHEN), DR. J. VEIT (HALLE), DR. ZUR VERTH (KIEL), E. WEISHAUPT (BERLIN).

REDIGIERT VON

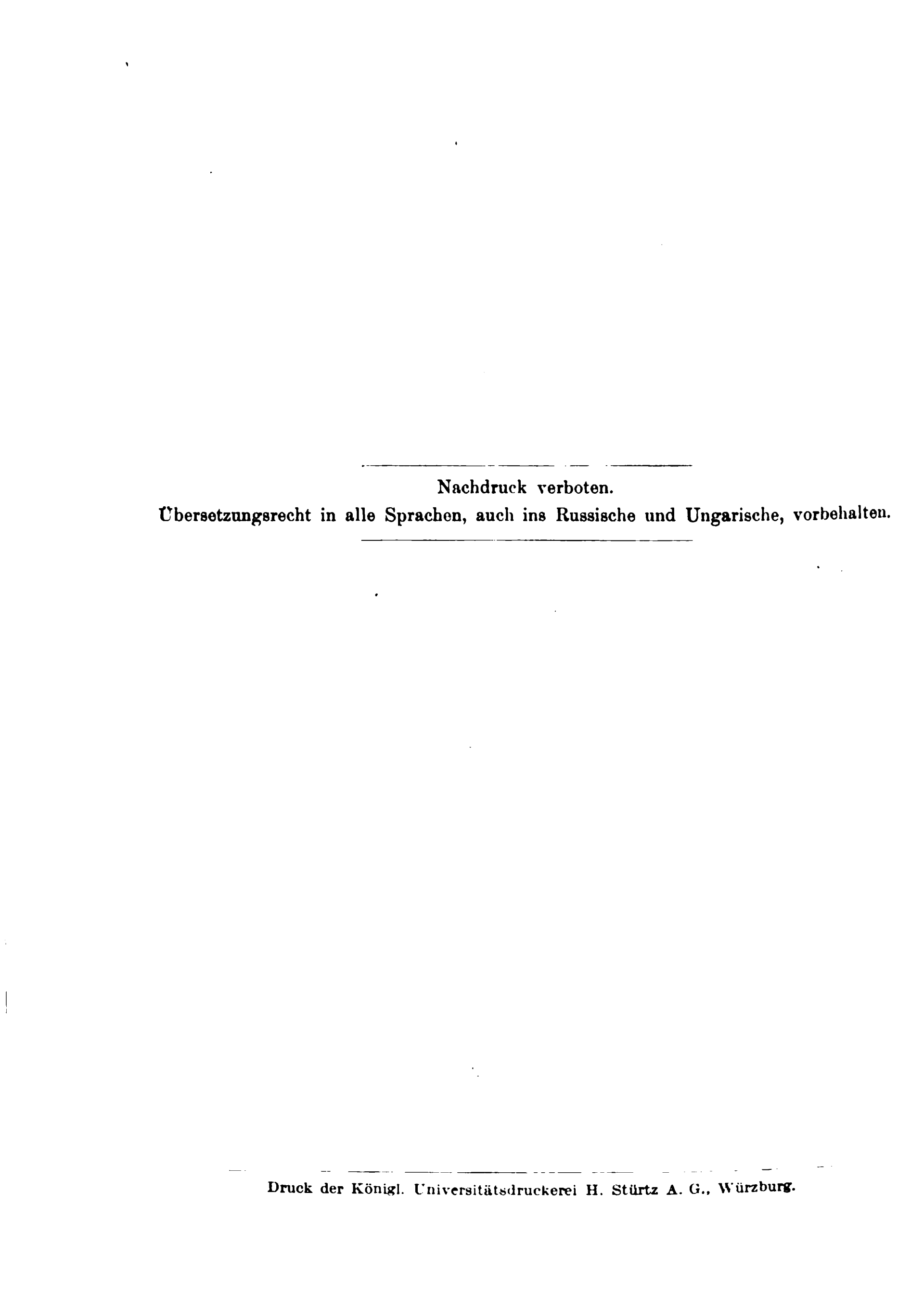
PROF. DR. K. FRANZ IN BERLIN UND PROF. DR. J. VEIT IN HALLE.

REGISTER BEARBEITET VON PROF. DR. ROTH (HALLE A/S.)

XXIX. JAHRGANG.

BERICHT ÜBER DAS JAHR 1915.

WIESBADEN.
VERLAG VON J. F. BERGMANN.
1916.



Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G., Würzburg.

Inhalt.

I. Teil.

Gynäkologie.

II. Teil.

Geburtshilfe.

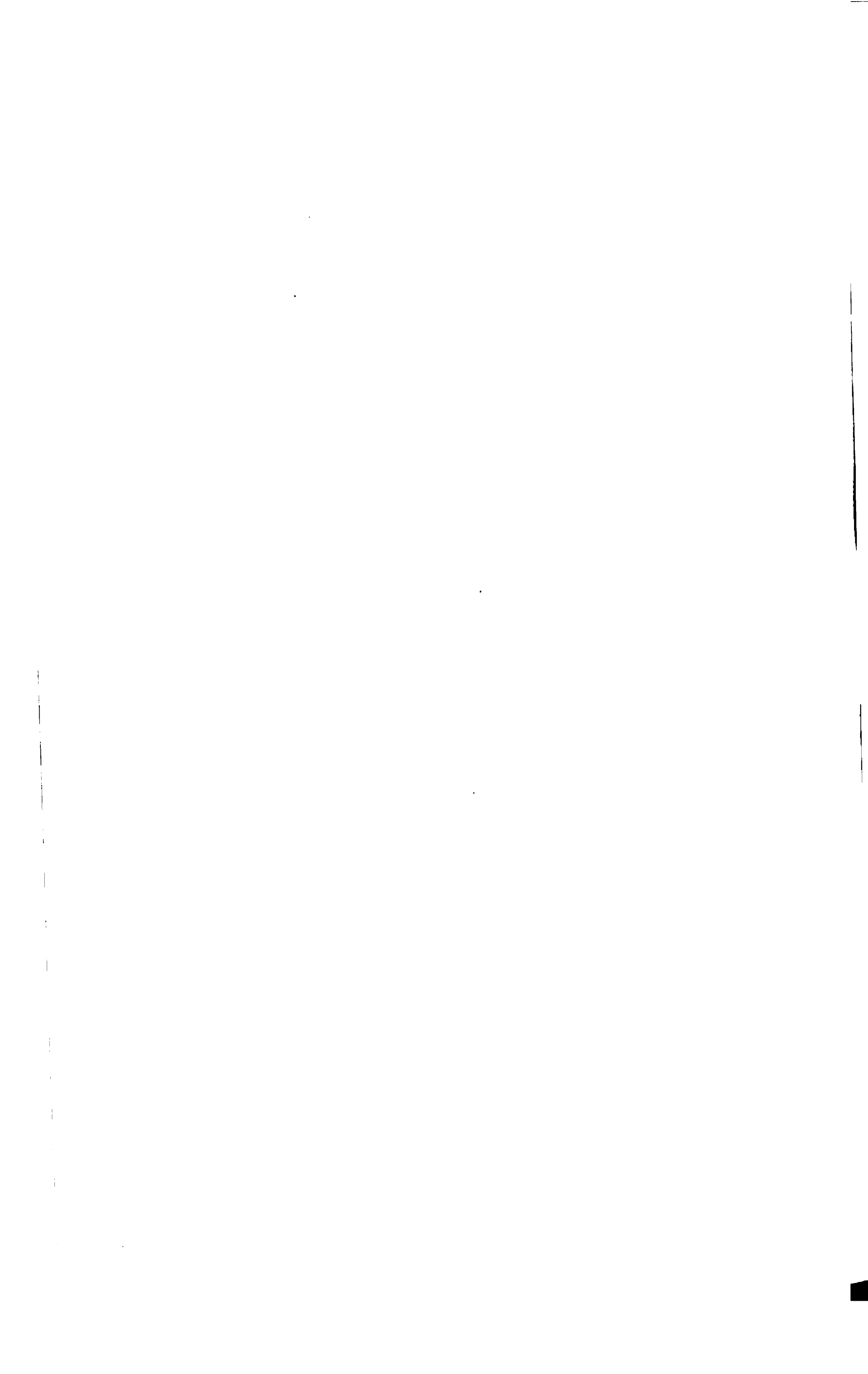
Aufforderung.

Die Redaktion des vorliegenden Jahresberichts richtet an die Herren Fachgenossen die Bitte, sie durch Übersendung von Separatabdrücken ihrer Veröffentlichungen weiter zu unterstützen und insbesondere an die Vorstände der Kliniken die Bitte, die jungen Doktoren zur Einsendung ihrer Dissertativnen zu veranlassen.

Sämtliche Literaturangaben, bei welchen das Jahr des Erscheinens nicht besonders bemerkt ist, sind auf das Berichtsjahr — 1915 — zu beziehen.

I. TEIL.

GYNÄKOLOGIE.



I.

Lehrbücher.

Referent: Prof. Dr. W. Stoeckel, Kiel.

---

1. Cameron, S. J., A Manuel of Gynecology for Students and Practitioners. New York and London.
2. Krönig und Pankow, Runges Lehrbuch der Gynäkologie. 5. Aufl. Berlin, J. Springer.
3. Mendes de Leon, M. A., Praktische Gynäkologie. Amsterdam 1915. Zweite verb. Aufl. (Im Anschluss an die neueren Auffassungen über die Endometritis durch die Untersuchungen von Hitschmann und Adler ist das betreffende Kapitel vollständig umgearbeitet, während die Atmokausis und Zestokausis mehr mit den modernen Anschauungen in Übereinstimmung gebracht sind. Die urologische Gynäkologie ist von Dr. van Capellen neubearbeitet, während eine mikroskopisch-pathologisch-anatomische Betrachtung der weiblichen Geschlechtsorgane von Mendels eingefügt ist. Neu ist auch die ausgedehnte Liste mit Rezepten für verschiedene Krankheiten, während viele Abbildungen neu, andere verbessert sind.) (Mendes de Leon.)

Das letzte Jahr war selbstverständlich arm an wissenschaftlicher Produktion, auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie naturgemäss besonders arm. Die Gynäkologen sind bei uns teils durch den Heeresdienst, teils durch die Erfüllung praktischer Berufspflichten in ihren Instituten so stark in Anspruch genommen, dass sie zu wissenschaftlicher Arbeit nur wenig kommen, und dass grössere Werke nicht in Angriff genommen werden konnten. Wie bei uns, so ist auch in den anderen kriegführenden Ländern – dort bleibt für alles, was mit dem Kriege nicht in unmittelbarem Zusammenhang steht, scheinbar noch viel weniger Raum wie in Deutschland. Auch die sogenannte „neutrale Welt" ist aus dem ruhigen Geleise der Friedensarbeit geraten; auch dort ist, soweit ich unser Arbeitsgebiet überblicken kann, nichts erschienen, worüber berichtet werden könnte.

Somit kann ich mich darauf beschränken, das durch Krönig und Pankow (2) neubearbeitete Lehrbuch von Runge anzuzeigen. Runge selbst hatte drei Auflagen bearbeitet, die vierte Auflage besorgte sein Schüler Birnbaum, der den Text des Werkes mit einigen Ergänzungen versah, die Illustration aber durchgreifend umgestaltete und ganz erheblich verbesserte. Die beiden Autoren der neuen Auflage haben wissenschaftlich keine besonders nahen Beziehungen

zu dem verstorbenen Begründer des Lehrbuches gehabt, und man geht wohl nicht fehl in der Annahme, dass die Anregung zur Übernahme der für sie nicht leichten Arbeit von dem Verleger gekommen ist.

Ob es im Prinzip richtig ist, Lehrbücher verstorbener Kliniker durch Neuverlegungen „erhalten" zu wollen, ist schwer zu sagen. Man ist geneigt, die Frage um so eher zu verneinen, je mehr die Persönlichkeit des ursprünglichen Autors in dem Buche zum Ausdruck gelangte und seinen Wert ausmachte. Denn wenn auch die Pietät immer als Leitmotiv bei solchen Versuchen bezeichnet und aufs eindringlichste versichert wird, dass die persönliche Art der Darstellung erhalten werden soll, so kann die Durchführung dieser Absicht doch nur selten für einige Auflagen und nur dem gelingen, der dem ersten Autor menschlich und wissenschaftlich ganz besonders nahestand. Als Beispiel kann die Weiterführung des Schroederschen Lehrbuches durch Hofmeier dienen. Gewöhnlich wird die neue Bearbeitung doch bald ein selbständiges und ganz anderes Werk, das von dem ursprünglichen nur das Gerüst der in jedes Lehrbuch hineinzubringenden, grundlegenden, Änderungen kaum noch unterliegenden Tatsachen und Abbildungen übernimmt, was für den Verleger und für den Autor eine wesentliche Arbeitserleichterung bedeutet, sich aber im übrigen, mit jeder weiteren Auflage deutlicher, als völlig neue Darstellung erweist.

So wird es in späteren Auflagen selbstverständlich auch mit diesem Buche gehen. Wenn es wirklich gut bleiben soll, wird es sogar so gehen müssen, denn man kann nur gut schreiben, wenn man es in seinem eigenen Stil und nach seiner eigenen wissenschaftlichen Überzeugung tut. Bei der jetzigen Bearbeitung konnte die Rungesche Eigenart der Darstellung noch weitgehend gewahrt werden, trotzdem eine Reihe von Kapiteln völlig umgearbeitet oder neubearbeitet werden musste. Dazu gehören die Lageveränderungen, die Metropathia uteri, die Genitaltuberkulose, die Extrauteringravidität, die Beziehungen zwischen Darm- und Genitalleiden. Unter den neu eingefügten Abschnitten sind die über physikalische Therapie, insbesondere die Strahlentherapie sowie die über die Narkose handelnden die umfangreichsten und wichtigsten. Sie sind bei der Rolle, die die Freiburger Klinik in der Ausbildung sowohl der Strahlentherapie wie der Narkose gespielt hat, natürlich nach Form und Inhalt ausgezeichnet. Besonders anerkennenswert ist die mit Rücksicht auf den Leserkreis des Buches durchaus gebotene Zurückhaltung, mit der die Heilwirkung der Röntgenstrahlen und der radioaktiven Substanzen beim Karzinom beurteilt wird. Mir ist allerdings der Satz „Immerhin wird man auch mit der Strahlentherapie zu weit vorgeschrittene Karzinome kaum heilen können" nach dem augenblicklichen Stand der Dinge noch immer viel zu weitgehend für studentische Gläubigkeit. — Die bildliche Erläuterung des Textes ist durch Einfügen zahlreicher neuer und durch Austausch einiger früherer gegen bessere Bilder sehr vervollkommnet worden. Für die weiteren Auflagen wäre es erwünscht, wenn der Name des Verfassers jedem Kapitel beigefügt würde, damit man noch deutlicher als jetzt erkennen kann, von wem es bearbeitet ist.

II.

Anästhesierungsmethoden, allgemeine und medikamentöse Therapie, Diagnostik, Zusammenhang mit der übrigen Pathologie, Allgemeines über Laparotomie und sonstiges Allgemeines.

Referent: Privatdozent Dr. Bernhard Aschner, Halle a. S.

A. Anästhesierungsmethoden, allgemeine und medikamentöse Therapie.

1. Albrecht, H., Die Anwendung des Koagulen-Kocher-Fonio in der Gynäkologie. Münchn. Gyn. Ges. 28. Mai 1914. (Lokale Anwendung der 10%igen Lösung ergibt prompte Wirkung bei diffusen parenchymatösen Blutungen. Das Mittel versagt bei arteriellen und venösen Blutungen, ferner bei vaginalen Operationen und bei intrauteriner Anwendung.)
2. Boldt, H. J., Spinal Anesthesia in Gynecology. New York Med. Journ. March 6. CI. Nr. 10. p. 437—492 und Illinois Med. Journ. Chicago. Febr. XXVII. Nr. 2. p. 81—176.
3. Clark, William L., The use of Desiccation surgery in Gynecology. The Amer. Journ. of Obst. July. (Verf. benützt seit sieben Jahren mit gutem Erfolg eine von ihm besonders ausgebildete Form der Galvanokaustischen „Austrocknung" der Gewebe. Haut und Schleimhautgeschwülste, der Urethra, Vulva, Vagina, des Dammes, der Blase, der Cervix und des Mastdarmes kommen dafür in Betracht. Nebst gutartigen Veränderungen der genannten Organe wurde auch die Palliativbehandlung bösartiger Neubildungen geübt.)
4. Cullen, T., Unusual cases illustrating points in diagnosis and treatment. Surg., Gyn. and Obst. March.
5. Drucker, Viktor, Über das Amphotropin als Desinfiziens der Harnwege. Therapie d. Gegenw. Juli.
6. Edel, Max, Erfahrungen mit dem billigen Wundstreupulver Chlorkalk-Bolus alba. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. (Das von Riehl empfohlene Gemisch von Calcium hypochloricum mit Bolus alba (1 : 9) reinigt infizierte Wunden rasch und wirkt sekretionsbeschränkend. Das Mittel ist sehr billig und unschädlich.)
7. Engelhard, Parasakrale Anästhesie. Ned. Gyn. Ver. 15. Febr. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jahrg. 4. Heft. (Engelhard spricht über präsakrale Anästhesie. Der Redner hat bei gynäkologischen Operationen verschiedene Arten von Anästhesie versucht: lokal mit Novocain-Adrenalininjektionen, regional durch Umspritzen des N. pudendus mit 1%iger Novocain-Adrenalinlösung. Da aber keine volle Anästhesie erreicht wurde, hat er die präsakrale Methode von Brauer angewendet, und zwar mit gutem Erfolge ohne unangenehme Nebenerscheinungen.) (Mendes de Leon.)
8. Engelhorn, E., Zur Behandlung der Ausfallserscheinungen. Münchn. med. Wochenschrift. p. 1527. (Engelhorn empfiehlt zur Behandlung der Ausfallserscheinungen den Aderlass, der in früherer Zeit von Hufeland (1839), Dyes (1877) und Schubert dafür empfohlen worden und seither wieder in Vergessenheit geraten war. Engelhorn stellte jedesmal nach dem Aderlass eine sofortige Herabsetzung des Blutdruckes bis 20 mm fest. Auch subjektiv fühlten sich die Patienten wohler, die Blutwallungen nach dem Kopf, das Hitzegefühl, Schweissausbrüche und die Rötung des Gesichtes waren verschwunden. In einzelnen Fällen musste allerdings der Aderlass schon nach 8—14 Tagen wiederholt werden, aber jedesmal mit gutem Erfolg. Auch bei nervösen

Erscheinungen in den Pubertätsjahren, welche auf Dysfunktion des Ovariums beruhen, ist vom Aderlass manchmal Besserung zu erwarten.)

9. Fellenberg, R. v., Behandlung der weiblichen Unfruchtbarkeit. Schweiz. Korrespondenzbl. Nr. 45. (Zusammenfassende Darstellung der Ursachen und Behandlung der Sterilität.)

10. Fraenkel, Ernst, Über die Verwendung des Wasserstoffsuperoxyds bei der Wundbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. (Empfehlung des Wasserstoffsuperoxyds besonders in Form der Ortizonstifte und des Ortizonpulvers zur Reinigung infizierter Wunden.)

10a. Gellhorn, G., Spinal anaesthesia in gynecology. Surg., Gyn. and Obst. Oct. 4. 1914. (Bericht über 169 abdominale und vaginale Operationen mit Rückenmarksanästhesie. Warme Empfehlung.)

11. Goldenberg, Th., Über Extraduralanästhesie (Sakralanästhesie) in der Chirurgie und Urologie. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. Heft 6. (Die hohe Sakralanästhesie nach Schlimpert hält Verfasser nicht für absolut ungefährlich und nicht für einen vollwertigen Ersatz anderer Anästhesien. Die tiefe Extraduralanästhesie dagegen ist ungefährlich und bewährt sich ausgezeichnet bei allen Operationen an Vagina, Portio, Vulva und Damm. Ebenso bei Hämorrhoidenoperationen. Für die Behandlung der Blase hat die Methode besondere Vorteile. Kontraindikationen sind Fettsucht, Arteriosklerose und Herzfehler. Konkurrenzfähig mit der Sakralanästhesie ist nur noch die parasakrale Anästhesierungsmethode nach Braun.)

12. Hilfrich, Lenicet bei der Wundbehandlung. Med. Klinik. Nr. 7. (Lenicet, besonders das Perulenicet, wird an Stelle der essigsauren Tonerde mit Erfolg bei schon vereiterten oder wahrscheinlich infolge Infektion der Vereiterung entgegengehenden Wunden verwendet.)

13. Hirsch, A. B., Static currents of value in Gynecology. The Amer. Journ. of Obst. July. (Komstante Ströme können häufig mit Erfolg bei Hypoplasie und Lageveränderungen des Uterus angewendet werden. Desgleichen bei allen Arten von Innervationsstörungen wie Krampfzuständen, Athomie und Hyperästhesie der Beckenorgane. Die reizbare Blase, der Ovarialschmerz, der Vaginismus und ähnliche Zustände eignen sich gleichfalls für diese Behandlungsmethode.)

14. Hirsch, Henri, Die physikalischen Heilmethoden in der Hand des praktischen Arztes. Med. Klinik. Nr. 10. (Dem praktischen Arzt wird der Wert und die Kenntnis der physikalischen Heilmethoden dringend anempfohlen.)

15. Hübler, Ein Beitrag zur Händedesinfektion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. (Das Afridol (Oxymerkuri-o-toluolsaures Natrium) hat nach Neumark eine das Sublimat um ein Vielfaches übertreffende entwicklungshemmende Wirkung, die auch bei Seifenzusatz nicht nachlässt. Auch Afridolseife reizt die Haut nicht, Einreibung der Hände mit ihrem Schaum schützt vor Infektion. Zur Not können auch Instrumente damit desinfiziert werden.)

16. Hyden, H., Über Noviformbehandlung in der Gynäkologie. Med. Klin. 1914. p. 1794. (Das Noviform hat sich wegen seiner sekretionshemmenden Wirkung dem Autor in der gynäkologischen Praxis bisher gut bewährt.)

17. Jerie, J., Die Lokalanästhesie in der Gynäkologie. 5. Kongr. tschechischer Naturforscher u. Ärzte in Prag 1914. (Unter lokaler Infiltrationsanästhesie mit $^1/_2$%iger Novocain-Suprareninlösung konnten kleinere und grössere gynäkologische Operationen mit ziemlich vollkommener Schmerzlosigkeit ausgeführt werden. Vorher Morphium, geringe Nachschmerzen, Heilung stets per primam. Operationen am Damme, an der Cervix, Prolapsoperationen, Blasen-Scheidenfisteln, Alexander-Adamssche Operationen und fünf Laparotomien wurden auf diese Weise ausgeführt. Nachteilig machte sich nur die Spannung der Bauchdecken bemerkbar, so dass ab und zu Allgemeinnarkose notwendig war. Ein extraperitonealer, cervikaler Kaiserschnitt gelang gleichfalls in Lokalanästhesie mit nur mäßigen Schmerzen beim Abpräparieren der Cervix und bei der Zangenextraktion.)

17a. Ivy, Th. R., and J. C. Birdsall, Observations on the gonococcus complement fixation test employing specific and non specific antigens. Surg., Gyn. and Obst. Sept. 3. 1914.

18. Kastriner, Apard, Über das Peristaltin, das neue Glykosid der Cort. Casc. Sagrada. Therap. d. Gegenw. Juli.

19. Katz, G., Der Ausfluss der Frau und seine Behandlung mit Yatrengaze. Med. Klin. 1914. p. 1620. (Das Yatren wirkte in Form der 10—20%igen Yatrengaze (allerdings in Kombination mit der Spülbehandlung) „heilend auf alle mit Ausfluss einhergehenden entzündlichen Prozesse der weiblichen Genitalien, ausgenommen bei akuter Gonorrhoe.)

20. Kehrer, E., Erfahrungen über Sakralanästhesie besonders bei gynäkologischen Operationen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 2. (Kehrer berichtet über die letzten 140 von ihm mit Sakralanästhesie operierten Fälle. Beschreibung der Technik an der Hand von Abbildungen. Die Methode soll auch für alle grossen gynäkologischen Laparotomien ausreichen, jedoch verwendet Kehrer weit grössere Mengen Novokain als Schlimpert, nämlich bis zu 60 ccm der $1^1/_2$%igen Novokain-Natrium-Bikarbonatlösung. Nur bei sehr geschwächten Personen wird auf die Schlimpertsche Maximaldosis von 53,3 ccm herabgegangen. Die Erfolge in bezug auf Schmerzlosigkeit und Erschlaffung der Bauchdecken sind dann dieselben wie mit der Lumbalanästhesie. An Stelle der unbequemen Knie-Ellbogenlage empfiehlt Kehrer die Seitenlage mit stark gekrümmten Rücken, welche auch zur hohen Extraduralanästhesie vollkommen ausreicht. Im Gegensatz zur Lumbalanästhesie können dabei unangenehme Nachwirkungen fast mit Sicherheit vermieden werden. Die Ausführung der Epiduralinjektion bedarf einer gewissen Übung. Fette Personen eignen sich nicht dazu. Ein Nachteil ist, dass die Anästhesie nur etwa 60 bis 70 Minuten lang anhält. Für geburtshilfliche Operationen eignet sie sich nicht, weil die damit verbundene Herabsetzung der Wehentätigkeit leicht Gefahren bringen kann.)

21. Konjetzny, G. E., Kurze Bemerkung zur Originalmitteilung von Schiele in Nr. 43 dieses Zentralblattes. Zentralbl. f. Chir. 1914. Nr. 48. (Die von Schiele angegebene und von Clumsky weiter empfohlene Karbol-Kampferlösung hat sich auch dem Verf. sehr bewährt, kann aber in grösseren Dosen zu Karbolvergiftung führen. Es ist wertvoll bei Phlegmonen, Mastitiden, Nahtabszessen usw., in Form der in die Lösung getauchten und gut ausgedrückten Gaze. Zur Injektion ins Peritoneum ist das Mittel viel zu giftig.)

22. Kremer, G. M., und W. Niessen, Vernisanum purum als Antiseptikum und zur Wundbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17. (Vernisan (Jod-Phenol-Kampfer) unverdünnt auf die Haut gestrichen wird ganz resorbiert. Es ist ein starkes Desinfiziens, wirkt antiphlogistisch, anästhesierend und stillt den Juckreiz. Instrumente schädigt es nicht. Da es auch bisher Herz und Nieren nicht beeinträchtigt hat, wird es zur Hautdesinfektion des Operationsfeldes und zum Wundverband empfohlen.)

23. Krummacher, Vollkommener Ersatz des Benzins durch Carbonum tetrachlor. in der Chirurgie. Med. Klin. Nr. 6.

24. Löwy, J., Über die Beeinflussung innerer Blutungen durch intravenöse Traubenzuckerinfusionen. Prager med. Wochenschr. 1914. Nr. 33. (200 ccm einer 20%igen Traubenzuckerlösung wurden intravenös gegen innere Blutungen versucht. Unangenehme Nebenwirkungen fehlten. Bei zwei Darmblutungen guter Erfolg. Bei Lungenblutung kein nennenswerter Erfolg. In einem Falle von Nierenblutung kein Erfolg. Da die Infusion viel Zeit und Sorgfalt erfordert, verdient der Traubenzucker nicht als wirksames Styptikum in den Arzneischatz eingeführt zu werden.)

25. Massey, G. Betton, 1. An Improved Ionization Method for Cancer of the Cervix. 2. Sinusoidal Galvanic Reversal in Enteroptosis and Pelvic Relaxation; two New Electrical Methods in Gynecology. Transact. of the Obst. Soc. of Philadelphia. The Amer. Journ. of Obst. July. p. 157.

26. Montgomery, Frederick, The Etherometer, a means for mechanical anesthesia. The Amer. Journ. of Obst. July. (Beschreibung eines graduierten automatischen Äthertropfglases, durch dessen Anwendung ein hoher Grad von Gleichmässigkeit und Sicherheit erzielt werden kann.)

27. Mosbacher, Ed., Zur Anwendung des Ortizons. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. (Ortizon reinigt infizierte Wunden ausserordentlich schnell. Besonders auch bei Pyocyaneusinfektion. Ist auch als Prophylaktikum bei frisch infizierten Wunden mit Erfolg verwendet worden.)

28. Offergeld, H., Über Cotarnin und seine Anwendung. Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 381. (Cotarnin ist ein weniger giftiges Oxydationsprodukt des Hydrastinin. Beide sind Isochinolinderivate. Das Cotarnin unterscheidet sich pharmakologisch vom Hydrastinin dadurch, dass es nicht so sehr vasokonstriktorisch wirkt, sondern hauptsächlich Blutdrucksenkung, Verlangsamung des Kreislaufes und bessere Blutgerinnung her-

vorruft. Auf Darm, Blase und Uterus wirkt es kontraktionserregend. Da Cotarnin seiner Herkunft nach ein Opiumderivat ist, kann es bei Mengen, die 0,9 Gramm überschreiten, Verlangsamung der Atmung, der Herztätigkeit und sogar Kolaps herbeiführen. Es wird nur für gynäkologische Blutungen empfohlen. In der Geburtshilfe ist es unbrauchbar.)

29. Reich-Brutzkus, Über eine modifizierte Grossichsche Jodtinkturdesinfektion bei Operationen. Inaug.-Diss. Bern 1913. (Verwendung eines Gemisches von drei Teilen Jod, 10 Teilen Alkohol absol. und 90 Teilen Chloroform zum Anstrich des Operationsfeldes. Nach fünf Minuten wird das Jod wieder mit Alkohol abgewaschen. Die Flüssigkeit dringt wahrscheinlich bis in das Stratum Malpighi ein und schädigt die Haut nicht. Es soll dies gegenwärtig das sicherste und bequemste Desinfektionsmittel sein.)

30. Robinson, William J., Gonorrhoe bei Frauen. Med. Record. Vol. 87. Nr. 16. New York. April 17. (Die weibliche Gonorrhoe verläuft oft unbemerkt. Erst bei Übergreifen auf die höheren Abschnitte treten heftigere Erscheinungen auf. Konservative Therapie wird empfohlen. Mit der Vakzinetherapie hat der Verfasser keine guten Resultate.)

31. van Rooy, A. M. H. I., Novokain-Anästhesie bei gynäkologischen Laparotomien. Ned. Tijdschr. voor Verlosk. en Gyn. 25. Jahrg. Afl. 1/2. (Nach der Methode van Hackenbruch injiziert der Verf. in der Mittellinie und in einer rautenförmigen Linie um diese hin eine 1⁰/₀ige Novokainlösung in die Bauchwand in ihrer ganzen Dicke und kann dann schmerzlos den Bauch öffnen. Werden dann noch die Plicae Douglasii und das Lig. latum infiltriert, was schon vor der Operation auf vaginalem Wege geschehen kann, so sind alle Operationen ganz schmerzfrei auszuführen, wie er in 18 Fällen erfahren konnte, wobei grosse Uterustumoren oder Ovarialzysten entfernt wurden. (Mendes de Leon.)

32. Ruge, Ernst, Erfahrungen an den 22 ersten Fällen von vaginalen Operationen in parametraner Leitungsanästhesie. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 52. (Die erste Veröffentlichung des Verfahrens im Zentralbl. f. Gyn. 1912, Nr. 18 betraf zwei Uterusexstirpationen. Die Methode besteht in wesentlichen in der Injektion von 1—2 ⁰/₀igem Novokain in das parametrane Gewebe, sowie in das vordere und hintere Scheidengewölbe. Auf 100 ccm Novokainlösung kommen fünf Tropfen einer 1⁰/₀igen Suprareninlösung. Die Einspritzung in die Scheidengewölbe ist überflüssig, sie verkürzt jedoch die Zeit bis zum Eintritt der Anästhesie. Nur ein Versager. Verf. glaubt, dass manche Individuen auf Novokain weniger reagieren. Blase und Rektum sind nach der parametranen Injektion vollkommen unempfindlich. Kontraindikation ist entzündliche Infiltration der Parametrien wegen der Möglichkeit der Keimverschleppung.)

33. Schmitt, Artur, Die spezifische Behandlung der Gonorrhoe. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 4. Heft 1. (Verf. hält die Gonokokkenvakzine für ein nicht nur in theoretischer Hinsicht interessantes Mittel, sondern auch für ein wertvolles Medikament. Übertriebene Erwartungen sind aber ebensowenig am Platze, wie übertriebene Skepsis. Das Verfahren ist bei richtiger Anwendung ziemlich unschädlich. Auch in diagnostischer Hinsicht kann es manchmal von Nutzen sein.)

34. Schmidt, Hugo, Über Heilung entzündlicher Beckentumoren mittelst galvanischer Schwachströme. Therapie d. Gegenw. 1914. Heft 12. (Gute Erfolge mit Gleichstrom von 20—30 Milliamp. bei Neuralgien der weiblichen Beckenorgane, auch alle Arten von chronischen Entzündungen, sowie kleine Myome glaubt Verf. damit gebessert zu haben.)

35. Schmidt, W. Th., Gelonida alumini subacetici (Goedecke) und Oxyuriasis. Med. Klin. Nr. 27.

36. Schönwitz, W., Über Tampospuman in der gynäkologischen Praxis. Therapie d. Gegenw. p. 479. (Empfehlung des Tampospuman als lokales Styptikum bei gynäkologischen Blutungen in Form von Stäbchen für die zervikale und in Form von Tabletten für die vaginale Einführung. Das Mittel enthält Suprarenin und Styptizin, welche vasokonstriktorisch sowie Eisenchlorid und Chinin, welche gerinnungserregend wirken. Wesentlich ist, dass bei der Auflösung des Mittels im Genitalsekret Kohlensäure unter einem Druck bis zu 61 Millimeter Hg frei wird. Dieser mechanisch wirkende „Schaumtampon“ soll bis zu einer Stunde lang anhalten. Die Erfolge bei 50 Patientinnen waren so befriedigende, dass seine Anwendung auch bei Blutungen aus anderen Körperhöhlen empfohlen wird.)

37. Schönwitz, W., Über Thigasin in der gynäkologischen Praxis. Ther. d. Gegenw. Heft 2. (Bei Vulvitis und Pruritus vulvae wurde Thigasin-Henming mit sehr gutem Erfolge angewandt. Die zu behandelnden Stellen werden mit Gaze gereinigt und mit einer dicken Schicht Thigasin bedeckt. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Einige einschlägige kurze Krankheitsgeschichten werden mitgeteilt.)

38. Schumacher, J., Zur Desinfektion des Operationsfeldes mit Jodtinktur oder anderen Arzneimitteln. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. (Mit Jodikumtabletten und Alkohol oder Kornbranntwein kann sich der Feld- oder Landarzt jederzeit leicht eine frische Jodlösung bereiten. Einen Ersatz für Jodtinktur stellt Verf. in zwei Lösungen her: I. Rp. Kali jodati 2,0 Aqu. dest. + Spiritus āā 5,0, II. Ammoniumpersulfat 2,0, Aqu. dest. + Spiritus āā 5,0. Man bestreicht die Haut mit der ersten Lösung und dann die bestrichene Fläche mit der zweiten. Nach 50 Sekunden ist die Umsetzung in Jod vollendet. Sehr alte Lösungen sind nicht zu verwenden.)

39. Stone, J. S., Jod als keimtötendes Mittel bei supravaginaler Hysterektomie nebst Bemerkungen über die Morbidität. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 1. p. 74. (Der Autor bestreicht die ganze Vagina mit einer 25%igen alkoholischen Jodtinktur, dilatiert dann die Cervix und injiziert eine Unze derselben Flüssigkeit bei geringem Druck in die Uterushöhle. Auch der Cervixstumpf wird vor der Vernähung und Peritonealisierung noch mit Jodtinktur bestrichen. So kann man nach den Erfahrungen des Verfassers die Mortalität der supravaginalen Amputation, welche bis jetzt durchschnittlich noch 5% beträgt, noch weiter herabsetzen.)

40. Thaler, H., Zur Anwendung der Lokalanästhesie bei grösseren vaginalen Operationen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 438. (In Fortsetzung der bereits 1912 beschriebenen Methode der Lokalanästhesie bei Hysterotomia anterior berichtet Thaler über eine Reihe von weiteren vaginalen Operationen in Lokalanästhesie, darunter fünf Karzinomoperationen nach Schuchardt-Schauta. Die Anästhesie bei der Kolpohysterotomia anterior behufs Ausräumung des junggraviden Uterus wurde durch Anlegen parametraler Depots halbprozentiger Novokainlösung erreicht. Der Suprareninzusatz verringerte die Blutung dabei auf ein Minimum, besonders wenn mehrere Kubikzentimeter der Lösung in die vordere Uteruswand selbst injiziert worden waren. Die Methode versagte niemals. Unabhängig von Thaler hat Ernst Ruge über eine Methode der Leitungsanästhesie bei vaginalen Operationen berichtet, welche in folgendem besteht: Mehrere je 10 ccm betragende Depots einer 1—2%igen Novokain-Suprareninlösung werden in das parametrale Gewebe am höchsten Punkt der seitlichen Scheidengewölbe 5—7 cm tief eingebracht. Wenn man 20—25 Minuten nach der Injektion wartet, so kommt man in der Regel mit zwei seitlichen Depots aus und es sind Injektionen in das Gewebe zwischen Uterus und Blase, sowie in die Submukosa des hinteren Scheidengewölbes dann nicht nötig. Irgendwelche Nachteile der Methode konnten nicht beobachtet werden. Die erste Serie grösserer in Lokalanästhesie ausgeführter Operationen betraf die vaginale Tubensterilisation bei tuberkulösen Graviden. Die Patientinnen bekamen am Abend vor der Operation 0,5 Gramm Veronal und vor der Operation 0,03 Narkophin mit oder ohne Skopolaminzusatz oder dgl. Als Anästhetikum wurde eine sterile 1/2%ige Novokainlösung verwendet, der auf 100 ccm 25 Tropfen Suprarenin zugesetzt wurden. Zunächst wurde das äussere Genitale anästhesiert, und zwar entweder mittelst Pudendusanästhesie oder durch direkte Infiltration des Scheideneinganges. Hierauf je 10 ccm in die vordere Vaginalwand und in beide seitliche Parametrien, ebenso in das parametrane Gewebe zwischen Uterus und Blase, endlich zwischen Uterus und Rektum. Gesamtverbrauch an Anästhetikum ca. 95 ccm. Nach einer Wartezeit von 8—10 Minuten konnte mit der Operation begonnen werden. Zwei Fälle von Interposition des Uterus bei Prolaps wurden auf dieselbe Weise mit Erfolg anästhesiert. Von vaginalen Totalexstirpationen kann nur ein Fall zur Operation. Dieselbe Technik, gute Anästhesie bis auf den Moment, wo der stark vergrösserte Uterus aus der Bauchhöhle vorgewälzt werden musste. Ein geringes Quantum Narkose war erforderlich. Das prinzipiell Neue an der Arbeit ist, einem Vorschlage Schautas entsprechend, die Anwendung ausschliesslicher Lokalanästhesie für die erweiterte vaginale Totalexstirpation bei Karzinom. Ausgedehnte Anästhesien der Vulva, besonders in der Gegend des anzulegenden Paravaginalschnittes und Anbringung der parametranen Depots möglichst nahe der Beckenwand führten auch hier zum Ziele. Die Wundheilung war günstig. Die Präparation der Blase und der Ureteren wurde durch die vorangegangene Infiltration sogar noch erleichtert. Die von Schlimpert angegebene Maximaldosis von 0,8 Novokain wurde niemals erreicht. Die Lokal-

anästhesie dürfte daher auch auf dem Gebiete der vaginalen Operationen der Lumbalanästhesie und der Sakralanästhesie erfolgreiche Konkurrenz machen können.)

41. Trebing, Johannes, Über Hyperol. Wiener med. Wochenschr. Nr. 18.
42. — Levurinose in der Frauenpraxis. Zentralbl. f. Gyn. p. 859. (Bericht über 35 mit Levurinose behandelte Fälle von Fluor. Das Präparat ist eine fabriksmässig hergestellte Hefe von besonderer Haltbarkeit. In vaginaler Anwendung beseitigt es in wenigen Wochen den Fluor, bei interner Anwendung heilt es die Obstipation und Akne fast regelmässig.)
43. Walther, Thigasin-„Henning", eine anästhesierende Thigenolsalbe. Der Frauenarzt. S. 66. (Empfehlung des Mittels hauptsächlich gegen Pruritus vulvae und ani. Das Thigasin ist eine Thigenolsalbe, welcher ausser den anderen wirksamen Bestandteilen als anästhesierender Stoff das Azetonchloroform zugesetzt ist. Bei verschiedenen Arten von Pruritus wie auch bei Kraurosis vulvae brachte es deutlichen Erfolg. Die internen Narkotika konnten dadurch längere Zeit entbehrlich gemacht werden. Auch Analwunden, Rhagaden der Brustwarzen wurden damit behandelt, ebenso wie andere juckende Hauterkrankungen. Die Salbe ist reizlos, ungiftig und wird stets gut vertragen. Ein Versuch bei rheumatischen Affektionen sei gleichfalls angezeigt.)
44. — Zur Heisslufttherapie in der Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. (Kontraindikationen gegen die Heissluftbehandlung sind vor allem die mit verstärkten Blutungen einhergehenden Erkrankungen des weiblichen Genitales, zweitens akute Entzündungen, unter anderem auch frische Appendizitis. Die Indikationen für die Anwendung der Heissluftbehandlung sind vor allem die chronische Para- und Perimetritis mit ihren Folgezuständen. Fixierte Retroflexionen können oft nach mehreren Sitzungen aufgerichtet werden. Afebril verlaufende Adnexerkrankungen besonders, wenn keine Pyosalpinx vorliegt. Ebenso Oophoritiden eignen sich sehr gut. Amenorrhoe bei chronischer Adnexentzündung kann durch Heissluft mit eklatantem Erfolge gebessert werden, ebenso die gleichfalls meist auf Funktionsstörung der Ovarien beruhende Dysmenorrhoe. Auch die Heissluftbehandlung Sterilität, soweit letztere auf den genannten Ursachen beruht, verspricht Erfolg. Chronische Blasenstörungen bei Lageveränderungen des Uterus, Stauungskatarrhe und die sogenannte „reizbare" Blase sind gleichfalls dankbare Objekte. Postoperative Appendizitisnarben, alte Stumpfexsudate u. dgl. geben oft gute Resultate. Tritt nach der Reizung Fieber auf, so spricht dies für einen Eiterherd. Exakte Diagnose, klinische, niemals ambulante Behandlung, und zwar durch den Arzt bzw. unter dessen Aufsicht, sicherer Ausschluss von Komplikationen (Fieber, Eiterung, Bluterguss) sind unerlässliche Vorbedingungen. Das Auflegen von feuchten Kompressen schützt vor Verbrennungen und soll auch die resorbierende Wirkung verstärken.)
45. Zikmund, Zur Therapie der Tuberkulose des Peritoneums und des Genitaltraktes. Wiener med. Wochenschr. Nr. 31. (Die grosse Mehrzahl der Fälle von Tuberkulose des Peritoneums und der Genitalien kann teils durch die therapeutische Laparotomie, teils durch eine radikale Operation geheilt werden. Zumindest verlängert die Operation in den meisten Fällen das Leben und bessert die subjektiven Beschwerden.)

B. Diagnostik.

1. Lindemann, W., Über Beeinflussung der Abderhaldenschen Reaktion durch Cholesterin. Zeitschr. f. experim. Med. Bd. 4. Heft 2. Abderhalden forderte, dass das Serum zur Diagnose in nüchternem Zustande entnommen werden soll, weil im Serum enthaltene, von der Verdauung herstammende Substanzen die Reaktion hemmen könnten. Lindemann fand, dass Fette und fettähnliche Körper, insbesondere das Cholesterin die Abderhaldensche Reaktion abschwächen bzw. vollständig aufheben können. Bei der Eklampsie fällt die Abderhaldensche Reaktion oft schwach aus. Damit stimmt überein, dass Lindemann bei dieser Krankheit eine Vermehrung des freien Cholesterins gegenüber dem Gesamtfett im Blute gefunden hat. Ähnliches gilt für das Ende der normalen Schwangerschaft. Das Lezithin scheint keine solche hemmende Wirkung zu besitzen.)

2. Lindig, P., Beitrag zur Erkennung und Behandlung der Genitaltuberkulose. Zeitschr. f. Geb. Bd. 78. Heft 1. (Gegenüber der mehr konservativen Stellungnahme von Krönig, Doederlein, Bumm, Schauta und Jung sind Franqué, Menge, Fehling, Rissmann, Fetzer, Albrecht, Wertheim und Schickele Anhänger eines mehr aktiven Verfahrens. In der Mitte zwischen diesen beiden Gruppen stehen Veit, Stöckel, Opitz, Zweifel und Sellheim, welche einer möglichst individualisierenden Behandlung huldigen. Heissluftbehandlung und Tuberkulinkur geben in verschiedenen Händen ganz verschiedene Resultate. In diagnostischer Hinsicht ist die Probeauskratzung und das Suchen nach Riesenzellen und Tuberkelbazillen noch am verlässlichsten. Das Vaginalsekret kann Tuberkelbazillen enthalten und unter Umständen positive Impfresultate bei Meerschweinchen ergeben. Auch die Amenorrhoe, welche Veit durch die Hypoplasie erklärt, kann diagnostisch verwertet werden. Für Tuberkulinreaktionen hat sich nach den Angaben von Veit und Lichtenstein nur das Rosenbachsche Tuberkulin bewährt. Es ist hundertmal weniger giftig als das Kochsche Alttuberkulin. Bericht über 11 mit Tuberkulin Rosenbach behandelte Fälle von Genitaltuberkulose. Die Resultate waren im allgemeinen gute, besonders auch in diagnostischer Hinsicht. In einzelnen Fällen von ausgesprochener Tuberkulose kann die Reaktion aber auch ausbleiben. Die Heilungserfolge waren mitunter so günstig wie bei keiner anderen Behandlungsweise. Röntgenstrahlen und künstliche Höhensonne sind gleichfalls wertvolle Mittel zur Behandlung der Genitaltuberkulose, wobei die Röntgenstrahlen mehr lokal, die Höhensonne mehr allgemein, anscheinend proportional mit der Stärke der Pigmentbildung wirken.)
3. Nürnberger, L., Klinische Blutuntersuchungen bei der gynäkologischen Tiefentherapie. Deutsche med. Wochenschr. p. 730. (Die Leukozytenschädigung durch Einwirkung der γ-Strahlen verläuft nicht immer in der gleichen Weise. Doch lässt sich im grossen und ganzen sagen, dass die den sog. Röntgenkater zugrundeliegende Leukozytenschädigung, welche bei jeder Bestrahlung nachweisbar ist, mit der Zeit sich wieder ausgleicht. Nur die jahrelang dauernde Einwirkung auch kleinster Strahlenmengen, wie sie bei Röntgenologen vorkommt, führt unter Umständen zu chronischen Hautveränderungen und sogar zu Leukämie.)
4. v. Rooy, Demonstration eines grossen Cökalkarzinoms, das im Becken fühlbar als Adnextumor imponierte. Ned. Gyn. Ver. 16. Mai. Ned. Tydschr. v. Verl. en Gyn. Nr. 1/2. (Mendes de Leon.)
5. Rubin, I. C., Roentgen Diagnosis in Gynecology with aid of intrauterine Collargol Injection. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. April 20. Nr. 4. p. 381—500. (Rubin benutzt eine $10^0/_0$ige Kollargollösung, die er unter geringem Druck in den Uterus einspritzt, und zwar höchstens 5 ccm. Man soll so die Durchgängigkeit der Tuben erkennen, den Unterschied extra- von intrauterinen Tumoren machen, Missbildungen des Uterus erkennen, die Möglichkeit der Erhaltung einer Tube vor der Operation feststellen und endlich Studien über die normale Lage des Uterus anstellen können.)
6. Woodruff, S. R., Genito-Urinary Diagnosis. New Jersey Med. Soc. Journ. Orange. April. XII. Nr. 4. p. 157—208.

C. Zusammenhang mit der übrigen Pathologie.

1. Barrett, Channing W., III. Die Schilddrüse und ihre Degeneration in Beziehung zu Gynäkologie und Geburtshilfe. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1914. Oct. (Hyper-, Hypo- und Dysthyreoidismus, welche unabhängig von der Grösse der Schilddrüse auftreten können, rufen häufig Störungen der Generationsorgane hervor und umgekehrt. Die Erscheinungen setzen im intrauterinen Leben, in der Pubertät, Schwangerschaft und Menopause besonders häufig ein.)
2. Fraenkel, L., Frauenkrankheiten bei Irren. Med. Klin. Nr. 29. (Von einem Zusammenhang zwischen Psychose und akquirierter Genitalinfektion kann nicht die Rede sein.)
3. — Beziehungen zwischen Geistes- und Frauenkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. p. 929. (Untersuchungen an Patientinnen der Irrenanstalt in Lublinitz. Erworbene Frauenkrankheiten und Masturbation waren selten. Dagegen war der Prozentsatz

von Entwicklungshemmungen sehr gross. Namentlich unter den jugendlichen Geisteskranken fand sich unter 37 Fällen 30 mal schwerer Infantilismus des Genitales, aber auch bei erwachsenen epileptischen Imbezillen und anderen Geisteskrankheiten, welche in den Entwicklungsjahren häufig auftreten. Zeichen von Infantilismus am übrigen Körper sind parallel mit der mangelhaften Entwicklung des Gehirns fast stets vorhanden. Operationen am Uterus haben demnach wenig Zweck. Theoretisch wäre Transplantation gesunder Ovarien oder Verabreichung von Eierstockextrakten eher richtig. Geistes- und Frauenkrankheiten sind in gleicher Weise durch den Infantilismus beeinflusst, der auf Störung der inneren Sekretion beruht. In der Diskussion (Alzheimer, Küstner, C. L. Neisser) wird gleichfalls der extreme Standpunkt von Bossi und Schultze zurückgewiesen, wenn auch die gelegentliche starke Mitwirkung der Keimdrüsen auf die Psyche und ihre Anomalien zugegeben wird. Man wird aber gewiss nicht alle Fälle von Infantilismus mit Geistesstörung auf genitale Ursachen zurückführen dürfen, sondern ebenso die übrigen Blutdrüsen verantwortlich machen müssen.)

4. France, J. J., Va. Gonococcus Infection in Women. New York Med. Journ. Dec. 26. C. Nr. 26. p. 1245—1280.

4a. Frank, R. T., The clinical manifestations of disease of the glands of internal secretion in gynaecological and obstetrical patients. Surg., Gyn. and Obst. XIX. Nov. 5. 1914. (Besprechung der Funktionsäusserungen der innersekretorischen Drüsen, hauptsächlich des Ovariums. Nichts Neues.)

5. Hegar, August, Über abnorme Behaarung bei weiblichen Geisteskranken. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Erg.-Heft. (Bei 16 hereditär schwer belasteten weiblichen Geisteskranken mit abnormem Haarwuchs, insbesondere starkem Bartwuchs war die Menstruation vollständig regelmässig. Man könne daher den Bartwuchs der Frau nicht mit einer Störung der inneren Sekretion der Keimdrüsen in Verbindung bringen. Die Behandlung der Hypertrichosis mit Ovarialpräparaten ist daher zwecklos.)

6. Gibson, G., Gynäkologische Operationen bei Geisteskranken. New York. Med. Journ. 13. II. (Unter 100 Fällen trat nur 17 mal eine Besserung ein; stets fehlte in diesen gebesserten Fällen die Dementia.)

7. Jolly, Ph., Menstruation und Psychose. Arch. f. Psych. 55. Heft 3. (Auf Grund von Literaturstudien und eigenen Beobachtungen findet Jolly, dass es eine eigentliche Menstruationspsychose nicht gibt. Doch treten manchmal in ursächlichem Zusammenhang mit der Menstruation psychische Störungen auf, die sich in ihrer Erscheinung nicht wesentlich von anderen Geistesstörungen des jugendlichen Alters unterscheiden. Auf Störungen des inneren Chemismus zurückzuführen ist das Aussetzen der Periode bei Paralyse, Amentia, Dementia praecox und Melancholie. Wiedereintritt der Periode mit psychischer Besserung gibt eine günstige, ohne psychische Besserung eine ungünstige Prognose.)

8. Krantz, H., Über den Zusammenhang zwischen gynäkologischen Operationen und Psychosen. Inaug.-Diss. Bonn. (22 Fälle nach Operationen. Vorherige nervöse Belastung angenommen.)

9. Pelnar, Die klimakterische Neurose. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 82. 3—4. (Verf. nimmt objektive Veränderungen im Gefässsystem sowie Störung der Funktion endokriner Drüsen als Ursache an.)

10. Prochownick, L., Gynäkologie und Pankreas. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 3. (Bericht über einen Fall von Pankreasnekrose und Erörterung unserer derzeitigen Kenntnisse über die chronische Pankreatitis. Prochownick stellt sich vor, dass der an sich nicht giftige Pankreassaft durch bestimmte Vorgänge zu einem schweren proteolytischen Gifte sich umwandeln kann. Diese Aktivierung kann durch Trauma oder durch Nekrose der Pankreaszellen erfolgen. Jedesmal tritt dann eine sehr schnelle Allgemeinvergiftung des Organismus ein, gekennzeichnet durch ein blutig-seröses Exsudat, Bauchfellhyperämie und Fettgewebsnekrose. Die Pankreasnekrose wird entweder durch bakterielle Infektion, Thrombose oder Embolie hervorgerufen. Prochownick untersucht dann die Frage nach den Beziehungen zwischen Gynäkologie und Pankreas überhaupt. Eine bis jetzt noch nicht sehr grosse Zahl von Arbeiten würde für einen solchen Zusammenhang sprechen. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Schwangerschaftsglykosurie und die Hyperemesis in irgend einem Zusammenhang mit dem Pankreas steht. Die Neigung zu Erkrankungen der Gallenwege bei

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist bekannt. Eine Schädigung des Pankreas allenfalls durch infektiös-thrombotische Prozesse ist wohl denkbar, wird aber doch immer ein seltenes Vorkommnis bleiben.)

D. Allgemeines über Laparotomie.

1. Anstrow, M., Der suprasymphysäre Querschnitt nach Rapin-Küstner-Pfannenstiel. Inaug.-Diss. Basel 1910. (Bei 300 Fällen keine Hernienbildung und keine ausgedehnte Vereiterung. Tumoren bis zu Mannskopfgrösse konnten auf diesem Wege entfernt werden)
2. Atherill, H. G., The Relation of pelvic to abdominal surgery. Amer. Journ. of Obst. p. 615. (Die Notwendigkeit für den Bauchchirurgen, die gynäkologischen Operationen beherrschen zu können, wird ebenso postuliert wie umgekehrt die Beherrschung der gesamten Abdominalchirurgie für den Gynäkologen.)
3. Bollag, K., Erfahrungen mit Wasserstoffsuperoxyd bei Laparotomien. Münchn. med. Wochenschr. p. 1041. (Da die verschiedensten Massnahmen zur Prophylaxe der Peritonitis bei verunreinigten Laparotomien bisher nicht zu befriedigenden Ergebnissen geführt haben, wurden Versuche mit Wasserstoffsuperoxyd als Desinfiziens für die Bauchhöhle gemacht. Es wird über 70 Fälle berichtet. Eine grössere Anzahl kam zur Obduktion und in sieben Fällen liess sich mit Sicherheit feststellen, dass das Wasserstoffsuperoxyd keine Veränderung der Serosa hervorgerufen hatte. In Fällen, wo bereits eine schwere Peritonitis bestanden hatte, konnte auch das Perhydrol nicht mehr helfen. Überschwemmung der Bauchhöhle mit Eiter während der Operation führte trotz nachheriger mehrmaliger Perhydrolwaschung zum Tode. Auch die Bildung von Adhäsionen hat das Wasserstoffsuperoxyd nicht zu hindern vermocht. Ausgesprochene Peritonitis wurde nur in drei von den 19 Todesfällen angetroffen. Der Autor schliesst daraus auf eine Virulenzabschwächung durch das Mittel, so dass es eher bei einer lokalisierten Peritonitis bleibt und dass das Mittel ungefährlich ist. Abgang von Winden und Erbrechen wird auch nicht wesentlich beeinflusst. Bollag resümiert dahin, dass das Wasserstoffsuperoxyd prophylaktisch mehr leistet als das Kampferöl und dass es doch die postoperative Peritonitisgefahr bedeutend herabsetzt. Weitere Versuche mit Methylenblausilber sind im Gange. Das reine Perhydrol (Merck), welches 30 Gewichtsteile Wasserstoffsuperoxyd enthält, wird in einer Lösung von 1 : 3 Wasser in einer Menge von 20 bis 50 ccm in die Bauchhöhle gegossen und nachher ausgetupft.)
4. Mc Donald, E., Desinfection of the Hands and Abdominal Skin before Operation. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 21. p. 82. (Der Autor empfiehlt folgende Mischung: Azeton 40 Teile; denaturierter Alkohol 60 Teile; Pyxol 2 Teile. Wurden die vorher mit Staphylococcus aureus und Bacillus prodigiosus infizierten Hände 30 Sekunden in diese Lösung getaucht, so konnte jedesmal Keimfreiheit erzielt werden. Pyxol ist ein aus Kreosot gewonnenes Präparat, welches mit Wasser eine weisse Emulsion gibt und sich in Alkohol und Azeton hellbraun gefärbt auflöst. Seine bakterizide Kraft übertrifft die des Phenols um das 20fache. Die Haut wird davon nicht gereizt. Zur Händedesinfektion genügt eine Waschung in der Dauer von einer Minute. Die Desinfektion der Bauchdecken wird damit vorgenommen, indem ohne vorherige Waschung 1—2 Minuten vor der Operation die Haut damit eingerieben wird. Gummihandschuhe können dadurch leichter entbehrlich gemacht werden. Auch Mc Mullen und Mac D. Stanton haben mit dieser Methode bessere Erfolge gehabt als mit der Joddesinfektion.)
5. D'Erchia, Florenzo, Beitrag zum Studium der Nebennierengeschwülste beim Weibe. Rivista med. Pugliesa. Nr. 6.
6. Haines, W. D., Hysterectomy from Viewpoint of General Surgeon. Lancet-Clin. Cincinnati. Jan. 9. 113. Nr. 2. p. 27—54.
7. Hild, Über Chylus- und Mesenterialzysten. Inaug.-Diss. Kiel 1914.

7a. Humiston, C. E., After-Treatment of Laparotomy. Illinois Med. Journ. Chicago. March. XXVII. Nr. 3. p. 177—256.

8. Lewin, S., Über die Wundbehandlung und Vermeidung von Komplikationen nach Laparotomien. Inaug.-Diss. Basel 1913. (Desinfektion mit Azeton-Alkohol, später mit Tetra-Chlor-Äthylen-Seifenspiritus. Sonst nichts Neues.)

9. Lott, H. S., Drainage and Dressing. Amer. Journ. of Obst. p. 612. (Die Wichtigkeit einer regelrecht ausgeführten Drainage und eines aseptischen, guten Abfluss bedingenden Verbandwechsels wird eindringlich vor Augen geführt.)
10. Parrel, Über den suprasymphysären Faszienquerschnitt nach Pfannenstiel-Rapin-Küstner. Diss. Basel 1913. (Als Vorzüge führt Verf. an: Vermeidung von Hernien, grosse Adaptationsfähigkeit des Schnittes, Abdeckung der Därme, Benutzung zu Hernienoperationen, kaum sichtbare Narbe, Möglichkeit, frühzeitige Bewegung aufzunehmen.)
11. Pohl, Über Mesenterialzysten. Inaug.-Diss. Kiel 1914.
12. Riemann, H., Über retroperitoneale Zystenbildung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129.
13. Trnka, P., Die chirurgische Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte 1914. (Bericht über 64 Fälle von tuberkulöser Peritonitis, von denen 49% durch die einfache Laparotomie der Heilung zugeführt werden konnten. Die Patienten standen meist im Alter von 10—20 Jahren. Die besten Resultate ergab die adhäsive, trockene Peritonitis, nämlich 57% Heilungen. Bei der serösen Peritonitis 53% Heilungen, der Rest starb. Bei der adhäsiven Form mit Exsudat 40% Heilungen, der Rest starb ebenfalls. Auf Grund dieser Erfahrungen wird bei tuberkulöser Peritonitis auf alle Fälle die Laparotomie empfohlen.)
14. Zahradnicky, F., Darmkomplikationen bei gynäkologischen Operationen. Casopis lékařův českych. 1914. Nr. 11. (Bei $^1/_{10}$ aller gynäkologischen Operationen kommen Verwachsungen mit dem Darmtrakt vor und zwar ist am meisten die Flexur betroffen, seltener Dünn- oder Dickdarm, am seltensten der Magen. Extrauteringravidität, Salpingooophoritis, gutartige und bösartige Ovarialtumoren stellen das grösste Kontingent. Zarte Adhäsionen werden einfach gelöst. Bei stärkeren Defekten plastische Deckung. Bei Perforationen die übliche Versorgung durch Resektion, Naht, Einnähung in die Wunde, oder Enteroanastomose. Zweimal war eine Versorgung der Perforation überhaupt nicht möglich, es musste drainiert werden.)

E. Sonstiges Allgemeines.

1. Bonefield, C. L., Transactions of the American Association of Obstetricians and Gynecologists. Some Comments on Present Tendencies in Gynecology and Obstetric Practice. The Amer. Journ. of Obst. Nov. (In seiner Eröffnungsrede behandelt der Autor den gegenwärtigen Stand geburtshilflicher und gynäkologischer allgemeiner Fragen. Die Röntgenbehandlung der Myome wird nur bei Frauen im vorgerückten Lebensalter ratsam sein. Bei jüngeren ist die Operation besser, weil die Ovarien verschont bleiben. Operative Behandlung hochgradiger Fälle von Koprostase im Kolon, welche zur Toxämie führen. Empfehlung einer Mischung aus Kohlensäure und Äther zur Narkose. Der operativen Behandlung soll genaue Untersuchung der inneren Organe durch den Internisten vorausgehen, ebenso wie letzterer auch bei der Nachbehandlung mitwirken sollte. Allgemeines über Peritonitisbehandlung. Die Appendizitis soll operativ behandelt werden. Die Opiumbehandlung derselben ist zu verwerfen. Die Serotherapie verschiedenartiger infektiöser Prozesse ist vielfach noch Sache der Zukunft. Die Berechtigung des Kaiserschnittes und des Dämmerschlafes, die Einführung des Pituitrins werden besprochen. Für die Eklampsietherapie wird Veratrum viride und prophylaktische Darreichung von Alkalien empfohlen.
1a. Bonney, V., A review of modern gynaecological practice. A paper read at a meeting of the Plymouth Medical Society. Lancet. Nr. 4815. Dec. 11. (Lamers.)
2. Mc Carty, F. B., Eruptions Following Operation. Surg., Gyn. and Obst. XIX. 509. (Postoperative Exantheme sollen besonders nach Eingriffen an sympathisch stark innervierten Organen, so z. B. den Beckenorganen vorkommen, bei 1000 Operationen in $4^1/_2$%. Sie gehen mit Leukozytose und Temperatursteigerung einher, können alle möglichen akut-infektiösen Exantheme vortäuschen und sollen auf vasomotorische Störungen zurückzuführen sein.)
3. Cohn, Franz, Die Beziehungen der inneren Sekretion zu den Genitalfunktionen der Frauen. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. 1703. Sitzg. vom 17. Mai. Ref. Münchn.

med. Wochenschr. p. 1327. (Der Vortrag gibt eine Übersicht über die Bedeutung der inneren Sekretion für die Gynäkologie. Die darin vertretenen Ansichten entsprechen den meist vertretenen Theorien der letzten Jahre. Im Ovarium soll die hauptsächlichste innersekretorische Tätigkeit dem Corpus luteum zufallen. Da aus letzterem ein menstruationsförderndes sowie ein blutunghemmendes Produkt gewonnen werden kann, soll das Wechselspiel beider den Ablauf der Menstruation regulieren. Auch ein das Wachstum des Genitales fördernder Extrakt lässt sich aus dem Corpus luteum darstellen. Auch der interstitiellen Eierstocksdrüse wird eine innersekretorische Funktion zugesprochen. Im ganzen wirkt die Tätigkeit des Ovariums protektiv auf die Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere. Des weiteren werden die Milchsekretion, Plazenta, Schilddrüse, Epithelkörperchen, Hypophyse, Epiphyse, Thymus und Nebennieren besprochen.)

4. Cotton, F. J., Über Gummihandschuhe. Zur Technik der Ausbesserung. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 6. (Kunstgriff zur Ausbesserung zerrissener Gummihandschuhe: Man klebe den zum Handschuhflicken bestimmten Gummilappen mit Stärkekleister auf ein Stück Karton. Von diesem Stück werden die zum Flicken notwendigen Flecke heruntergeschnitten und mit Gummilösung auf dem Handschuh angeklebt. Nach dem Trocknen legt man den Handschuh ins Wasser, worauf der Karton sich ablöst. Man vermeidet so das lästige Aufrollen der mit Gummilösung befeuchteten Gummiflecken.)

5. Essen-Moeller, E., Sterilisation und Rassenhygiene. Arch. mens. d'obstétr. et de gyn. Paris. Juillet. 4. Nr. 7. p. 257—288. (Eingehende Diskussion der Frage von der Zulässigkeit der Tubensterilisation bei Frauen, welche an so schweren habituellen Puerperalpsychosen leiden, dass sie nach jeder Geburt mehrmonatliche psychiatrische Anstaltsbehandlung benötigen. Moeller berichtet über fünf derartige Fälle und zwei andere schwer Geisteskranke. Im Anschluss daran wird die gesetzliche Regelung der Sterilisation von Geisteskranken und Verbrechern in Amerika und der Schweiz besprochen, wie sie in Amerika und der Schweiz im letzten Jahrzehnt wiederholt auf der Tagesordnung waren. Für Schweden würden auf eine Bevölkerung von $5^1/_2$ Millionen ca. 59 000 geistig gestörte bzw. minderwertige Individuen entfallen. Da die Frage der Vererbung pathologischer Eigenschaften noch zu wenig geklärt sei, rät er derzeit noch von einer gesetzlichen Festlegung dieser Frage abzusehen.)

6. Faure, I. L., La Chirurgie Française dans les cinquante dernières années. La Presse méd. p. 503. (Übersicht über den Anteil der französischen Chirurgen an den Fortschritten der Gynäkologie. Péans Verdienste um die Operation der Myome und der Ovarialzysten werden besprochen. Vor ihm hat schon Köberlé sich auf diesem Gebiete versucht. Der Autor kann es nicht unterlassen, hervorzuheben, dass die Deutschen, an ihrer Spitze Schröder, erst lange nach den Engländern und Franzosen sich mit Erfolg an diese Operationen herangemacht haben. Die beiden erstgenannten französischen Autoren haben auch die abdominale und vaginale Uterusexstirpation zuerst ausgeführt. Das Morcellement der Myome, die vaginale Kastration sind ebenfalls von Péan zuerst ausgeführt worden. Er hebt besonders hervor, dass die Franzosen weitaus die beste chirurgische Technik haben. Manche Amerikaner kämen ihnen gleich. Sicher überragten die Franzosen aber weitaus die Deutschen, und zwar, abgesehen von ihren sonstigen angeborenen Fähigkeiten, wegen der Gründlichkeit ihrer anatomischen Studien, ihrer allgemeinen chirurgischen Ausbildung und ihres Mangels an Spezialistentum. Die operative Gynäkologie ist in Frankreich Gemeingut aller Chirurgen. Pozzi, Terrier, Richelot, Terrillon, Bouilly, Segond haben sich ganz besonders um die Ausbildung der chirurgischen Gynäkologie verdient gemacht. Doyens Vereinfachung der vaginalen Uterusexstirpation durch Spaltung der vorderen Wand wird erwähnt. Die modernste Epoche beginnt mit 1890. Die Beckenhochlagerung wird eingeführt, und zwar von Trendelenburg, von dem der Autor sagt, dass er, obwohl Deutscher, ein einfacher und bescheidener Mann ist. In Deutschland soll übrigens das Verfahren von namhaften Chirurgen ignoriert werden. Seine grosse Bedeutung wird gewürdigt. Delagenière, Segond, welcher in Frankreich das Verfahren von Kelly eingeführt hat, ferner Richelot, Hartmann und vor allen Doyen haben viel für die abdominelle Uterusexstirpation getan. Faure hat sich selbst sehr viel mit der Ausgestaltung der abdominellen Uterusexstirpation befasst und sie soll in Frankreich in vollkommenster Ausführung zu sehen sein. Ein Franzose, Chaput, soll auch als erster die Peritonisierung des Beckens beschrieben

haben. Zu Beginn der antiseptischen Ära hätten sich die Deutschen auf die kleine Gynäkologie „gestürzt" und die von Recamier erfundene Curettage wieder erweckt. Sie haben die Portio amputiert, was Lisfranc schon vorher getan hat und unter dem Einfluss von Martin, Hegar und Schröder diese kleinen Operationen viel geübt und auch missbraucht. In Frankreich hätten Doleris, Pozzi und Bouilly an der Vervollkommnung dieser Operationen gearbeitet. Die abdominelle Myomektomie, von Spencer Wells 1863 ausgeführt, wurde durch Temoin und Tuffier in Frankreich gepflegt. Die Behandlung der Adnexentzündungen von Laroyenne mit Kolpotomie behandelt, wurde von Lawson Tait 1873 zum erstenmal durch Exstirpation der Adnexe zur Heilung gebracht. Péan hat dann die vaginale Exstirpation des Uterus und der Adnexe gelehrt, die wohl oft technisch schwieriger auszuführen, aber dafür ungefährlicher war als die Laparotomie. Neben Péan waren noch Segond, Reclus, Routier, Richelot und Doyen Anhänger des vaginalen Verfahrens; Terrier, Pozzi und viele andere solche des abdominellen Verfahrens. Für die akuten Fälle ist das vaginale Verfahren sicher das bessere. Delagenière hat an Stelle der abdominalen Totalexstirpation die einfache Abtragung der Adnexe gesetzt. H. A. Kelly, Faure selbst, ferner Ricart, Martel und L. Bazy haben das Verfahren der abdominellen Totalexstirpation in der verschiedensten Weise modifiziert, insbesondere die Spaltung des Uterus dabei vorgenommen. Die Behandlung der Extrauteringravidität durch die Laparotomie, von Lawson Tait eingeführt, wurde durch Gallard, Cestan, Segond, Pinard und Couvelaire weiter ausgebildet. Die Alexander-Adamssche Operation soll von dem Franzosen Alquié erfunden worden sein, Köberlé hat als erster ein Uterushorn an die Bauchwand fixiert und so den Anfang zu den Hysteropexien gemacht, die in Deutschland viel missbraucht worden sind, ebenso wie die vaginale Fixation des Uterus unter Dührssens Führung. Doléris hat dann seine Fixation der runden Mutterbänder an der vorderen Bauchwand angegeben, welche allen anderen Verfahren überlegen sein soll. Die Plastik des Beckenbodens sei gleichfalls in Frankreich viel geübt und ausgebildet worden, ebenso die Operation der Blasenscheidenfisteln. Schliesslich wird die Behandlung des Uteruskarzinoms besprochen. Die vaginale Uterusexstirpation bei Karzinom von Czerny 1878 ausgeführt, wäre schon vorher von Sauter und Récamier gemacht worden und in Frankreich von Demons wieder eingeführt worden. Die Schautasche Operation wäre besser als die einfache Uterusexstirpation, scheint aber in Frankreich wenig Verbreitung gefunden zu haben, zumal nach Ansicht Faures ihre Erfolge mit dem abdominellen Verfahren keinen Vergleich aushalten könnte. 1878 gab Freund seine Methode der abdominellen Uterusexstirpation bei Karzinom an. Die Resultate damit, besonders in Deutschland, sollen traurige gewesen sein. Erst 1895 hat Ries in Chicago die erweiterte abdominelle Uterusexstirpation in ihrer jetzigen Form genau beschrieben. Erst von da an wurde in Amerika, Deutschland und speziell in Frankreich u. a. auch von Faure, Terrier und Chaput das neue Verfahren wieder öfter und mit besserem Erfolge gepflegt. In Deutschland soll Wertheim sich so intensiv mit der Ausgestaltung dieser Methode befasst haben, dass sie mit Recht bis heute seinen Namen trägt. In Frankreich haben Pollosson und Lecène sich mit der Ausgestaltung dieser Technik befasst. Als Fachschriftsteller von Ruf werden Pozzi, dessen Schüler Jayen, Legueu, Labadie-Lagrave und Sirety genannt. Nicht zuletzt werden die Verdienste der Erfinder und Erzeuger von chirurgischen Instrumenten in Frankreich gerühmt, Collin und Paquelin obenan. Der Verfasser kann es sich schliesslich nicht versagen, in seinem Schlussworte wieder Deutschland einen Hieb zu versetzen, nach dessen bald zu erwartender Niederlage das französische Volk den verhängnisvollen deutschen Einfluss der letzten 50 Jahre abschütteln solle.)

7. Fellenberg, E. v., Behandlung der weiblichen Unfruchtbarkeit. Schweizer-Korrespondenzbl. Nov. (Verwertung der Lehre von der inneren Sekretion zur Therapie.)
8. Foskett, E., A case of mercurial Poisoning from a vaginal douche. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 639. (Tod am 12. Tage; Schwangerschaft lag nicht vor.)
9. Fullerton, Wm. D., Gynecology: Tast-Present-Future. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 911. (Nichts Neues.)
9a. Gaujoux, E., et Suquet, Résultats obtenus en gynécologie avec le vaccin antigonococcique atoxique de Ch. Nicolle et L. Blaizot. Annales de gyn. et d'obst. p. 478. (Die Autoren berichten über sehr wechselnde Erfolge des Vakzins bei Perimetritis und Adnexentzündung. Auf Schleimhauterkrankungen wirkt es nicht. In der Diskussion spricht P. Delmas die Hoffnung aus, dass es mit der Zeit gelingen werde.

mit einem vom Patienten selbst hergestellten Autovakzin bessere Resultate zu erlangen.)

9b. Gaujoux, Antigonococcic serum and vaccine therapy. Arch. Mens. d'Obst. et de Gyn. Juillet 1914. (Gaujoux verspricht sich nicht viel von dieser Therapie weder in diagnostischer noch in therapeutischer Hinsicht. Am ehesten waren noch Erfolge bei gonorrhoischer Salpingitis und gewissen Formen von Blenorrhoe der Neugeborenen zu sehen.)

10. Humiston, Wm. H., Some Thoughts and Views on the more common Gynecologic Conditions Necessitating operation. Amer. Journ. of Obst. Jan. (Um das Entstehen parametritischer Abszesse zu vermeiden, soll jeder Curettage des Uterus eine genaue Revision der Adnexe vorangehen. Totale oder partielle Fixation des Uterus erfordert gleichfalls besondere Beachtung vor einer Auskratzung. Zur Einleitung des Abortus wird Jodoformgazetamponade der Cervix empfohlen. Für die Dammplastik wird die Wichtigkeit der Levatornaht betont. Die unmittelbare plastische Wiederherstellung der verletzten Vulva und des Dammes nach der Geburt erspart manche späteren Komplikationen.)

11. Hymans van den Bergh, A. A., Hypernephroom-hypergenitalisme. Ned. Tydschr. v. Geneesk. 2. Helft. Nr. 20. (Grosses Hypernephrom bei einem dreijährigen Mädchen, das schon ganz starke Geschlechtsmerkmale zeigte. Die äusseren Geschlechtsorgane waren sehr entwickelt, die Pubishaare reichlich ausgebildet. Literaturübersicht.)
(Mendes de Leon.)

12. Lieb, Charles C., The Physiology and Pharmacology of the Excised Human Uterus. The Amer. Journ. of Obst. Febr. (Untersuchungen über graphische Registrierung der verschiedenen peristaltischen Bewegungen des Uterus und der Tube unter Beziehung auf die bereits vorliegenden Arbeiten von Heinricius und Kehrer. Es wird menschliches Material in schwangerem und nichtschwangerem Zustande untersucht. Nachweis der Kurvenveränderung bei Einwirkung verschiedener pharmakologischer Mittel. Adrenalin bewirkt kurze Steigerung der Kontraktilität mit baldigem Nachlass der letzteren, während Ergotoxin dauernd den Tonus erhöht. Ähnlich wirkt das β-Imidoazolyläthylamin. Extractum fluid. ergot. und Pituitrin steigern gleichfalls die Uteruskontraktionen. Die Ergebnisse decken sich mit den bereits bisher bekannten Tatsachen.)

13. Lindemann, Walter, Beiträge zur biologischen Bedeutung der Lipoide, besonders für die Sexualfunktion des Weibes. Habil.-Schrift. Sept. (Die Arbeit liefert einen Beitrag zur Kenntnis der Fett- und Lipoidstoffe im Schwangerenblut und in der Plazenta. Als Methodik benützte Verfasser Blut- und Serumuntersuchungen über das Verhalten des Cholesterins und seiner Ester, und zweitens Injektionsversuche mit einem aus der Plazenta bereiteten Lipoidextrakt. Als Lipoid wird das betrachtet, was in leicht siedendem Petroläther löslich ist. Die Lipoide werden eingeteilt in Phosphatide und Sterine. Aus letzterer Gruppe ist das Cholesterin am besten bekannt und wird im folgenden auch hauptsächlich berücksichtigt. Wie Neumann und Hermann im retroplazentaren Blut, so fand Lindemann im Armvenenblut eine Vermehrung der Cholesterinester bei Schwangeren, vor allem aber freies Cholesterin in vermehrter Menge. Lindemann stellt sich vor, dass das vermehrt auftretende Cholesterin von aussen her eingeführt werden muss, und zwar wahrscheinlich in letzter Linie aus dem Pflanzenreich. Der tierische Organismus vermag es nach unseren bisherigen Kenntnissen nicht aus seinen Elementen aufzubauen. Der Zweck der Lipoidvermehrung in der Schwangerschaft dürfte in erster Linie mit ihrer Wichtigkeit für Wachstums- und Neubildungserscheinungen zusammenhängen. Sie stehen in enger Beziehung zu den fermentativen Vorgängen im Blute und zur Immunitätslehre. Als ein Beispiel dafür wird die Hemmung bzw. Abschwächung der Abderhaldenschen Serumfermentreaktion durch die Anwesenheit der Lipoide im Blut bei Gravidität, Karzinom, Diabetes, Tuberkulose und Nephritis angeführt. Auch die antitryptische Wirkung des Schwangerenserums könnte mit der Lipoidvermehrung (Cholesterin) in Zusammenhang gebracht werden. Besonders gilt dies für Eklampsie. Die Spaltung von Neutralfett im Blute der Schwangeren ist noch nicht bewiesen. Auch nicht eine Spaltung des Cholesterinölsäureesters. Auch Tributyrin konnte im Schwangerenserum nicht gespalten werden. Dass die Lipoide auch eine Rolle als Hormone spielen können, beweist Lindemann ähnlich wie Iscovesco, Fellner und Hermann dadurch, dass Petrolätherextrakte aus der Plazenta, also eiweissfreie Lipoide stimulierend auf das Genitalsystem

wirkten. Es zeigte sich an der Brustdrüse virgineller Meerschweinchen elektive Hyperämie und geringes Wachstum. Zur Kolostrumsekretion kam es nie. Am Uterus fand Lindemann ähnlich wie Iscovesco, Fellner und Hermann Hyperämie, Drüsenvermehrung und stärkeres Wachstum der Muskulatur. Die Injektionen wirken toxisch auf das Versuchstier. [Wässeriger Plazentarextrakt bewirkt ungleich stärkere Hyperämie, Hämorrhagie und Hypertrophie des Uterus und der Brustdrüse, in letzterer auch echte Milchsekretion. Aschner und Grigoriu.])

14. Löliger, E., Kritik der Todesfälle nach gynäkologischen Eingriffen im Baseler Frauenspital während der Jahre 1901 bis 1911. Inaug.-Diss. Basel 1913. (42,3% sind maligne Neubildungen. Dann kommen die eitrigen Adnextumoren, Myome, Extrauteringraviditäten und Dammplastiken. Von den 163 Todesfällen sind 37,1% durch Infektion verursacht [nur vorher vier reine Fälle]. An Embolie starben 23,3%, an Herzschwäche 11%, an Lungenkomplikationen 4,3%. Sechs Tubargraviditäten starben an Anämie. Verschärfte Asepsis wird empfohlen. Kampferölung zeigte in 300 Fällen keine besonderen Vorteile. Derzeit werden Versuche mit Perhydrol 1 : 2 gemacht. Lokalanästhesie wird häufig, Lumbalanästhesie selten angewendet.)

15. Müller, L. R., Über Reflexe im vegetativen Nervensystem. Sitzungsberichte der phys.-med. Ges. in Würzburg. 1914. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 870. (Es ist nicht erwiesen, ob die Gesetze für die Reflextätigkeit im vegetativen Nervensystem analoge sind wie die im Gehirn oder Rückenmark. Unser Wissen darüber ist noch sehr lückenhaft.)

16. Newnham, W. H. C., Evolution of Gynecology. Bristol Medico- Chirurg. Journ. London. Dec. XXXII. Nr. 126. p. 257—325.

17. Ohkohchi, T., Über die Blutstillung. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 94. Heft 3. (Experimentelle Untersuchungen über die Möglichkeit, lebendes Gewebe und sterile Fremdkörper zwecks Blutstillung auf blutende parenchymatöse Organe und Gefässe zu transplantieren. Muskel, Faszien, Fett- und Netzgewebe können mit der Wundfläche verkleben und so blutstillend wirken. Absolut sicher ist das Verfahren jedoch nicht. Im Verlauf der Heilung treten leicht störende Bindegewebswucherungen in der Umgebung auf. Ähnlich wirken durch Jod sterilisierte Stücke von Darm- und Harnblasenwand. Auch durch Kochen sterilisierter, weich gewordener Meerschwamm wirkt prompt blutstillend und wird ganz allmählich resorbiert. Auch er macht sehr dicke Narben.)

18. Olshausen, Th. v., Wie weit darf der Arzt bei einer die Gebärmutter betreffenden Operation gehen? Med. Klin. Nr. 4. (Bericht über eine reichsgerichtliche Entscheidung zugunsten eines Arztes, der bei Karzinom den Uterus exstirpiert hatte. Da die Frau starb, wollte der Ehemann die Zahlung des Honorars verweigern mit der Begründung, der Arzt hätte nicht die ganze Gebärmutter entfernen dürfen. Der Operateur hatte sich jedoch vorher freie Hand bezüglich der Operation gesichert, so dass er im Rechte war.)

19. Pantzer, Hugo O., A Prognostic sign in acute suppurative Peritonitis. The Amer. Journ. of Obst. Nov. (Im Anschluss an einen Fall von übelriechendem perityphlitischen Abszess, um welchen herum sich reichlich freies geruchloses Peritonealexsudat befand, meint Verfasser, dass dieses Vorkommnis von günstiger prognostischer Bedeutung sei, indem die Abwehrkräfte des Peritoneums an Ort und Stelle mit dem infektiösen Material fertig werden konnten.)

20. Partos, E., Über die biologische Wirkung der kondensierten Radiumemanation. Berl. klin. Wochenschr. p. 181. (Das erste Zerfallsprodukt des Radium, die „Radiumemanation", ist ein Gas, welches sich bei einer Temperatur von — 155 Grad Celsius kondensieren lässt. Es kann so in verschmolzenen Glasröhrchen aufbewahrt werden. Die Halbwertsperiode der die Gammastrahlung abgebenden Anteile dauert nur 3,85 Tage. Biologisch soll die kondensierte Emanation dieselben Eigenschaften besitzen wie die äquivalente Menge eines radioaktiven Salzes. Wegen der Umständlichkeit der Zubereitung wurde von diesem Präparat noch wenig Gebrauch gemacht. Anatomische Beweise für die Wirkungsart waren bislang nicht beigebracht worden. Der Autor unternimmt deshalb, bevor er an die Therapie bei Menschen herantritt, Bestrahlungsversuche an weissen Mäusen. In drei Serien zu je 24 Stunden wurde die Tiefenbestrahlung der Milz vorgenommen. In der ersten Versuchsreihe benutzte er eine Emanationsmenge, die der von 80 mg Radiumbromid entspricht. Filterung mit 3 mm Aluminium. Alle Mäuse verendeten nach 24 Stunden. In der zweiten Serie wurden

von oben und unten je 40 mg salzäquivalenter Emanation mit Glimmerfilterung verwendet. Die Mäuse überlebten den Versuch 8—14 Tage. Die dritte Serie erhielt 40 mg mit Glimmerfilterung. Diese Mäuse blieben 1—3 Wochen am Leben. Die Milz war charakteristisch verändert, ähnlich wie nach Röntgenbestrahlung. Hautverbrennungen zeigten sich nur bei solchen Tieren (Meerschweinchen und Ratte), die mit einem an der Bauchhaut direkt befestigten Röhrchen bestrahlt worden waren. Auch bei einer Patientin, die mit einem 80 mg-Röhrchen zwei Stunden lang auf einer krebsigen Leistendrüse ohne Filterung bestrahlt worden war, entstand ein Verbrennungsgeschwür. Der Autor schliesst aus seinen Versuchen, dass die kondensierte Emanation die gleiche biologische Wirkung besitzt wie das Radiumsalz, und dass sie gewisse therapeutische Vorteile hat: 1. Kann man sie in Gefässe von beliebiger Form und Grösse einschliessen und sie dadurch auch in Körperhöhlen einführen oder flach auf den Leib ausbreiten. 2. Kann man den fortschreitenden Zerfall der Emanation benützen, eine Dauerbehandlung vornehmen und so die stärkere Wirkung der Radiumsalze ersetzen.)

21. Prochownick, L., Ein Beitrag zu den Versuchen künstlicher Befruchtung beim Menschen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.
22. Rapin, O. J., Preoperative Measures in Gynecology. The Journ. of the Amer. med. Assoc. p. 907. (Als Vorbereitung der Patientin für eine gynäkologische Operation wird empfohlen: Behebung der Obstipation. Die Frauen sollen vor der Operation schon lernen, auch liegend zu urinieren. Untersuchung des Hämoglobingehaltes. Bei herabgesetzter Gerinnungsfähigkeit injiziert der Autor prophylaktisch Blutplättchenextrakt. Die üblichen Massnahmen für Anästhesie und Asepsis.)
23. Reynolds, Edward, The Relation of Gynecological Surgery to bad Obstetrics. Amer. Journ. of Obst. March. (Chronische Entzündungen, Lageveränderungen des Uterus und Enteroptose mit neurasthenischen Symptomen können die Folge einer schlechten Geburtsleitung sein und erfordern dann gynäkologische Behandlung. Die Beherrschung beider Disziplinen von einem und demselben Arzt wäre im Interesse der Patienten gelegen.)
24. — Prognosis of Sterility. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 14. (Erörterung der verschiedenen Ursachen der Sterilität beim Manne und bei der Frau. Untersuchung beider Teile ist jedenfalls erforderlich. Bevor zu einer Cervixdilatation oder einem anderen operativen Eingriff geschritten wird, soll man erst alle anderen Ursachen der Sterilität ausschliessen. Erst wenn diese Bedingungen befolgt werden, wird die Prognose der Sterilitätsbehandlung eine bessere sein.)
25. Robinson, W. J., Gonorrhea in Women. Med. Record. New York. April 16. Nr. 16. p. 631—672.

25a. De Rouville, M., Influence de la position assise postoperatoire combinée aux lavages du péritoine à l'éther, sur les vomissements post-anesthésiques (Äthertropfnarkose). Annales de gyn. et d'obst. p. 478. (Durch die Kombination beider Methoden wurde das postoperative Erbrechen fast vollkommen unterdrückt.)

26. Schumann, E. A., Series of Gynecological Lesions Occurring in wild Animals. Amer. Journ. of Obst. Jan. (Es wird auf das Tiermaterial zoologischer Gärten verwiesen, welches oft interessante pathologische Objekte abgibt, besonders im Hinblick auf die Tuberkulose. Nähere Erläuterungen speziell über Genitalerkrankungen bei Tieren fehlen.)
27. Sweet, J. E., R. H. Chaney and H. L. Willson, Prevention of Postoperative Adhesions in Peritoneal Cavity. Annals of Surg., Philadelphia. March. LXI. Nr. 3. p. 257 bis 384. (Zur Verhütung postoperativer Verwachsungen in der Bauchhöhle empfehlen die Autoren auf Grund ihrer Tierexperimente in erster Linie sorgfältige Bedeckung des Operationsfeldes mit Serosa. Dagegen haben sie mit der intraperitonealen prophylaktischen Anwendung verschiedener Öle schlechte Erfahrungen gemacht, indem von 11 Fällen 9 Adhäsionen bekamen. Das Öl soll eine stark exsudative Wirkung von tage- und wochenlanger Dauer auf die Serosa ausüben. Das Öl wird ferner allmählich resorbiert und verstopft dabei die abführenden Lymphwege. Auch mit Lösungen von zitronensauren Salzen hatten sie kein einziges befriedigendes Resultat.)
28. Warden, C. C., Vaccine Treatment of Gonorrhoea. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 65. p. 2080. (Warden gibt an, dass eine „Autolyse" der Gonokokken in Wasser und in Salzlösung stattfindet; die so hergestellte Lösung ist giftig, wenn in der ersten Zeit. In Fett bewahren die Gonokokken ihr Leben. Eine Vakzine, die die Fettsubstanzen des Gonococcus enthält, ist besonders wirksam.)

29. Watkins, Th. J., What has the American Gynecological Society done for Gynecology? Amer. Journ. of Obst. p. 702. (Statistik der wissenschaftlichen Leistungen der amerikanischen Gesellschaft für Gynäkologie, als deren bedeutendste wissenschaftliche Leistung Emil Noeggeraths Arbeit: „Etiology and Macroscopic Pathology of Gonorrhea" 1876 hingestellt wird. Die Annalen der Gesellschaft haben die Zahl von 39 Bänden erreicht. Fast sämtliche Kapitel der gynäkologischen Pathologie und Therapie sind in 683 Abhandlungen durch 190 verschiedeneAutoren bearbeitet worden.).
30. White, Cl., The use of hypertonic saline solution in gynecology. Lancet. Nr. 4809. Oct. 30. (Nicht nur für Wunden der Vagina und des Perineums, sondern auch für septische Entzündungen der inneren Geschlechtsorgane sind Ausspülungen mit hypertonischen Salzlösungen sehr nützlich. Nach künstlichem Abort bringt man eine Tablette des benutzten Salzes in die Gebärmutterhöhle zur Anregung der keimtötenden Serumabsonderung. Krebs des Gebärmutterhalses verliert bald seinen unangenehmen Geruch.) (Lamers.)

III.

Pathologie des Uterus (ausschliesslich Neubildungen und neue Operationen).

Referent: Privatdozent Dr. F. Heimann, Breslau.

1. Allgemeines.

1. Hellmuth, Karl, Übt die Menstruation einen Einfluss auf die Hämolyse der Scheidenkeime aus? Inaug.-Diss. Halle. Juli.
2. Jolly, Ph., Menstruation und Psychose. Habilitationsschrift. Halle. Febr.

2. Entwickelungsfehler.

1. Barozzi und Fournier, Ein Fall von doppelter Vagina bei einer schwangeren Frau. Gyn. 1914. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 78. (Die Cervix mündete in die rechte Vagina, keine Kommunikation zwischen beiden Vaginen. Geburtsbeendigung durch Zange nach Beseitigung der Scheidewand.)

1a. Beatty, R. P., Two Cases of congenital Malformation of Female Genitalia. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. London. March-May. XXVII. Nr. 3—5. Ref. Journ. Amer. of Med. Assoc. Oct. Vol. 65. Nr. 16. p. 1407.

2. Benthin, W., Zur Kenntnis der Hemmungsbildungen am Urogenitalapparat. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 699. (Es handelt sich um einen völlig aplastischen Uterus bicornis mit partieller kongenitaler Atrophie der Scheide und der Tube, ferner um einen mangelhaften Descensus der Ovarien und unvollkommenen Ascensus der rechten Niere [Beckenniere].)
3. Bernstein, Uterusmissbildung: Uterus bicornis septus mit rechtem atretischen Uterushorn (beim weiblichen Affen). Genfer Frauenklinik. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 239. (Die äusseren Genitalien des Macacus besitzen keine grossen Schamlippen, kein Hymen, keinen Mons veneris. DieScheide ist quergefaltet. Mikroskopisch sind keine Abweichungen vom Menschen zu konstatieren.)

4. Braithwaite, L. R., und W. Craig, Hernie, enthaltend Uterus, Vagina und Tuben bei einem Knaben. Brit. Med. Journ. 1914. July 23. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 78. (An den Testikeln, die auch mikroskopisch als solche erwiesen wurden, fehlen Nebenhoden und Vas deferens.)
5. Deutsch, Alfred, Fall von Uterus bicornis unicollis mit rudimentärem rechten Horn. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 12. Mai 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 248. (Demonstration des Präparates, 24jährige Virgo, die an einer akuten hämorrhagischen Enzephalitis gestorben war.)
6. — Bildungsanomalie. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 12. Mai 1914. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 3. p. 151. (Es handelt sich um einen Uterus bicornis unicollis mit einem rudimentären Nebenhorn.)
7. Erath, Uterusmissbildung. Uterus didelphys mit atretischer Uterushälfte. Genfer Frauenklinik. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 239. (Entstehung: Im 3.—4. Fötalmonat durch mangelnde Verschmelzung der Müllerschen Gänge.)
8. McEwan, J. S., Orlando, Uterus duplex. Report of Case. Florida Med. Assoc. Journ. Jacksoncville. August. II. Nr. 2. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. p. 908.
9. Michailesco, C. D., und Al. Bolintineano, Studie über einen Fall von Pseudohermaphroditismus. Journ. de Bucarest. I. 2/3. 1913. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 78. (11jähriges Kind mit männlichem Habitus, Bart etc. Äussere Genitalien weiblich, penisartige Klitoris. Innere Organe nicht zu tasten.)
10. Saissi, M., Utérus double. Soc. des chir. de Paris. 3 Sept. Ref. La Presse méd. Nr. 46. p. 381. (Entfernung durch vaginale Totalexstirpation. Auch die Scheide war doppelt.)
11. Schubert, G., Über die Bildung einer neuen Vagina bei kongenitaler Missbildung der Scheide. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 77. (Bildung aus dem Rektum.)
12. Sénéchal, M., Kongenitaler Scheidenmangel. Schaffung einer künstlichen Scheide aus einer Darmschlinge. Gaz. des hôp. 1914. Nr. 82. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 77. (Operation nach Baldwin. Gutes Resultat.)
13. Tate, M. A., Infantile Uterus. Ohio State Med. Journ. Columbus. March. XI. Nr. 3.
14. Unterberger jun., Zur Diagnose des rudimentären Nebenhorns des Uterus. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Königsberg, 20. Juni 1914. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7. p. 210. (Bei der Colporrhaphia ant. wegen Descensus wurde ein Kanal eröffnet und in toto exstirpiert. Verdacht auf Doppelbildung des Uterus. Beim darauffolgenden Alexander-Adams wurde durch den eingeführten Finger die Doppelbildung bestätigt; das rechte Horn war rudimentär. Der exstirpierte Kanal war mit Cervixschleimhaut ausgekleidet.)
15. Waldstein, Missbildung. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 10. März 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 165. (Kind mit Missbildungen an den vier Extremitäten, an beiden Händen bloss je zwei Finger, an den Füssen fehlen die 2. und 3. Zehen und Metakarpen.)
16. Ward, Geo Gray, Uterus duplex and double vagina complicated by interstitial fibroids. Transact. of the New York Obst. Soc. Nov. 14. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Febr. p. 322. (Es handelt sich um eine 33jährige, unverheiratete Patientin. Menstruationsstörungen führten die Patientin zum Arzt.)

Meist nur Kasuistik.

Über **kongenitalen Scheidenmangel** bzw. **Missbildung** spricht Sénéchal (12), der eine neue Scheide aus einer Dünndarmschlinge bildet. Das Rektum benützt für diese Zwecke Schubert (11).

Einen Fall von **doppelter Vagina** schilderte Barozzi und Fournier (1).

Uterus infantilis: Tate (13).

Uterus duplex bzw. **didelphys**: Ward (16); Unterberger (14): die Duplizität wurde erst bei der Operation (Alexander-Adams) gemerkt; Saissi (10): hier war auch bei dem erwähnten Fall die Scheide doppelt; Mc Ewan (8); Erath (7). Braithwaite und Craig (4) berichten über einen Knaben, der eine **Hernie** hatte, in der ausser den Testikeln Uterus, Vagina und Tuben enthalten waren.

Uterus bicornis unicollis: Deutsch (5, 6).

Uterus bicornis septus: Bernstein (3).

Uterus bicornis aplastic: W. Benthin (2).

Über einen Fall von **Pseudohermaphroditismus** berichten Michailesco und Bolintineano (9). Es handelt sich um einen 11 jährigen Knaben mit männlichem Habitus, dessen äussere Genitalien weiblich sind.

Eine sehr interessante Missbildung demonstriert Waldstein (15). An allen vier Extremitäten waren Anomalien vorhanden.

Anhang: Sterilität.

1. Dozzi, L., Sterility in Women. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. Milan. Dec. 13. Nr. 134. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Jan. p. 377. Vol. 64. Nr. 4.

---

3. Entzündliche und funktionelle Erkrankungen des Uterus.

a) Tuberkulose.

1. Brohl, Eine primäre Erkrankung der Portio an Tuberkulose. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln, 11. Juni 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 170. (Bei der Untersuchung fand sich an der geschwollenen Lippe der Portio ein Ulcus, das stark blutete; sonst nichts Krankhaftes. Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkulose.)
2. Spaeth, Demonstration eines Uterus von einer Frau, die früher tuberkulös, später wegen Blutungen kastriert worden war. Hamburger Geb. Ges. 16. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 249. (Der Uterus enthielt zahlreiche Myome und ein Korpuskarzinom.)

b) Metropathien, Endometritis.

1. Aschheim, Über den Glykogengehalt der Uterusschleimhaut. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 65. (Die Glykogenablagerung ist ein physiologischer Vorgang und steht mit den menstruellen anatomischen Umwandlungen der Schleimhaut in Zusammenhang. In den postmenstruellen Drüsen und denen der ersten Hälfte des Intervalls fehlt das Glykogen. In den letzten Tagen des Intervalls tritt das Glykogen auf. Auch in den Stromazellen findet es sich im Prämenstruum, ebenso vielfach in der oberflächlichen Muskelschicht. In der Menstruation wird das Glykogen ausgestossen, nur in persistierenden prämenstruellen Drüsen ist es nach Ablauf der Periode wahrnehmbar. In der Schwangerschaft behalten Drüsen und Stromazellen ihre glykogenbildende Tätigkeit.)
2. — Zur Histologie der Uterusschleimhaut. Über das Vorkommen von Fettsubstanzen. Zeitschr. f. Geb. Bd. 77. Heft 2. p. 485. (Verf. hat 196 Fälle untersucht [14 im Klimakterium, 132 im Intervall, 44 im Prämenstruum, 6 in der Menstruation]. Die Untersuchungen ergaben, dass das Vorkommen von Lipoiden in wirklich auffallenden Mengen bei der geschlechtsreifen Frau hauptsächlich gebunden ist an das prämenstruelle Stadium und dass hier die Schleimhaut besonders ganz kurz vor den Menses und während derselben reichlich Lipoide in ihren Epithelien aufweist; mit der Menstruation schwinden diese aus den Epithelien; im Intervall findet man selten und meist nur wenig Fettkörnchen im Epithel. Das Stroma weist in beiden Phasen lipoide Stäubchen und Fettkörnchenzellen auf, im Prämenstruum häufiger als im Intervall. In den ersten Monaten der Gravidität finden sich in den Drüsen reichliche, in der Vagina wechselnde Mengen von Lipoiden, von den fötalen Elementen zeigen Synzytium, choriale Riesenzellen und Trophoblast die Lipoide in mehr weniger grossen Mengen. Aschheim ist der Ansicht, dass die Lipoide nur der histochemisch nachweisbare Zustand eines erhöhten Stoffwechsels in der Zelle darstellen. Andere Autoren, besonders Schröder, glauben, dass es sich um ein Degenerationszeichen handelt. Vielleicht sind die Lipoide die Träger jener jetzt vielgenannten Stoffe, ohne die das Leben nicht bestehen kann, der Vitamine; auf diese geht Verf. noch näher ein. Schliesslich tritt Aschheim der Frage noch näher, ob man in der Uterusschleimhaut, besonders der Decidua, ein innersekretorisches Organ zu sehen habe. Nach Verf. Ansicht sind die Stützen für diese Meinung recht schwach. Sehr lehrreiche Darstellung dieser Frage.)

3. Ashby, T. A., Baltimore Study of Uterine Hemorrhage. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. Richmond. July 21. Nr. 1. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. p. 205.
4. Bauer, Hämatokolpos und Hämatometra. Vers. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 12. Juni 1914. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 236. (Bauer wurde zu der Patientin gerufen, da es sich angeblich um eine Geburt handeln sollte; bei der Untersuchung stellte sich die Fehldiagnose sofort heraus.)
5. Boldt, H. J., Intermediäre Trachelorrhaphie als Prophylaktikum gegen die mitunter auftretenden unangenehmen Erlebnisse infolge von Cervixrissen. Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 42. p. 372. (Nicht alle Cervixrisse machen Beschwerden, auch ist kein Termin vorhanden, wenn Symptome auftreten. Verf. ist der Ansicht, Risse zu vernähen, bevor sie Erscheinungen machen, zu einer Zeit also [intermediär], wo die Weichteile sich erholt haben und wo genügend Zeit verstrichen ist, um bei der Operation Gewebe zu schonen. Schilderung der Technik.)
6. — Intermediate Trachelorrhaphy its use as a prophylactic against the pernicious effects sometimes caused by laceration of the cervix. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Oct. 30. Vol. 65. Nr. 18. p. 1511.
7. Cleland, F. A., Uterine Hemorrhage at and after the Menopause. Can. Med. Assoc. Journ. V. 389. Ref. the Amer. Journ. of Obst. Aug. p. 353. (Genaueste Untersuchung. Ausschliessen einer malignen Erkrankung. In schweren Fällen ist die Hysterektomie indiziert. Curettement und Organotherapie haben geringen Wert.)
8. van Dongen, I. A., Pharmacologische en klinische onderzoekingen over erodium cicutarium, een stypticum by uterusbloedingen. Inaug.-Dissert. Amsterdam. (Mendes de Leon.)
9. Duffy, R., Uterine Hemorrhage at Puberty. New Orleans Med. and Surg. Journ. Jan. Nr. 7. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Jan. Vol. 68. Nr. 4. p. 371.
10. Ebeler, F., Zur Behandlung genitaler Blutungen mit Tamponspuman. Frauenarzt. Heft 4. p. 98. (Im Tampospuman [früher Inhibin genannt) sind u. a. Suprarenin, Styptizin, Eisenchlorid, Chinin vorhanden. Ebeler hat 86 Fälle damit behandelt, geburtshilfliche und gynäkologische Blutungen. Die Anwendung geschieht lokal. Die Erfolge sind leidlich.)
11. Feigin, Malka, Das Verhalten der Uterusschleimhaut bei Blutungen junger Individuen. Inaug.-Diss. Strassburg 1914.
12. Frankl, O., Plexus venosus varicosus endometrii. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. März 1914. Ref. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 571 und Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 927 und Zentralbl. f. Gyn. 'Nr. 16. p. 264. (Patientin ist 49 Jahr. 4 Partus, 1 Abort. Beschwerden: starke Blutungen. Therapie: Operation. Makroskopisch am Uterus ein stecknadelkopfgrosser Thrombus zu sehen. Mikroskopisch: Plexus von weiten Gefässen, die bis an die Basis mucosae reichten, Decidua spongiosa mit Deciduazellen. Zweifellos liegt eine mangelhafte Involution resp. partielle Retention der Decidua vor. Diskussion: Novak glaubt, dass dieser Fall sich an ein Krankheitsbild: Status hyperaemicus anschliesst.)
13. Gardner, William Sisson, Hypertrophies of the Endometrium. Journ. of Amer. Med. Assoc. May 19. p. 1831. (Beschreibung der Uterusschleimhaut bei verschiedenen Zuständen, bei Extrauteringravidität, bei ovariellen Erkrankungen, bei glandulärer und interstitieller Hypertrophie, bei Uterusverlagerung und bei Anwesenheit von Fibromen [Abbildungen].)
14. Girvin, J. H., The After Results of Curetment of the Uterus. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 632—689. (Fürchtet durch zu starkes Kratzen Zerstörung der Schleimhaut.)
15. Halban, J., Zur Symptomatologie der Corpus luteum-Zysten. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 28. p. 773. (Bei Corpus luteum-Zysten Amenorrhoe, bei Exstirpation der Zyste traten Blutungen ein. Diese Zysten können spontan verschwinden, ihre Wand ist dünn, sie platzen leicht. Ihre Exstirpation während der Gravidität muss keine Unterbrechung zur Folge haben. Diskussion: Novak, Adler, Thaler.)
16. Höhne, Ottomar, Ursachen und Therapie, Organotherapie der Menorrhagien. Jahreskurs f. ärztl. Fortb. Juli. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. p. 1079. (Der Uterus darf nicht wahllos curettiert werden, die Ursache der Blutungen muss erforscht werden. Die Curettage ist vonnutzen bei chronischen Abortresten, Subinvolution, bei Hyperplasie des Endometriums, eventuell bei Lageveränderungen; bei akuten

und subakuten Entzündungen Ruhe und antiphlogistische Behandlung. Für schwere Blutungen im Klimakterium ohne Befund ist Röntgenbehandlung oder Kastration und Uterusexstirpation indiziert. Höhne empfiehlt Mammin Poehl, 3—4 mal 1 Tabl. à 0,5 oder 3 mal täglich 2 Tabl. à 0,3, eventuell subkutane Injektionen; auch bei Anwendung von Pituitrin und Corpus luteum-Extrakten kann man Erfolge sehen.)

17. John, Walter, Technik und Erfolge der einzelnen Autoren bei der Behandlung der Myome und hämorrhagischen Metropathien mit Röntgenstrahlen. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Nov.-Dez. 1914.
18. Judd, Aspinwall, Der Gebrauch abgesetzten Blutserums nach schweren Hämorrhagien und bei Hämophilie. Med. Record. Vol. 87. Nr. 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 761. (Injektion von 40 ccm Serum [aus 100 ccm Blut gewonnen]. Um Hämolyse zu vermeiden, soll der Blutspender ein naher Verwandter sein.)
19. Kramer, Anna, Das anatomische Verhalten der Uterusschleimhaut bei klimakterischen Blutungen. Inaug.-Diss. Strassburg 1914.
20. Lauth, Gustav, Über das Verhalten des Uterus bei ovariellen Blutungen. Inaug.-Diss. Halle. Juli.
21. Löhnberg, Erfahrungen mit der vaginalen Korpusamputation. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln. 5. Nov. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 180. (Erfahrung an 54 Fällen, gute Resultate. Indikation: schwere, durch andere Massnahmen nicht zu bekämpfende Fälle von chronischer hämorrhagischer Metritis, ferner nicht zu grosse, ausgeblutete Myome und die Fälle von Tuberkulose und Gravidität, wo neben der Untersuchung gleichzeitig die Sterilisierung herbeigeführt werden soll. Diskussion: Ebeler.)
22. Miller, C. J., Use of Radium in Uterine Bleeding. Due to Myometrical Degeneration. Southern Med. Assoc. Nov. 8—11. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 65. p. 2117. (Angeblich gute Erfolge bei klimakterischen Blutungen.)
23. Novak, E., Die pathologische Physiologie der uterinen Blutungen. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1914. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 760. (Einteilung: 1. Fundamentelle Ursachen; hierher sind auch die Störungen der inneren Sekretion zu rechnen. 2. Nervöse, auf dem Wege der Vasomotoren; 3. anatomische; letztere sind die häufigsten.)
24. Riddle, Goffe J., Die biochemische Funktion des Endometriums bei der Ätiologie von Metrorrhagie und Menorrhagie. New York. Med. Journ. Vol. 100. Nr. 5. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 759. (Verf. führt diese Blutungen auf die Beimengungen einer gerinnungshemmenden Substanz zurück. Diese Substanz, das Antiferment, wird im Endometrium gebildet und ans Blut abgegeben. Zentrum der Regulation ist das Corpus luteum.)
25. Sachs, Walter, Die Funktionsphasen der Gebärmutterschleimhaut des geschlechtsreifen Weibes im mikroskopischen Bilde. Inaug.-Diss. Breslau 1914
26. Schickele, Zur Kasuistik der Pubertätsblutungen. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 8. März 1914. Ref. Beitr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 19. p. 124. (Demonstration einer 16jährigen Virgo, die 1/2 Jahr nach Eintritt der Regel sehr starke Perioden hatte. Schickele fasst diese Blutungen als Folge innersekretorischer Störungen auf, nicht nur der Ovarien, sondern auch anderer (Struma), vielleicht der Gesamtheit der Drüsen. Behandlung: Diät und grosse Dosen Natr. bicarbonic. Der Erfolg war gut. Eine weitere Kategorie beruht auf einer Übererregbarkeit des vasomotorischen Systems. Die Individuen fallen durch ihre Gesichtsröte, Labilität der Gefässinnervation, Schwitzen etc. auf. Das anatomische Bild der Schleimhaut ist normal, manchmal zystische Erweiterung der Drüsen. Therapie: Hydrotherapie, vegetarische Diät und Kalziumverabreichung. Die Pubertätsblutungen haben also keine einheitliche Ursache.)
27. Schwarz, Emil, Metrorrhagie. Med. Record. Vol. 86. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 760.
28. Shaw, W. F., Subdivisions of Chronic Metritis . Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp. 1914. XXVI. 73. Ref. Journ. Amer. of Obst. Jan. p. 178. Febr. p. 353. (Zwei Gruppen werden unterschieden: a) chronische Subinvolution, b) Hypertrophie. Diese beiden Gruppen unterscheiden sich voneinander durch die Anordnung des elastischen Gewebes, und zwar ist diese bei der Hypertrophie wie beim virginellen Uterus. Bei der Subinvolution findet sich das elastische Gewebe besonders in der Wand der Gefässe.)
29. Zacharias, Erich, Genitalblutungen neugeborener Mädchen. Med. Klinik. 1914. Nr. 46. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. p. 16. (Unter 400 Mädchen zehnmal = 2,5%. Gewöhnlich hört die Blutung am 6.—7. Tage auf, niemals profus, sonst

zeigten die Kinder keinerlei Störungen. Therapie nicht notwendig. Ätiologisch handelt es sich nach Zappert und Halban um Stoffe, die während der Schwangerschaft im fötalen Kreislauf zirkulieren; die Stoffe entstammen der Plazenta und bewirken nach ihrem Übertritt in den kindlichen Kreislauf Hyperämie und Vergrösserung des kindlichen Uterus. Allmählich schwillt der Uterus wieder ab. Bei den 10 Kindern hat es sich stets um Kinder mit hohem Gewicht (3156—4840 g) gehandelt. Verf. glaubt daher, dass weibliche Neugeborene mit grossem Gewicht durch das mechanische Element der Druckeinwirkung während der Geburt zu Genitalblutungen disponieren.)

Mit dem Studium der **Uterusschleimhaut** beschäftigen sich eine Anzahl Arbeiten. Aschheim (1, 2) hat den **Glykogengehalt,** den er für vollkommen physiologisch ansieht, studiert. Auch die **Histologie** hat er eingehenden Forschungen unterworfen und 196 Fälle in jeder Phase, Klimakterium, prämenstruell, im Intervall etc. untersucht. Besonders hat er das Vorkommen von Lipoiden zum Gegenstand seiner Studien gemacht. Auch sonst haben sich Feigin (11), Gardner (13), Kramer (19), Riddle (24) und Sachs (25) mit dem **anatomischen und chemischen Verhalten der Uterusschleimhaut** in ihren verschiedenen Funktionsphasen beschäftigt.

Auch Lauth (20) bespricht das **Verhalten des Uterus bei ovariellen Blutungen.**

Histologische Arbeiten sind ferner Frankl (12) und Shaw (28). Ersterer bespricht einen recht seltenen Befund, einen **Plexus venosus varicosus Endometrii,** letzterer unterscheidet bei der **chronischen Metritis** zwei besondere Formen, die sich durch die Anordnung des elastischen Gewebes besonders voneinander auszeichnen.

Von Interesse ist der von Baur (4) mitgeteilte Fall, ein sehr ausgebildeter **Hämatokolpos und Hämatometra** wurde für einen graviden Uterus angesehen.

Die Erfahrungen mit der **vaginalen Korpusamputation** waren nach Löhnberg (21) sehr gute, besonders bei hartnäckiger chronischer hämorrhagischer Metritis.

Die **intermediäre Trachelorhaphie** empfiehlt Boldt (5, 6); nach seinen Erfahrungen müssen die Cervixrisse vernäht werden, bevor sie Erscheinungen machen.

Zahlreich sind die Arbeiten über **Blutungen** und deren **Behandlung.**

Die **pathologische Physiologie der Blutungen** bespricht Novak (23), sonstige allgemeine Arbeiten sind von Ashby (3) und Schwarz (27). Auch die Blutungen, die in den verschiedensten Lebensaltern auftreten, werden einer Besprechung gewürdigt.

Über **Genitalblutungen neugeborener Mädchen** schreibt Zacharias (29). Unter 400 Mädchen fand er 10mal derartige Blutungen, die gewöhnlich am 6.—7. Tage auftreten. Die **Blutungen in der Pubertät** werden von Duffy (9) und Schickele (26) besprochen. Genaueste Beobachtung und Untersuchung, Ausschliessen eines malignen Prozesses bei **klimakterischen Blutungen** fordert Cleland (7).

Therapeutisch bei Hämorrhagien empfiehlt Ebeler (10) **Tampospuman,** ein Mittel zur lokalen Anwendung, das u. a. Suprarenin, Styptizin, Eisenchlorid enthält. Judd (19) injiziert mit gutem Erfolg 40 ccm abgesetzten **Blutserums.** Höhne (16) hat mit **Mammin-Poehl** sehr gute Resultate gesehen.

Auch die Erfolge der **Strahlentherapie** werden in einer Dissertation von John (17) besprochen.

Das Auftreten von Blutungen stellt sich bei der Exstirpation einer gewissen Art von Geschwülsten ein. Halban (15) bespricht dies in einer Arbeit über die Symptomatologie der Corpus luteum-Zysten.

Pharmakologische und klinische Untersuchungen gibt v. Dongen (8) über **Erodium cicutarium,** das ganz zufälligerweise von einem russischen Arzt, Komorowitz, entdeckt wurde. Literaturübersicht. Vergleichende Untersuchungen über die Wirkung von Erodium und anderen Mitteln auf den Uterus, speziell Extr. secalis cornuti liqu. und Extr. hydrast. canad. liqu., Secacornin Roche und Hydrastinium hydrochloricum (Merck).

Versuche an dem ausgeschnittenen Uterus, sowie an Uteri in vivo bei Katzen zeigten, dass die Wirkung der verschiedenen genannten Mittel eine peripherische ist, dass Sekakornin besser wirkt als Extr. secal. liqu., Hydrastinin besser als Extr. hydrastis canad., so dass Verf. vermutet, dass auch das Erodium einen wirksamen Bestandteil enthält, der kräftiger wirkt als das Erodium selbst. Klinisch hat Verf. in 82 Fällen das Mittel versucht und war speziell überrascht von der guten Wirkung bei Dysmenorrhoe mit profuser Blutung, während es bei Dysmenorrhoe sui generis unwirksam war. Bei Blutungen bei Virgines, bei präklimakterischen Blutungen und bei idiopathischer Menorrhagie erreicht man ausgezeichnete Erfolge, sogar in Fällen, wo das Hydrastis canadensis im Stich liess.

Wenn Ref. sich eine Bemerkung über die übrigens sehr lesenswerte Dissertation erlauben darf, so ist es diese, dass die Literaturangaben über das Hydrastis canad. unzureichend sind. Schatz lenkte zuerst die Aufmerksamkeit auf das Hydr. canad. gelegentlich der 54. Naturforscherversammlung in Freiburg im Jahre 1883. — Ref. hat danach das Mittel versuchsweise in seine Privatpraxis eingeführt und das Resultat in 40 Fällen (Arch. f. Gyn. 1885, Bd. 26, Heft 1, S. 14 J.) mitgeteilt. — Das Mittel war damals in Holland unbekannt, wurde aber nach obengenannter Veröffentlichung in der holländischen Pharmakopoe aufgenommen. (Mendes de Leon.)

Anhang: Intrauterine Behandlung.

1. Schauta, F., Zur intrauterinen Radiumbehandlung. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 8. Juni. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 41. p. 1531. (Fünf vorgeschrittene Fälle von Korpuskarzinom. Histologisch war Adenokarzinom konstatiert. Technik: 25, 30 oder 50 mg, 4—12 Stunden an 3—6 aufeinanderfolgenden Tagen, Pausen von 10, 20—40 Tagen, eventuell bis zu vier Serien. Resumée: Gewichtszunahme, Besserung des Aussehens, Aufhören der Blutung. Mikroskopisch bei der Ausschabung kein Karzinom mehr zu sehen. Operable Fälle werden nach wie vor operiert.)
2. Wagner, G. A., Zur Behandlung der Genitalblutungen der Frau. Therap. Monatsh. Heft 8. p. 424. (Ein grosser Teil der Uterusblutungen ist ovariellen Ursprunges, bei einem anderen Teil kommt ätiologisch die Uterusmukosa in Betracht. Wagner unterscheidet also hinsichtlich der Therapie zwei Gruppen von Blutungen, die mechanisch bedingten und die ovarigenen. Zu den ersten gehören z. B. Blutungen beim Karzinom, bei Polypen, submukösen Myomen, bei abnormer Hyperämie des Uterus, bedingt durch psychogene, thermische oder sexuelle Reize, bei mangelhafter Kontraktionsfähigkeit des Uterus, bei abnormem Verhalten der Gefässwände, des Blutes, bei Stoffwechselstörungen oder Erkrankungen, schliesslich bei ektopischer Schwangerschaft. Ovarigen sind die Pubertäts- und die klimakterischen Blutungen. Eine Dysfunktion der Ovarien nimmt man an bei Blutungen bei Myomen und entzündlichen Adnexerkrankungen. Therapie: lokal in Form der Curettage. Ätzung und Vaporisation ist gefährlich. Tamponade zur momentanen Bekämpfung ist zu empfehlen. Bei Störungen empfiehlt Wagner die Skarifikation, eventuell gymnastische Übungen, kühle Sitzbäder. Bei allgemeinen Zirkulationsstörungen Digitalistherapie. Eine wichtige Rolle besonders bei mangelhafter Kontraktionsfähigkeit spielt das Secale cornutum und seine Präparate. Bei mangelhafter Gerinnungsfähigkeit des Blutes werden Kalkpräparate vonnutzen sein. Bei ovarigenen Blutungen werden die Hormone der endokrinen Drüsen gegeben: Hypophysenextrakt, Mammin-Pöhl, Corpus luteum-Extrakt, Jodothyrin etc. Schliesslich kommt der Strahlenbehandlung jetzt eine sehr grosse Bedeutung zu.)

4. Lageveränderungen des Uterus.

a) Allgemeines. Anteflexio.

1. Hutchins, H. T., Treatment of Anteposed Uteri. Boston Med. and Surg. Journ. Jan. 7. Nr. 1. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Jan. Vol. 64. Nr. 4. p. 368.
2. Oldag, Schädigung durch einen Mutterring. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19. p. 561. (Es handelt sich um ein Sieb-Schalenpessar aus Hartgummi, die konvexe Seite nach oben eingelegt. Durch das mittlere Loch der Schale war die Portio durchgesteckt, diese war ödematös geschwollen. Das Pessar musste behufs Entfernung zersägt werden.)
3. Ruben, Martha, Lageanomalien der weiblichen Genitalorgane vor dem Unfallgesetz. Inaug.-Diss. München.
4. Williams, John T., The Rôle of the pelvic fascia as a uterine support. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 71. April. p. 575. (Besprechung der anatomischen Verhältnisse.)

b) Retroflexio uteri.

1. Altmann, J., Die abdominellen Operationen der Retroversio-flexio des Uterus und deren Resultate. V. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte. Prag 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 386. (Extra- und intraperitoneale Suspension des Uterus sollten nur während der Geschlechtstätigkeit des Weibes ausgeführt werden, anatomisch begründeter ist die extraperitoneale Suspension, zu der sich nur ein mobiler Uterus eignet, die Domänen der intraperitonealen Suspension sind die lokal komplizierten Fälle.)
2. Bissell, Dougal, A Contribution of the Study of movable Retrodisplacements of the Uterus. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 71. April. p. 561. (Wiederherstellung des faszialen Beckendiaphragma und Festhaltung des Uterus in seiner vorderen und horizontalen Lage ist erste Bedingung.)
3. Carlin, R. C., Retrodisplacement of Uterus. Arkansas Med. Soc. Journ. Little Rock. March. XI. Nr. 10. p. 231—253.
4. Goldsborough, F. C., Retrodeviations of Uterus in Puerperium and in Nulliparous Women. New York State Journ. of Med. Dec. 14. Nr. 12. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Jan. Vol. 64. Nr. 3. p. 275.
4a. Jakson, T., Operation of Shotening Round Ligaments for Cure of Retrodisplacements of Uterus. Indian Med. Gazette. Calcutta. Sept. L. Nr. 9. Ref. The Journ. of Amer. Med. Assoc. Nov. Vol. 65. Nr. 19. p. 1681.
5. Kohlman, W., New Orleans Endresults of Round Ligament fixation. Southern Med. Journ. Mobile. May. VIII. Nr. 5. p. 345—442. (216 Fälle sind operiert worden, 70 konnten nachuntersucht werden, 60 waren geheilt. 8 Patientinnen hatten eine Schwangerschaft durchgemacht.)
5a. Kruszynski, Die Kombination der Laparotomie mit dem Alexander-Adams und dem Dauerresultate. Wiener klin. Rundschau. (Bei Retroflexio fixata und Kombination mit Adnexerkrankung empfohlen. 28 Fälle.)
6. Lapidewsky, Lageanomalien des Uterus. Genfer Frauenklinik. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 240. (Von 57 operierten Fällen fand Lapidewsky 38 mal annexielle Erkrankungen. Die beste Methode für die Behandlung der Retrodeviationen ist also die Laparotomie, da sie in vielen, vorher oft nicht diagnostizierten Fällen erlaubt, andere Läsionen der Genitalien in Angriff zu nehmen.)
7. Madill, D. G., The Alexander-Adams Operation and its Results. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Febr. p. 49. (Die Operation ist beim retroflektierten, nicht adhärenten Uterus indiziert, mit Ausnahme der Fälle, wo auch über Sterilität geklagt wird. Die Technik ist einfach, die Ligamente werden leicht gefunden. Folgeerscheinungen ebenso wie ungünstige Ausgänge bestehen nicht. 85% der Patientinnen wurden von ihren unregelmässigen Perioden geheilt und 75% von ihren Intermenstrualbeschwerden. Schwangerschafts- oder Geburtsstörungen kommen nicht vor. Der Uterus bleibt nach der Geburt in guter Lage.)
8. Mathou, J., Zur operativen Therapie der Retrodeviationen des Uterus. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte. Prag 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 385. (Eigene Methode: Transversaler Hautschnitt nach Pfannenstiel. Spaltung der Faszie des Obliquus. Auspräparieren des Ligamenta rot., Resektion der distalen Seite, diese werden vor die Faszie der Musculi recti vorgezogen, gekreuzt und fixiert. Naht der Faszie.)
9. Muret, M., Abdominal Fixation of retroflexed Uterus and subsequent Pregnancy; thirty-eight cases (Hysteropexie abdominale direct et puerpéralité). Revue Med. de la Suisse Romande . Geneva. Nov. Nr. 11. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Jan. Vol. 64. Nr. 3. p. 278. (Verf. berichtet über 38 Fälle. Die Frauen waren zwischen 21 und 35 Jahre alt. 23 mal verlief die Geburt spontan, 8 mal wurde eine Zange gemacht, 7 Frauen abortierten. Irgendwelche Störungen wurden niemals beobachtet, das Puerperium war stets normal.)
9a. — Suites physiologiques et pathologiques de l'hystéropexie abdominale directe. (Entérocèle vaginale postérieure, occlusion intestinale etc.) Ann. de Gyn. et d'obst. Juill.-Août. p. 545. (Muret beschreibt einen Fall von Rezidiv-Prolaps nach Ventrifixur, der die Eigentümlichkeit hat, dass der Prolaps nur im Liegen der Patientin zum Vorschein kommt, während er im Gehen, Stehen und sogar beim Pressen verschwindet. Muret erklärt dieses paradoxe Phänomen derart, dass die Bauchdecken

genügend schlaff sein müssen, um beim Pressen nach vorn sinken zu können. Der Uterus muss aber auch fest fixiert sein, um den Bewegungen der Bauchdecken folgen zu können. Muret fordert, bei Ventrifixuren auch ausgedehnte Dammplastiken anzuschliessen. Ferner beschreibt Verf. zwei Fälle, bei denen es nach einer Ventrifixur zu einer hernienartigen Ausstülpung des hinteren Douglas kam; eine hintere Kolporrhaphie war in beiden Fällen unterlassen worden. Auch hierzu sind drei Bedingungen notwendig: 1. eine feste Ventrifixur des Uterus; 2. eine Erhöhung des intraabdominalen Druckes (z. B. durch chronische Bronchitis) und 3. Schwäche oder Fehlen eines vaginopelvinen Stützapparates. Schliesslich kommt Muret noch an der Hand der Literatur von 16 Fällen auf die Gefahren zu sprechen, die eine Ventrifixur bezüglich der Entstehung eines Ileus bietet. Wenn eine Methode gewählt wird, die eine anteuterine Tasche zum Fortfall bringt, besteht keine Gefahr.)

10. Noble, George, Intra-abdominal dynamics and mechanical principles involved in the cause of backward and downward displacements of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. XX. Nr. 1. Jan. 15. Ref. Journ. of Gyn. and Obst. of the Brit. Emp. Febr. p. 91.
11. Reynalds, Edward, Forward fixation of the cervix as a predisposing cause of some retrodeviations of the uterus and an operation for its release. Surg., Gyn. and Obst. XIX. Nov. 5. 1914. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Febr. p. 91.
12. Sack, Paul, Die Retroversio-flexio uteri und ihre operative Behandlung unter besonderer Berücksichtigung von 14 in der Erlanger Frauenklinik operierten Fällen. Inaug.-Diss. Erlangen.
13. Schmitz-Pfeiffer, 25 Jahre mit der Alexander-Adams-Operation (1887—1912) Bruns Beitr. 92. (Sehr gute Erfahrungen.)
14. Van Teutem, Emma A., Über Retroflexio uteri. Zeitschr. f. Geb. Bd. 77. Heft 2. p. 419. (Auf Grund sehr eingehender Untersuchungen kommt Teutem zu folgenden Betrachtungen: Der Uterus behält seine Anteflexionslage durch den Tonus seiner Gewebe. Die Retroflexion wird bedingt: 1. Tonusverlust infolge Asthenie, Infantilismus etc. 2. Einwirkung von Kräften auf die vordere Uteruswand [intraabdominaler Druck, Tumoren]. Diese Faktoren können sich geltend machen: a) bei Erschlaffung des Beckenbodens oder Einreissen beim Partus; b) wenn der Uterus höher zu liegen kommt durch Füllung des Rectums unter ihm; c) wenn bei Rückenlage und Blasenleerung der Uterus sich nicht wieder aufheben kann. 3. Einwirkung von Kräften auf die hintere Uteruswand [Adhäsionen im Douglas, Tumoren der hinteren Uteruswand]. Die Kongenitalität ist selten. Die Frequenz bei Nulliparae und Müttern ist gleich. Die Retroflexion ist zweifellos pathologisch. Symptome bei Frauen, die geboren haben: Schmerzen, unregelmässige Menses, Fluor, Dysmenorrhoe, Abort, frequente und schmerzhafte Miktion, Schmerzen beim Stuhlgang. Bei Nulliparae sind die Beschwerden [Schmerzen, Dysmenorrhoe etc.] sehr ähnlich. Das typische Symptom der angeborenen Retroflexion ist Sterilität, bei erhaltener Retroflexion ist die Möglichkeit einer Gravidität nicht geringer, die eines Abortes etwas grösser geworden. Eine symptomlose Retroflexion kommt nur ausnahmsweise vor. Quoad Therapie gehen nach Teutem die Resultate der Alexander-Adamsschen Operation und der Pessartherapie nicht weit auseinander.)
15. Williams, P. F., Causes of Backward Displacements of Uterus. Amer. Journ. of Med. Sciences. Philadelphia. August. 150. Nr. 2. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. p. 901 und Berl. klin. Wochenschr. p. 1107. (Verf. hat 529 Fälle untersucht, ob Unfall oder Trauma eine häufige Ursache der Retroflexion wäre. Nur in 13 Fällen = 8% war diese Ätiologie zu finden. Häufig sind es Geburt, Abort, Erkrankungen des Uterus oder der Adnexe, des Beckenbindegewebes.)

Mit den **anatomischen Verhältnissen** bzw. den **mechanischen und dynamischen Ursachen** der Retroflexio beschäftigen sich die Arbeiten von Noble (10) und Bissel (2). Williams (15, 16) hat sein Material daraufhin durchgesehen, ob ein Trauma eine häufige Ursache der Rückwärtslagerung ist; nur in 2% der Fälle konnte er dies konstatieren. Reynolds (11) ist der Ansicht, dass eine vordere Fixation der Cervix häufig den ersten Anlass zu einer späteren Retroflexion gibt. Arbeiten allgemeiner Betrachtung über diese Genitalanomalien sind von Carlin (3), Goldsborough (4) und van Teutem (14).

Erfahrungen mit der **abdominalen Operation** wurden mitgeteilt: Altmann (1) hat sowohl die extra- wie die intraperitoneale Suspension des Uterus ausgeführt. Beide Methoden

bedürfen natürlich gewisser Einschränkungen. Mathou (8) berichtet von einer eigenen Methode, die er mit gutem Erfolg angewendet hat. Auch Sack (12) spricht von den operativen Erfahrungen der Erlanger Frauenklinik. Lapidewsky (6) hält die Laparotomie für das beste Verfahren, da damit auch andere Genital- und Adnexerkrankungen zugleich behandelt werden können.

Über den **Einfluss der abdominalen Fixation auf eine folgende Gravidität** kommt Muret (9) zu sprechen. An seinem Material wurden ernstere Störungen niemals gesehen.

Mit den **Resultaten der Alexander-Adamsschen Operation** beschäftigen sich die Arbeiten von Kohlmann (5), Madill (7) und Schmitz-Pfeiffer (13). Stets sind die Erfahrungen mit dieser Methode recht gute. Auch hier sind gewisse Indikationen zu berücksichtigen.

c) Prolapsus uteri.

1. Boldt, J. H., Prolapsus of the Uterus. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. June. p. 930.

1a. Butt, A. P., Uterine displacements with special Reference to Prolapse of Uterus and Vaginal Walls. West Virginia Med. Journ. Nov.

2. Clauss, Über die Dauererfolge mit der Schauta-Wertheimschen Prolapsoperation. Geb.-Ges. in Hamburg. 30. Juni 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. p. 120. (62 Fälle; eine Patientin erlag einer Streptokokkensepsis. Die Patientinnen waren älter als 35—37 Jahre. Die Technik schloss sich den Angaben Schautas an. Bei Portiohypertrophie und wesentlicher Elongatio colli wurde eine Portioamputation gemacht. Dieselbe wurde auch bei normaler Portio ausgeführt, wenn deren Längsachse nicht die Verlängerung der Längsachse der fixierten Gebärmutter bildete, schliesslich bei Rissen oder bei nicht abgeheilten Erosionen. Prinzipiell wurde eine Kolpoperineorrhaphie angeschlossen. Dauerheilung 77 %; 14,3 % objektive Besserung. 12,2 % waren Rezidive. Von den durch doppelte Tubenunterbindung und Resektion des Zwischenstückes Sterilisierten waren zwei schwanger geworden. Verf. empfiehlt auf Grund seiner Resultate die Operation. Diskussion: Riek, Frank, Calmann, Schottelius, Roesing, Allmann, Prochownick, Rüder.)

2a. Ebeler, Prolaps und Spina bifida occulta. Festschr. Akad. prakt. Med. Köln. (Ebeler hält mit Halban und Tandler die Spina bifida occulta für die Ursache des Prolapses; die Bedeutung des Haftapparates ist nur sekundär. Statt der normalen Weite des Hiatus findet man einen breit offenen Kanal; Ebeler fand unter 28 Frauen nur fünfmal eine andere Ursache. Schädigungen der Nervenstränge sind die Vermittelung dazu.)

3. Feldheim, Hans, Die Anwendung der freien Faszientransplantation zur Operation von Prolapsen des weiblichen Genitale. Inaug.-Diss. Heidelberg. März

4. Jellet, H., Die Naht des Levator ani bei der Perineorrhaphie. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 385. (Levatornaht weder schwierig noch gefährlich. Der Verlauf des Levator lässt sich palpieren.)

4a. Judd, J. R., Uterusprolaps ungewöhnlichen Ursprungs. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 21. 2. (Nullipara. Druck vom Beckenexsudat die Ursache.)

4b. Mathes, Operative und orthopädische Behandlung bei Prolaps und Hängebauch. Wissensch. Ärzteges. in Innsbruck. 9. Juli. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 50. p. 1400. (Mathes spricht sich gegen die Suspensionsmethode Wertheims aus: das Kollum hängt in der Luft; die neugebildeten Aufhängemittel haben die Eingeweide zu tragen, wozu sie auf die Dauer auch nicht geeignet sind. Bezüglich des Hängebauchs unterscheidet Mathes den Frosch- und den Beutelbauch. Ersterer ist bedingt durch die Enge der unteren Thoraxabschnitte. Der Beutelbauch entsteht durch isolierte Insuffizienz nur der Aponeurosen in der Mittellinie. Im ersteren Fall Behandlung mit Binden, im letzteren operativer Verschluss des Bauchspaltes nach Gersuny oder Menge. Die Bauchschmerzen sind Zugschmerzen in den Peritonealduplikaturen und Ermüdungsschmerzen in der Bauchmuskulatur. Die Kreuzschmerzen sind hervorgerufen durch einen abnormen Belastungsmechanismus, wenn die Rückenwirbelsäule stärker gekrümmt, die Lendenlordose abgeflacht ist und tief sitzt und das Becken nur wenig geneigt ist. Die Kreuzschmerzen sind dann Ermüdungsschmerzen in der Rückenmuskulatur, sie sitzen im Gelenksapparat der Verbindungen zwischen dem 5. Lendenwirbel, Kreuzbein und Darmbeinen und sind den Plattfussschmerzen gleichzusetzen.)

5. Mayerhofer, E., Angeborener Prolaps. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 10. März 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 165. (13 Tage altes Kind, das noch einen Lückenschädel, Spina bifida, schwache Fissura sacralis, atrophischen Beckenboden, Ektropium der Analöffnung, fast ganz gelähmte untere Extremitäten besitzt.)
6. Mayo, C. H., Uterine prolapse with associated pelvic relaxation. Surg., Gyn. and Obst. XX. Nr. 3. March. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Febr. p. 93. (Bei Frauen zwischen 50 und 60 Jahren, die bereits eine Hysterektomie durchgemacht haben, ist die beste Methode, einen Prolaps zu heilen, der völlige Verschluss des Vaginalausganges. Bei grosser Cystocele empfiehlt Verf. die Spaltung der hinteren Uteruswand. Beide Hälften werden hinter die Faszie vernäht. Für sehr ausgesprochene Prolapse bei Frauen zwischen 45 und 65 Jahren, bei denen eine Interposition oder eine Ventrifixur kontraindiziert ist, macht Verf. eine Hysterektomie mit Raffung der breiten Ligamente auf beiden Seiten.)
7. Novak, E., The surgical treatment of complete prolapse of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. XIX. Sept. 3. 1914. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Febr. p. 89. (Die beste Operation ist die Watkins-Schautasche Methode. Stets ist eine Perineorrhaphie anzuschliessen.)
8. Polak, John, A study of the endresults in interposition of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. XIX. Oct. 4. 1914. Ref. Journ. of Gyn. and Obst. of the Brit. Emp. Febr. p. 89. (Frauen mit relativ kleinem Uterus in und nach der Menopause eignen sich am besten für diese Operation. Misserfolge sind auf technische Fehler, mangelhafte Blutstillung etc. zurückzuführen. Der Uterus muss hinter dem Schambein liegen. Vor der Operation Curettement.)
9. Souther, C. T., Watkins-Wertheim-Dührssen-Operation. Against other Methods in Treatment of uterine Prolaps. Lancet-Clin. Cincinnati. Nov. 28. 112. Nr. 22. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Jan. p. 85.
10. Vineberg, H. N., Vaginal Supravaginal Hysterectomy for Procidentia and Large Cystorectocele Associated with Chronic Fibrosis uteri. Surg., Gyn. and Obst. Dec.
11. Wade, H. A., Bericht über die Endresultate der Operation in 109 Fällen von Lageveränderung des Uterus, der Blase und des Rektums. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1914. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 386. (Abdominale Methoden: Faltung der Lig. rot. und lata, Ventrifixur. Vaginale Methoden: scheidenverengernde Operationen, Verkleinerung eines zu grossen Uterus, eventuell beide Methoden kombiniert. 61 abdominale Operationen mit Scheidendammplastik, gute Resultate.)
12. Walbaum, Otto, Zur Heilung hochgradiger Prolapse und Prolapsrezidive. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 614. (Bei dem Verfahren, das Verf. vorschlägt, ist die Facultas coeundi ausgeschlossen: Ausschneiden einer Ellipse aus der vorderen Scheidenwand, Unterminieren der Ränder, Raffen der Blase. Breite dreieckige Anfrischung der hinteren Scheidenwand. Raffung des Rektums. Vernähen der vorderen Scheidenwundränder mit den korrespondierenden Stellen hinten. Vereinigen der Wundflächen der Blase und des Rektums. Bildung eines hohen, festen Dammes.)
13. Watkins, Thomas J., Notes on vesico-uterine transpositions. Surg., Gyn. and Obst. XIX. Sept. 3. 1914. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Febr. p. 89. und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 385. (Von 275 Fällen konnte Verf. 104 nachuntersuchen. 13 Rezidive, die durch Nachoperationen beseitigt wurden. Die Operation ist zu modifizieren und mit partiellen Korpusresektionen, Cervixamputation oder Exzision der Uterusschleimhaut zu kombinieren.)
14. Weibel, Schwangerschaft und Geburt nach Interpositio uteri vesicovaginalis. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 266. (Zwei Fälle. Fall 1: im dritten Monat der Gravidität, der Uterusfundus wuchs förmlich aus der Vulva heraus. Therapie war eine Art vaginaler Sectio. Fall 2: am Schwangerschaftsende, erst in der letzten Woche Atembeschwerden. Hochgradiger Hydramnios, Querlage, lebendes Kind, Gefahr der Uterusruptur, daher abdominale Sectio, da die Frau sterilisiert werden sollte. Fundus ganz an der Symphyse, schwache Atonie, Verlauf gut. Diskussion: Wertheim, Thaler, Halban.)
15. Wertheim, Demonstration zur Prolapsoperation. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. Dez. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 339. (Phantom, an dem die Wirkung der Suspension der Portio vaginalis an den Sakrouterinligamenten und die Einnähung des Uteruskörpers in die Levatoröffnung gut veranschaulicht wird. Diskussion: Halban.)

16. Wertheim, Einnähung des Uterus und Suspension der Portio bei Genitalprolaps. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 12. Mai 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 244. (Vortrag. Diskussion: Halban, Fleischmann, Wertheim.)
17. — Zur Prolapsoperation. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 12. Mai 1914. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 3. p. 150. (Neue Methode: Der interponierte Uterus wird in die Levatoröffnung eingenäht, seitlich an den Levatorrändern und vorn am Diaphragma urogenitale, schliesslich Vernähung der Portio mit der Lig. sacrouterina; exakte Levatornaht. Sehr gute Reultate.)
18. — Zur Technik der operativen Behandlung der Genitalprolapse und Retrodeviationen des Uterus. Zentralbl. f. Gyn. 1916. Nr. 1. p. 1. (Operation: Das Cavum peritonei wird vom vorderen Scheidengewölbe aus eröffnet, der Uteruskörper stark angezogen, wodurch die Sakrouterinligamente sichtbar werden; diese werden durch Seidennähte vereinigt und auf diese Schlinge wird die Portio gelagert und fixiert; natürlich muss dazu das hintere Scheidengewölbe und der Douglas eröffnet und die Portio in den Douglas hereinluxiert werden. Nach erfolgter Auflagerung der Cervix wird die hintere Scheidenwand über die Portio heraufgezogen und an ihrer früheren Ansatzstelle wieder angenäht. Wertheim hält diese Operation, die Auflagerung der Portio auf den Sakrouterinligamenten in ihrer Wirkung für ausgezeichnet. Die Beckenbodenplastik verliert dadurch an Bedeutung, obwohl auch hier nicht auf sie verzichtet werden soll.)

Über einen **angeborenen Prolaps** berichtet Mayerhofer (5); es handelt sich um ein 12 Tage altes Kind.

Eine **allgemeine, zusammenfassende Arbeit** ist die von Boldt (1).

Besonders ist natürlich wieder die Therapie bearbeitet worden. Feldheim (3) bespricht die Anwendung der **freien Faszientransplantation.** Jellet (4) hält die **Levatornaht** weder für schwierig noch gefährlich, zumal der Levator leicht zu palpieren ist. Walbaum (12) beschreibt ein eigenes operatives Verfahren, das kurz zusammengefasst darin besteht, dass die vordere und hintere Scheidenwand miteinander vereinigt werden.

Über die **Endresultate** mit verschiedenen operativen Verfahren teils abdominal, teils vaginal lauten zwei Arbeiten von Mayo (6) und Wade (11). Die einzelnen Methoden müssen eine genaue Indikationsstellung haben.

Eine breitere Besprechung finden wieder die **Interpositionsverfahren.** Clauss (2) hat 72% Dauerheilungen gesehen, stets wurde eine Kolpoperineorrhaphie angeschlossen. Auch Novaks Resultate (7) sind gute. Polak (8) ist der Ansicht, dass Misserfolge bei dieser Operation auf technische Fehler, mangelhafte Blutstillung, Vorlagerungen der Blase etc. zurückzuführen sind. Watkins (13) sah bei der vesiko-uterinen Transposition von 104 nachuntersuchten Fällen nur 13 mal Rezidive, die leicht beseitigt werden konnten. Die Operation bedarf eben kleiner, für jeden Fall besonders geeigneter Modifikationen.

Wertheim (15, 16, 17, 18) hat seine Verfahren durch eine **neue Methode** noch zu verbessern gesucht, indem die Portio an den Sakrouterinligamenten suspendiert bzw. auf sie aufgelagert wird. An einem Phantom wird diese Operationsmethode gut veranschaulicht. Die Beckenbodenplastik ist dadurch nicht mehr unbedingt nötig, trotzdem wird sie noch stets angeschlossen.

Schliesslich berichtet Weibel (14) über zwei Fälle von **Geburt und Schwangerschaft nach Interposition.** In beiden Fällen musste natürlich operativ eingegriffen werden.

d) Inversio uteri.

1. Buck, Michael, Inversion of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. XIX. Oct. 4. 1914. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. in the Brit. Emp. Febr. p. 89. (Zwei Fälle. Operation 6 und 9 Monate, nachdem die Inversion geschehen war. Die Operation bestand in der Inzision der vorderen Uteruswand von der Cervix bis zum Fundus. Reinversion und Naht. Nach der Operation haben beide Patientinnen normale Schwangerschaften durchgemacht.)
2. Hedley, Prescott, Deux cas d'inversion chronique de l'utérus, traitées par laparotomie et incision utérine postérieure. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Jan. XXVII. p. 8. Ref. Annal. de Gyn. et d'Obst. Juill.-Août. (Die Behandlung kann konservativ oder operativ sein. Die erstere besteht darin, dass man dauernd versucht, den Uterus zu reponieren. Die Methode ist nicht zuverlässig. Operativ

kann man entweder durch vaginale Inzisionen oder auf dem Wege der Laparotomie die Inversion beseitigen; der letztere Weg ist vorzuziehen. (Heimann.)

2. Kirkham, H. L. D., Inversion of the uterus with report of a case of complete inversion with prolapse. The Amer. Journ of Obst August p 312.
3. Pressby, J. E., Complete Inversion of Uterus. South Carolina Med. Assoc. Journ. Seneca. Dec. X. Nr. 12. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Jan. Vol. 64. Nr. 4. p. 371.
4. Stephan, Siegfried, Über die Ätiologie der Inversio uteri bei Prolaps. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 1. p. 760. (Verf. unterscheidet neben der tokogenetischen (puerperalen), und onkogenetischen Form noch eine dritte, die idiopathische oder Prolapsinversion, die, wie der Name sagt, nur bei Prolapsen vorkommt. Ein einschlägiger Fall wird mitgeteilt: Inversio uteri mit Totalprolaps von Uterus und Scheide. Verf. spricht dann über die Ätiologie: Die totale Erschlaffung der Uterusmuskulatur spielt bei dieser Form keine so bedeutende Rolle. Der Prozess beginnt mit einer Inversion der Muttermundslippen. Der Vorgang schreitet also von unten nach oben fort, im Gegensatz zu den anderen beiden Formen. Als begünstigendes Moment dürften Cervixrisse in Betracht kommen. Der eigentlich treibende Faktor ist der intraabdominelle Druck. Noch ein Moment spielt vielleicht eine Rolle (Mansfeld), das ist eine Hypoplasie des Adrenalinsystems mit einer auffälligen Herabsetzung des Adrenalingehaltes im Blut. Da das Hormon der Nebennierenmarksubstanz die tonische Funktion des sympathischen Nervensystems erhält, und da sämtliche motorische Nerven des Uterus dem Sympathikus entstammen, glaubt Mansfeld, dass die Hormonverminderung die zur Inversion führende schwere Erschlaffung des Uterus bedinge. Eine völlige Klärung dieser Frage steht noch aus.)

5. Sonstiges.

1. Allmann, Demonstration eines zerbrochenen Spülansatzes, den er im Uterus eines Mädchens gefunden hatte, das an Peritonitis erkrankt war. Geb. Ges. in Hamburg. 11. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 615. (Die Patientin hatte sich die Kanüle durch Zeitungsannonce verschafft. Verf. regt an, dafür zu wirken, dass diese Anzeigen verboten werden.)
2. Beuttner, Uterusparalyse. Genfer Frauenklinik. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 244. (Indirekte Reize (Laparotomie, Narkose) können den Uterus zur Erschlaffung resp. Volumensänderung führen. Beuttner konnte die Paralyse dreimal beobachten: 1. bei nichtschwangerem Uterus mit doppelter Adnexitis; 2. beim fibromatösen Uterus; 3. beim nichtschwangeren Uterus gelegentlich einer Extrauteringravidität.)
3. Fullerton, W. M. D., Gynecology Past-Present-Future. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. June. p. 911. (Die Chirurgen operieren zurzeit auch Gynäkologisches, wodurch infolge ungenauer Diagnosenstellung verstümmelnde Operationen gemacht werden, später haben die Chirurgen für diese Patientinnen kein Interesse mehr; anderseits operieren die Gynäkologen wieder chirurgische Fälle. Manche Ärzte beschäftigen sich nur mit Gynäkologie und zu wenig mit Geburtshilfe. Darunter müssen, wie Verf. klagt, die Patientinnen sehr leiden. Ausserdem tun diese Ärzte zu wenig, um ihre Kenntnisse zu erweitern und zu vertiefen. Andererseits sind auch die Geburtshelfer zu einseitig ausgebildet. Verf. will, dass der Chirurg Chirurgie treiben, der Gynäkologe sich gründlich mit Gynäkologie und Geburtshilfe beschäftigen solle.)
4. Gallant, A. E., Ununterbrochene Gebrämutterdrainage. New York. Med. Journ. 1914. Nr. 15. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. p. 516. (Intermenstruelle Gebärmutterobstruktion erzeugt chronische Beckenerkrankungen. Verf. legt ein aus Gummi konstruiertes zweiblätteriges Drainageröhrchen, dessen gegenüberliegende Seiten durchlocht sind, in den Muttermund ein und lässt es mehrere Monate liegen.
5. Grube, Im Uterus abgebrochenes Hartgummirohr. Geb. Ges. in Hamburg. 16. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 249. (Das Rohr wurde ohne Dilatation mit einer feinen Zange entfernt.)

IV.

Vagina und Vulva.

Referent: Prof. Dr. Ludwig Knapp, Prag.
(k. u. k. Oberstabsarzt II. Kl., auf Kriegsdauer; derzeit Kommandant des Vereins-Reserve-Spitales vom Roten Kreuze in Gmünd, N.-Ö.)

Vagina.

1. Affektionen des Hymen, Bildungsfehler der Scheide, angeborene und erworbene Gynatresien.

1. Albertin, Hämatokolpometra nach Zwillingsgeburt, bestehend seit zwei Jahren. Lyon méd. 1914. Nr. 24. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
2. Aubert, Zwei Fälle von hymenaler Atresie. Gyn. helvetica. Bd. 11. p. 201. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 248.
3. Barozzi-Fournier, Ein Fall von doppelter Vagina bei einer schwangeren Frau. Gynécol. 1914. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
4. Barsani, Vollständiges Fehlen der Scheide usw. Soc. Toscana di ost. e gin. Ginec. p. 144. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 17.
5. Bauer, Atresia hymenalis. Nederl. Maandschr. Bd. 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
6. Baur, Siehe unter 5.
7. Benthin, W., Zur Kenntnis der Hemmungsbildungen am Urogenitalapparat. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43.
8. Broek, van den, Siehe unter Vulva 1.
9. Brongerosma, H., Über die Behandlung der angeborenen Divertikel der Blase. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
10. Cholin, Scheidenbildung aus dem Dünndarm bei totaler Atresie. Russ. Ärzte-Zeitg. 1913. Nr. 49. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 346.
11. Coqui, Seltene Scheidenmissbildung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50.
12. Fehling, H., Ein Fall von künstlicher Scheidenbildung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.
13. Fischer, Siehe unter 2.
14. Gertzen, Bildung einer neuen Scheide aus dem Dünndarm. Russ. Ärzte-Zeitg. 1913. Nr. 49. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 346.
15. Guggisberg, H., Über einen Fall von künstlicher Vaginalbildung mit letalem Ausgang. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
16. Hartmann, Extravesikale Einmündung der Ureteren bei einer Frau. Hospitalzeitg. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 494.
17. Lucas, V., Partus unilateralis in utero dydelpho. Med. Klin. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
18. Pitha, V., Die plastischen Operationen zwecks Herstellung einer neuen Scheide bei angeborenem Scheidendefekt. Časopis lek. česk. 1914. Nr. 47. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
19. Ratinowitz, Siehe unter Vulva 3.
20. Resnevic-Signorelli, L'infantilismo dei genitali muliebri. La clin. ostetr. Vol. 16. Nr. 21.
21. Ruge, C., Über Gynatresien in der Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2.
22. Schön, Siehe unter 5.
23. Schubert, G., Über die Bildung einer neuen Vagina bei kongenitaler Missbildung der Scheide. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.

24. Sénéchal, M., Kongenitaler Scheidenmangel; Schaffung einer künstlichen Scheide aus einer Darmschlinge. Gaz. de hôp. 1914. Nr. 82. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
25. Zalewski, E., Doppelmissbildungen der weiblichen Genitalsphäre und ihre Folgen für die Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1.

2. Lageveränderungen der Scheide. Plastische Operationen.

1. Ach, A., Pathogenese und Therapie des Prolapsus recti. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
2. Albrecht, H., Zur operativen Therapie der Rektalprolapse bei Frauen. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. 25. Jan. 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 96.
3. Boije und Engström, Zur Behandlung des Genitalprolaps. Verhandl. d. Finn. ärztl. Ges. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 487.
4. Boldt, Prolapsus of the uterus. Amer. Journ. of Obst. Nr. 6.
5. Brongerosma, Siehe unter 1.
6. Clauss, Über die Dauererfolge mit der Schauta-Wertheimschen Prolapsoperation. Geb. Ges. zu Hamburg. 30. Juni 1914. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. Ref. Zeitschr. f. Gyn. Nr. 8. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48.
7. Davidson, Zur chirurgischen Behandlung der Uterusprolapse. Russ. Journ. f. Geb. 1913. Sept. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 346.
8. Ebeler, Prolaps und Spina bifida occulta. Festschr. z. Feier des 10jähr. Bestehens d. Akademie f. prakt. Med. in Köln.
9. Ebeler-Dunker, Der angeborene Prolapsus uteri bei einem mit Spina bifida behafteten Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. Gyn. Rundschau. Heft 15.
10. Ernst, Die Prolapsoperation Landaus. Verein f. Gyn. u. Obst. in Kopenhagen. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 487.
11. Feldheim, H., Die Anwendung der freien Faszientransplantation zur Operation von Prolapsen des weiblichen Genitale. Diss. München.
12. Fischer, M., Über Blasendivertikel unter Berücksichtigung eines durch Operation geheilten Falles von angeborenem Divertikel. Zeitschr. f. urolog. Chir. Bd. 3. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
13. v. Franqué, Siehe unter 3.
14. Grechen, M., Über retrouterine Doppelung und Befestigung der runden Mutterbänder zur Heilung der Rückwärtslagerung und Senkung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
15. Hammond, C. F., Das Pessar. Therap. Gaz. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
16. Heilbronner, Siehe unter 6.
17. Holz, L., Zur Technik der Transverseus-Levatornaht. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
18. Jarecki, M., Über Divertikel und andere Urintaschen der weiblichen Harnröhre. Diss. Heidelberg und Zeitschr. f. urolog. Chir. Bd. 3. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
19. Judd, Prolapse of the uterus of unusual origin. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 21. Heft 2.
20. Keyes, A. B., Primary Prolapse of the Vagina, with (Traction) Elongation of the Cervix versus Prolapse of the Uterus either Primary Nulliparous, primary or combined Partus; of purely secondary. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 663. (Darstellung der bisherigen Ansichten.)
21. Lorentz, H., Die intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda uteri durch N-förmige Raffung und ihre Stellung zu den lagekorrigierenden Operationen. Diss. Greifswald 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
22. Loser, Siehe unter 3.
23. Martin, A., Zu den Genitalprolapsfragen. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. 1914. Juli-Heft. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
24. Mayerhöfer, E., Angeborener Prolaps. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 10. März 1914. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11.
25. Mayo, Uterine prolapse with associated pelvic relaxation. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 3.
26. Novak, E., Die chirurgische Behandlung des kompletten Prolapses des Uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
27. Peterson, Die Prolapsoperation nach Watkin. Kongr. d. Amer. gyn. Ges. 18. bis 20. Mai.

28. Ruben, M., Lageanomalien der weiblichen Genitalorgane vor dem Unfallgesetz. Diss. München und Gyn. Rundschau. Heft 3.
29. Sippel, Eine neue Operationsmethode des Mastdarmvorfalls der Frau. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. 20. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50.
30. Strassmann, P., Urethraldivertikel mit Steinen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 22. Mai 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
31. Vineberg, Vaginale Hysterektomie wegen Vorfall und ausgedehnter Zysto-Rektocele. New York. Acad. of Med. Febr. 23. Ref. Med. Rec. Oct. 9.
32. Wade, A report of the end-results after operation in 109 cases of displacement of the uterus, bladder and rectum. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
33. Walbaum, O., Zur Heilung hochgradiger Prolapse und Prolapsrezidive. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.
34. Watkins, Th. J., Bemerkungen über die vesiko-uterine Transposition. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
35. Weibel, Schwangerschaft und Geburt nach Interpositio uteri vesico-vaginalis. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. März. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 17. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.
36. Wertheim, E., Demonstration zur Prolapsoperation. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. Dez. 1914. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 13. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
37. — Die Suspension der Portio vaginalis an den Sakrouterinligamenten. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1.
38. — Einnähung des Uterus und Suspension der Portio bei Genitalprolaps. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 12. Mai 1914 und Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1.
39. — Zur Technik der Interpositio uteri bei Prolaps. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2.
40. Wilcox, The button suture in anterior colporrhaphy. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 5.
41. Williams, The role of the pelvic fascia as a uterine support. Amer. Journ. of Obst. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.

3. Neubildungen der Scheide, Zysten.

1. Achwerdoff, N., Über einen Fall von primärem Vaginalkarzinom. Diss. Berlin.
2. Adler, L., Über Radiumbehandlung bei Gebärmutterkrebs. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 145.
3. Albrecht, Siehe unter Vulva 3.
4. Amann, J. A., Papilläres Fibrom des Septum urethro-vaginale. Gyn. Ges. München. 20. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
5. Aschheim-Meidner, Erfahrungen mit intensiver Mesothorbestrahlung bei gynäkologischen Karzinomen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1.
6. Baisch, Erfolge der Mesothoriumbehandlung des Uteruskarzinoms. Württemb. med. Korrespondenzbl. 1914. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
7. Bastian, Zwei Fälle von primärem Scheidenkrebs. Gynec. helvetica. Vol. 8. p. 146. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 248.
8. Bissel-Dougal, A comparative study of two adwanced cases of cancer of cervix uteri. Bull. of the woman hosp. New York City. Vol. 1. Nr. 4.
9. Chéron und Rubens-Duval, Der Wert der Radiumbehandlung des Gebärmutter- und Scheidenkrebses. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.
10. Cullen, A further case of adenomyoma of the recto-vaginal septum. Der Frauenarzt. Nr. 3.
11. Ferroni, Die Wertheimsche Operation für die Behandlung des primären Scheidenkarzinoms. Lucina. Nr. 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 17.
12. Fleischmann, Hypernephrommetastase in der Scheide. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 10. März 1914. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11.
13. — Uterussarkom mit Scheidenmetastasen. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 10. März 1914. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11.
14. Frank, Sectio caesarea bei grosser Zyste des Gartnerschen Ganges. New York. Acad. of Med. Febr. 23. Ref. Med. Record. Oct. 9.
15. Franqué, v., Carcinoma vaginae und Prolaps. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn. 8. Febr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 15. Juli und 22. Juli

16. Franqué v., Über den gegenwärtigen Stand der Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 244.
17. Füth-Ebeler, Röntgen- und Radiumtherapie des Uteruskarzinoms. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.
18. Giesecke, A., Über die Muskelbindegewebsgeschwülste der Vaginalwand. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. Gyn. Rundschau. Heft 7.
19. Haendly, Beiträge zur Ausbreitung und Metastasierung von Uterus- und Ovarialkarzinomen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 24. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.
20. Halban, Zur Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 12. Mai 1914. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 7.
21. — Spätrezidive nach Karzinomoperation. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 19. Febr. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 15. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
22. Hörrmanns, Siehe unter Vulva 3.
23. Jacobs, F., Über einige adenomyomatöse Tumoren an den weiblichen inneren Genitalorganen. Diss. Strassburg 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 86.
24. Jessup, D. S., Adenomyom des Septum rectovaginale. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1914. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
25. Klein, G., Mehrjährige Erfolge der kombinierten Aktinotherapie bei Karzinom des Uterus und der Mamma. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 435, 443.
26. Krakowski, J., Die Behandlung des Karzinoms mittelst Röntgenstrahlen, Radium und Mesothorium. Diss. München 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 87.
27. Kusmin, Geschwülste des Beckenausganges als Geburtshindernis (Karzinom des Beckenbindegewebes zwischen Scheide und Mastdarm). Russ. Med. Rundschau. 1913. Nr. 4. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 347.
28. Loser, W., Carcinoma vaginae mit Prolaps. Diss. Basel 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
29. Lüpke, E., Statistischer Beitrag zum Uteruskarzinom und zur Uteruskarzinomoperation. Diss. Tübingen 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 86.
30. Meyer, W., Die ersten Erfahrungen in der Behandlung inoperabler Uteruskarzinome mit radioaktiven Substanzen an der kgl. Universitäts-Frauenklinik Erlangen. Diss. Erlangen.
31. Müller, R., Beitrag zur Kenntnis der Vaginalmyome. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 3.
32. Pestalozza, Das Chorionepitheliom. 18. Vers. der Soc. ital. di ost e di gin. Dec. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 275.
33. Pfunger, v., Über die therapeutische und Rezidive maligner Neoplasmen verhütende Bestrahlung nach Radikaloperation maligner Neoplasmen. Wiener klin. Wochenschr. p. 79.
34. Ransohoff, L., Radium in der Behandlung von Uteruskrebs. Mississippi Valley Med. Assoc. Oct. 27. 1914.
35. Rothschild, K., Aktinotherapie bei Karzinomen des Uterus. Diss. München.
36. Schauta, Zur Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 17, 18, 27.
37. Schottlaender, J., Genitalkarzinom. Geb.-gyn. Ges. Wien. 10. März 1914. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11.
38. Thaler, H., Zur erweiterten vaginalen Karzinomoperation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
39. Velde, van de, Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19.
40. Wilbrand, E., Über die Zysten im Bereiche der Vagina nach dem Material der Kieler Universitäts-Frauenklinik aus den Jahren 1902—1912. Diss. Kiel. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
41. Wolff, J., Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. G. Fischer, Jena 1914. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45.

4. Ernährungsstörungen, Entzündungen der Scheide, Mastdarm-Scheidenfisteln.

1. Abel, K., Azetonal-Vaginalkugeln bei der Behandlung chronisch-entzündlicher Adnexerkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37.

2. Ahlfeld, F., Die Resorptionsfähigkeit der Genitalien im puerperalen Zustand. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 3.
3. Asch und Adler, Die Degenerationsformen der Gonokokken. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 39.
4. Baur, Siehe unter 5.
5. Benthin, W., Über Selbstinfektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.
6. Birnbaum, R., Zur Therapie akuter und chronischer Entzündungen im Bereiche der Genitalorgane. Gyn. Rundschau. 8. Jahrg. Heft 14. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5.
7. Blumenthal, S. J., Eine neue Operation bei Fistula in ano. Med. Record. Vol. 87. Nr. 13. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
8. Boeters, O., Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe und der gonorrhoischen Komplikationen. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
9. Bollag, K., Ulcus gummosum vaginae et vulvae. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1914. Nr. 34. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
10. — Zur Frage der unverschuldeten endogenen puerperalen Spontaninfektion. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 6.
11. Cramer, Über die Zerreissung des Mastdarms bei der Operation entzündlicher Tumoren des kleinen Beckens. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 179.
12. Curtis, A. H., On the etiology and bacteriology of leucorrhoea. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 1. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 2. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
13. Daniel, C., L'infection puerpérale. Paris, A. Malome. 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 369.
14. Die Tuberkulose usw., Siehe unter Vagina 4.
15. Engelhorn, Fall von Colpitis cruposa. Naturwissensch.-med. Ges. zu Jena. 4. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50.
16. Finkelstein und Gerschun, Zur Serodiagnose gonorrhoischer Erkrankungen. Russ. Journ. f. Haut- u. vener. Krankh. 1913. Nr. 3. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 350.
17. Furd, A., Untersuchungen über die Bakterienflora pathologisch veränderter Genitalorgane. (Tierärztlich.) Diss. Giessen.
18. Fromme, F., Die Gonorrhoe des Weibes. S. Karger, Berlin. 1914.
19. Glück, A., Zur Diagnose der weiblichen Urethralgonorrhoe. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 31.
20. Goodman, A. L., Diphtheritic vaginitis. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 3.
21. Graefe, G., Über Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates im Kindesalter. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 5 und Diss. Halle a. S.
22. Haag, J., Bakteriologische Untersuchungen über den Einfluss von Milchsäurespülungen auf die Scheidenflora der Schwangeren. Diss. Strassburg.
23. Halban, Siehe unter 3.
24. Hamm, A., Tödliche Luftembolie durch Bolusinsufflation mit Nassauers Sikkator. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44.
25. — Resorptionsfieber oder Retentionsfieber? Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 38.
26. Hartz, H. J., Aqueous solutions of jodine in the treatment of gonorrhea in women. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 4. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 3.
27. Hellmuth, K., Übt die Menstruation einen Einfluss auf die Hämolyse der Scheidenkeime aus? Diss. Halle a. S. und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Heft 5.
28. Heyder, H., Über Noviformbehandlung in der Gynäkologie. Med. Klinik. Bd. 12. p. 1794.
29. Hirschberg, A., Über Laronat. Ein neues Präparat zu Scheidenspülungen. Med. Klinik. 1914. p. 1697.
30. Hoehne, O., Über einige aktuelle Fragen der letzten Jahre auf geburtshilflich-gynäkologischem Gebiete. Med. Klinik. 1913. 2. Beiheft. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
31. Hüssy, Die Bedeutung der anaeroben Bakterien für die Puerperalinfektion. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 4.
32. Hydeb, H., Über Noviformbehandlung in der Gynäkologie. Medizin. Klinik. 1914. Nr. 50. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
33. Joseph, M., Allgemeine Übersicht über Urologie, Haut- und Geschlechtsleiden. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. April.

34. Kalabin, Zur Anwendung des Phobrols in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Russ. Prakt. Arzt. 1913. Nr. 16. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 354.
35. Katz, G., Der Ausfluss der Frau und seine Behandlung mit Yatrengaze. Med. Klin. 1914. Nr. 43. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
36. Kroemer, Senile Pyorrhoe und ihre Behandlung. Med. Verein Greifswald. 26. Juni und 10. Juli. Ref. Deutsche med. Wochenschr. vom 25. Febr.
37. Lindig, P., Über Anwendungsmöglichkeiten des Noviforms in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. 8. Jahrg. Heft 19.
38. Manu af Heurlin, Bakteriologische Untersuchungen des Keimgehaltes im Genitalkanal fiebernder Wöchnerinnen usw. Berlin, S. Karger. 1914.
39. Martin, A., Selbstinfektion in der Gynäkologie. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. 1914. Juliheft. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
40. Norris, C., The diagnosis and treatment of gonococcal vulvovaginitis in infants and young children. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 4.
41. Notthafft, v., Zur modernen medikamentösen Therapie der akuten Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
42. Oldag, Siehe unter 5.
43. Orlowski, Verursachen sterile Tripperfäden weissen Fluss? Deutsche med. Wochenschrift 1914. Nr. 37.
44. Pompe van Meerdervoort, Een geval van sublimat-intoxicatie. Nederl. Maandschr. Bd. 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
45. Pontoppidan, S. unter Vulva 2.
46. Pruška, H., Streptothrix in den weiblichen Genitalien während der Geburt und im Wochenbett. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte in Prag. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
47. Puppel, Argobol, ein neues Silberboluspräparat. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 51.
48. Robinson, W. J., Gonorrhoe bei Frauen. Med. Record. Vol. 87. Nr. 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
49. Schaefer, F., Strafbarkeit des Geschlechtsverkehrs bei venerischen Krankheiten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
50. Schmidgall, G., Bakteriologische Untersuchungen über die Scheidenflora neugeborener Mädchen. Diss. Leipzig 1914. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. p. 190.
51. Schmitt, A., Die spezifische Behandlung der Gonorrhoe. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. usw. Bd. 4. Heft 1.
52. Schülein, Über Verletzungen der Vagina durch Pessare. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Nr. 1. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14.
53. Schönwitz, W., Zur Behandlung der Vaginalkatarrhe mittelst Beniform. Die Therap. d. Gegenw. N. F. 56. Jahrg. Heft 11.
54. — Über die Erfolge des „Biozyme-Bolus“ in der gynäkologischen Praxis. Die Therap. d. Gegenw. N. F. 56. Jahrg. Heft 12.
55. Slingenberg, De behandeling der urethritis, vulvo-vaginitis en endometritis gonorrhoica. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II. Nr. 10. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
56. Taussig, Prophylaxe und Therapie der kindlichen Vulvovaginitis. Der Frauenarzt. Bd. 30. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
57. Thaler, Über eine genitale Influenzainfektion bei einer Gebärenden als Ursache eines Puerperalfiebers. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. Dez. 1914. u 12. Jan. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 13. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
58. — und Zuckermann, Über eine genitale Influenzainfektion bei einer Gebärenden als Ursache eines Puerperalfiebers. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 377.
59. — — Zur Prophylaxe der endogenen puerperalen Infektion. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. März und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 5. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 17.
60. — — Zur Prophylaxe endogener Wochenbettfieber mittelst 5‰ Milchsäurespülung während der Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 1.
61. — — Richtigstellung zu dieser Arbeit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 2.
62. Thomas, Ivy, Birdsall, Beobachtungen mit der Gonokokken-Komplementfixationsmethode bei Verwendung spezifischen und nicht spezifischen Agens. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7.
63. Trebing, Levurinose in der Frauenpraxis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51.

64. Trebing, Über Hyperol. Wiener med. Wochenschr. Nr. 18. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
65. Weiss, A., Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen der Colpitis granularis der Schwangeren und Gonorrhoe. Diss. München.
66. Winokuroff und Woinstein, Vakzinetherapie bei gonorrhoischer Vulvovaginitis im Kindesalter. Therap. Obosr. 1913. Nr. 6. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 350.
67. Wortmann, Sind die Vaginalkeime imstande, Fäulnis zu erregen? Ein bakteriologischer Beitrag zur Frage der Selbstinfektion. Diss. Berlin 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.
68. Zangemeister und Kirstein, Zur Frage der Selbstinfektion. Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 1.
69. Zikmund, F., Zur Therapie der Tuberkulose des Peritoneums und des Genitaltraktus. Wiener med. Wochenschr. Nr. 30. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45.
70. Zweifel, E., Zur Behandlung des Fluor albus. Med. Klinik. 1914. Nr. 47. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.

5. Fremdkörper in der Scheide. Verletzungen der Scheide. Blutungen.

1. Baur, Hämatokolpos und Hämatometra. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 16. Juni 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
2. Böge, H., Über die bei Spontangeburten entstehenden Hämatome der Vagina. Diss. Kiel.
3. Christides, Koitusverletzung der Vagina. Gynec. Helvetica. Vol. 11. p. 122. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 248.
4. Holzapfel, K., Siehe unter 6.
5. Hövel, v., Über kriminelle Eingriffe im Bereiche der weiblichen Genitalien und ihre Folgezustände. Diss. Strassburg 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 1.
6. Oehlecker, Siehe unter Vulva 5.
7. Oldag, Schädigung durch einen Mutterring. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19.
8. Pleschner, G. H., Die traumatischen Verletzungen des Urogenitalapparates. Zeitschrift f. urol. Chir. Bd. 3. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
9. Ruben, Siehe unter 2.
10. Schottmüller, Sektionspräparate eines Falles von kriminellem Abort. Ärztl. Verein in Hamburg. 16. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
11. Schou, Hämatokolpos. Verein f. Gyn. u. Obst. in Kopenhagen. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 497.
12. Uljanoffsky, Siehe unter Vulva 5.

6. Dammrisse. Dammplastik.

1. Albrecht, Siehe unter 2.
2. Basnitzki, S., Über die in den Jahren 1903—1913 in der kgl. Universitäts-Frauenklinik und kgl. Hebammenschule zu München zur Beobachtung gekommenen Sturzgeburten. Diss. München 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 77.
3. Baughman, G., Erfahrungen mit einer Methode der sofortigen Naht von Dammrissen. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 5.
4. Dickinson, R. L., Primäre Perineorrhaphie durch versenkte und dicht unter die Oberfläche gelegtes Catgut. New York. Med. Journ. Vol. 100. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
5. Heilbronner, E., Ergebnisse der Levatornaht in der Freiburger Universitäts-Frauenklinik. Diss. Freiburg i. Br.
6. Holz, Siehe unter 2.
7. Holzapfel, K., Betrachtungen zur geburtshilflichen Operationslehre. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
8. Jellet, H., Die Naht des Levator ani bei der Perineorrhaphie. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 19. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.

9. Lorentz, Siehe unter 2.
10. Sippel, Siehe unter 2.
11. Strassmann, P., Zur Dammnaht. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. Gyn. Rundschau. Heft 15.
12. Trebing, Siehe unter 4.
13. Williams, Siehe unter 2.

7. Hermaphroditismus.

1. Braithwaite-Craig, Siehe unter Vulva 3.
2. Halberstädter, L., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus externus. Deutsche med. Wochenschr. Nr 44.
3. Herzog, W., Ein Fall von allgemeiner Behaarung mit heterologer Pubertas praecox usw. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6.
4. Michailesco-Bolintineano, Studie über einen Fall von Pseudohermaphroditismus. Journ. de Bucarest. 1913. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
5. Poll, Über Geschlechtsbestimmung beim Menschen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 23. Jan. u. 13. Febr. 1914. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 15.

Vulva.

1. Bildungsfehler, angeborene Anomalien.

1. Benthin, Siehe unter Vagina 1.
2. Broek, van den, De Verdubbeling der uitwendige geschlachtsdeelen usw. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. etc. Bd. 23. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 13.
3. Furniss, Überzähliger Ureter mit Ausmündung unterhalb der Urethra. New York. Obst. Soc. Jan. 13. 1914. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 17.
4. Resneric-Signorelli, Siehe unter Vagina 1.

2. Entzündung, Ernährungsstörungen, Exantheme, Kraurosis.

1. Bollag, K., Siehe unter Vagina 4.
2. Bulkley, K., Tuberkulose der Vulva. Amer. Journ. of the Med. Scienc. April. p. 535.
3. Die Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. Heft 2.
4. Engelhorn, Elephantiasis vulvae. Med. naturwiss. Ges. zu Jena. 24. Juni. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34.
5. Fabelinski, L., Ein Fall von Ulcus rodens vulvae. Diss. Halle a. S. 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 84.
6. Fromme, Siehe unter Vagina 4.
7. Graefe, Siehe unter Vagina 4.
8. Heyder, Siehe unter Vagina 4.
9. Joseph, M., Siehe unter Vagina 4.
10. Kroemer, Tuberkulose der Vulva und Harnröhre. Verh. d. XV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 2.
11. Lasek, F., Tuberkulose der Vulva. Čas. lek. česk. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
12. Lindig, Siehe unter Vagina 4.
13. Norris, Siehe unter Vagina 4.
14. Pontoppidan, B., Über die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Hospitalstidende. Nr. 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.
15. Powell, C., Ausgedehnte Zerstörung der Vulva und ihrer Umgebung — wahrscheinlich durch Infektion mit Pneumococcus. The Journ. p. 1239.
16. Rhomberg, Siehe unter 3.
17. Robinson, Siehe unter Vagina 4.

18. Scherber, Weitere Mitteilungen zur Klinik und Ätiologie der pseudotuberkulösen Geschwüre am weiblichen Genitale. Wiener klin. Wochenschr. 1913. Nr. 26. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 2.
19. Schönwitz, Siehe unter 6.
20. Slingenberg, Siehe unter Vagina 4.
21. Taussig, Siehe unter Vagina 4.
22. Trebing, Siehe unter Vagina 4. und unter Vulva 6.
23. Vonwyl, Elephantiasis vulvae. Gynec. Helvetica. Bd. 9. p. 367. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 248.
24. Wagneroff-Winarow, Über Tuberkulose der Vulva. Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1913. p. 1861. Gyn. Rundschau. Heft 2.
25. Walther, Siehe unter 6.
26. Winokuroff-Woinstein, Siehe unter Vagina 4.

3. Neubildungen. Zysten.

1. Adler, Siehe unter Vagina 3.
2. Albrecht, Papilläres Fibrom des Septum urethro-vaginale. Münchn. gyn. Ges. 20. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 6.
3. Aschheim-Meidner, Siehe unter Vagina 3.
4. Backmann, Ein Fall von grossem, schnell wachsendem Fibromyom im Labium majus. Verh. d. Finnischen ärztl. Ges. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 492.
5. Braithwaite-Craig, Hernie, enthaltend Uterus, Vagina und Tuben — bei einem Knaben. Brit. Med. Journ. 1914. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
6. Cattaneo, Contributo alla statistica del carcinoma primitivo della vulva. Annal. di Ost. e Gin. Vol. 37. Nr. 1.
7. Crossen, Primäres Karzinom der Urethra. Amer. Gyn. Assoc. 20 May. Ref. The Journ. Amer. Med. Assoc. June 12.
8. Cullen, Siehe unter Vagina 3.
9. Ehrlich, H., Ein Fall von Adenokystoma papilliferum labii majoris fötalen Ursprunges. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 2.
10. Frankl, Zur Pathologie des Carcinoma vulvae. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. März. Gyn. Rundschau. Heft 17.
11. — Zur Pathologie des Vulvakarzinoms. Gyn. Rundschau. Heft 19 u. 21.
12. Frattin, Beitrag zur Kenntnis der Schweissdrüsenadenome. Il Policlin. Vol. 21. Heft 11. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 3.
13. Füth-Ebeler, Siehe unter Vagina 3.
14. Haendly, Siehe unter Vagina 3.
15. Hammer, U., Über die den Schweissdrüsen abzuleitenden Adenome der Vulva (Adenoma tubulare hidradenoides vulvae). Diss. Kiel. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
16. Heller, J., Über Tumoren des Ligamentum rotundum uteri. Diss. Berlin 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
17. Hörrmanns, A., Das maligne Chorionepitheliom. Vortr. Münchn. gyn. Ges. 28. Mai 1914. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 2.
18. Krakowski, Siehe unter Vagina 3.
19. Labhardt, A., Primäres Melanosarkom der Vulva in der Gravidität. Gyn. Rundschau. Heft 23.
20. Moots, Ch., Ungewöhnlicher Inhalt eines Inguinalbruches (Niere). Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Nov. 14. Ref. Journ. of Amer. Med. Assoc. Oct. 2.
21. Ossing, Über die Dauerresultate der in der Kieler Frauenklinik operierten Vulvakarzinome aus den Jahren 1901—1912. Diss. Kiel 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
22. Outerbridge, Sweat-gland tumors of the vulva (adenoma hidradenoides vulvae). Amer. Journ. of Obst. July.
23. Oehlecker, Geheilte schwere Pfählungsverletzung. Ärztl. Verein in Hamburg. 5. Okt. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50.
24. Pfunger, v., Siehe unter Vagina 3.
25. Ponzian, Fibroma pendulo del grande labro. Annal. di Ost. e Gin. Vol. 37. Nr. 1.

26. Rabinowitz, Ovarial-inguinal-Hernie bei Fehlen des Uterus und rudimentärer Scheide. New York. Acad. Jan. 26. Ref. Med. Record. p. 586.
27. Reusch, W., Heilung eines Vulvakarzinoms mit dem Zellerschen Verfahren. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47.
28. Rhomberg, Ein Fall von Sarcoma vulvae. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. (56 Jahre alt; kleinkindskopfgrosse Geschwulst; Operation. Rezidiv nach sechs Jahren; abermalige Operation; vorläufig geheilt.)
29. — Beitrag zu den Condylomata acuminata. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. (Sehr gross. In der Schwangerschaft entstanden.)
30. Ricci, Epitelioma primitivo della vulva. Arch. ital. di gin. Vol. 17. Nr. 8.
31. Rosenberg, Drei Fälle von Genitalhernien bei Frauen. 1. in eingeklemmter Leistenhernie ein kleinzystisch degeneriertes Ovar; 2. desgleichen Uterus samt linken Adnexen. Russ. Chirurg. 1913. Nr. 196. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 349.
32. Velde, van de, Siehe unter Vagina 3.
33. Watson, B. P., Primäre maligne Tumoren der weiblichen Urethra. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 5. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
34. Wittkopf, H., Siehe unter 4.
35. Wolff, J., Siehe unter Vagina 3.
36. Wüsthof, A., Über einen Fall von beginnender gummöser Erkrankung der weiblichen Urethra. Diss. Bonn.

4. Erkrankungen der Bartholinischen Drüsen.

1. Ehrlich, Siehe unter 3.
2. Wittkopf, H., Über das Karzinom der Bartholinischen Drüse. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 15. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24.
3. — Dasselbe. Diss. Kiel.

5. Verletzungen, Thrombus et Haematoma vulvae et vaginae.

1. Böge, Siehe unter Vagina 5.
2. Melchior, E., Zur Symptomatologie der subkutanen Klitorisrupturen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. Gyn. Rundschau. Heft 7.
3. Oehlecker, Pfählungsverletzung. Ärztl. Verein in Hamburg. 5. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42.
4. Peters, Ernstige bloeding door Wielryden. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II. Nr. 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
5. Pleschner, Siehe unter Vagina 5.
6. Rothschild, M., Über die traumatischen Vulvahämatome. Diss. Heidelberg.
7. Uljanoffsky, Über Hämatom der äusseren Geschlechtsteile und der Scheide während der Geburt. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. Dez. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 352.
8. Wahrer, An unusual haematoma following labor. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 4.

6. Neurose, Vaginismus, essentieller Pruritus vulvae.

1. Eyrand-Dechaux, Pruritus vulvae. Revue de gyn. 1914. Heft 6. (Ausführliche Darstellung. Nichts Neues.)
2. Pompe van Meerdervoort, N. J. F., Contractuur van den constrictor cunni. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 4. p. 211. (Holländisch.) (Bei einer 20jährigen, sehr nervösen Virgo, wurde eine Art Hämatokolpos festgestellt infolge Kontraktur der Muskeln der Vulva und Umgebung. Also ein ähnlicher Zustand wie bei Vaginismus, bei dem es sich jedoch um eine spastische Kontraktion, nicht um bleibende Zusammenziehung der Muskeln handelt. Auch war der Levator ani nicht mitergriffen. Die Scheide war erheblich dilatiert. Irrigationsflüssigkeit wurde während der Behandlung häufig noch stundenlang retiniert. Möchte die Erscheinung sich wiederholen, so will Verf. zur lateralen Durchschneidung des vulvären Muskelringes schreiten. Ursache auf nervöser Basis.) (Lamers.)

3. Rohleder, H., Die Dyspareunie des Weibes. Arch. f. Frauenkunde u. Eugenik. Bd. 1. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6.
4. Schönwitz, W., Über Thigasin in der gynäkologischen Praxis. Therap. d. Gegenw. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
5. Steiger, Bisherige Erfahrungen und Resultate aus dem Röntgeninstitut der Universitäts-Frauenklinik Bern. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 9. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
6. Trebing, J., Beitrag zur Behandlung der Erkrankungen der Vulva mit Thigasin. Die Therapie d. Gegenw. Heft 10. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45.
7. Walther, Thigasin-Henning, eine anästhesierende Thigenolsalbe. Der Frauenarzt. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.

V.

Ovarien.

Referent: Privatdozent Dr. W. Lindemann, Halle a. S.

I. Abschnitt.

1. Anatomie, Physiologie, Biologie, Entwicklungsstörungen, Lagerungsfehler, Allgemeines über Ovarialerkrankungen.

1. *Aymerich, G., Relation of Anatomical Alterations of the Ovaries and Essential Metrorrhagia. Amer. Journ. of Obst. March. Vol. 71. p. 521.
2. Barth, O., Über das Vorkommen menstrueller Blutungen nach restloser Entfernung beider Ovarien. Inaug.-Diss. Strassburg.
3. Barrington, F. J., Case of Torsion of normal Ovary. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. March-May. XXVII. Nr. 3—5. p. 105—150.
4. Beatty, R. P., Two Cases of Congenital Malformation of Female Genitalia. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. March-May. XXVII. Nr. 3—5. p. 105—150.
5. *Hüssy und J. Wallart, Interstitielle Drüse und Röntgenkastration. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 177.
6. *Mayer, August, Über den Einfluss des Eierstocks auf das Wachstum des Uterus in der Fötalzeit und in der Kindheit und über die Bedeutung des Lebensalters zur Zeit der Kastration. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 77. Heft 2.
7. *Rabinovitz, M., Double ovarian inguinal hernia, absence of the uterus and a rudimentary vagina. Amer. Journ. of Obst. May. Vol. 71. p. 804.
8. Segmüller, Heinrich, Über Ausfallserscheinungen und Folgezustände nach doppelseitiger Ovariotomie. Diss. Erlangen 1914. Münchn. med. Wochenschr. p. 196.
9. Sommer, Marie Paula, Über die Ovarialveränderungen bei Mäusen und Kaninchen nach Cholininjektion. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.
10. *Strakosch, W., Das Schicksal der Follikelursprungsstelle. Inaug.-Diss. Rostock.
11. Thaler, Defekt des rechten Ovariums. Geb.-gyn. Ges. Wien. 11. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 746. (Annahme eines sekundären Verlustes.)
12. Vineburg, H. N., What is the Fate of the Ovaries up in Situ after Hysterectomy. Amer. Gyn. Soc. May 18. Journ. Amer. Med. Assoc. p. 2014. (Will stets die Ovarien bei der Uterusexstirpation mit entfernen, es sei denn, dass es möglich ist, auch ein grosses Stück des Uterus zu erhalten.)

26. Rabinowitz, Ovarial-inguinal-Hernie bei Fehlen des Uterus und rudimentärer Scheide. New York. Acad. Jan. 26. Ref. Med. Record. p. 586.
27. Reusch, W., Heilung eines Vulvakarzinoms mit dem Zellerschen Verfahren. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47.
28. Rhomberg, Ein Fall von Sarcoma vulvae. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. (56 Jahre alt; kleinkindskopfgrosse Geschwulst; Operation. Rezidiv nach sechs Jahren; abermalige Operation; vorläufig geheilt.)
29. — Beitrag zu den Condylomata acuminata. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. (Sehr gross. In der Schwangerschaft entstanden.)
30. Ricci, Epitelioma primitivo della vulva. Arch. ital. di gin. Vol. 17. Nr. 8.
31. Rosenberg, Drei Fälle von Genitalhernien bei Frauen. 1. in eingeklemmter Leistenhernie ein kleinzystisch degeneriertes Ovar; 2. desgleichen Uterus samt linken Adnexen. Russ. Chirurg. 1913. Nr. 196. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 349.
32. Velde, van de, Siehe unter Vagina 3.
33. Watson, B. P., Primäre maligne Tumoren der weiblichen Urethra. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 5. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 21.
34. Wittkopf, H., Siehe unter 4.
35. Wolff, J., Siehe unter Vagina 3.
36. Wüsthof, A., Über einen Fall von beginnender gummöser Erkrankung der weiblichen Urethra. Diss. Bonn.

4. Erkrankungen der Bartholinischen Drüsen.

1. Ehrlich, Siehe unter 3.
2. Wittkopf, H., Über das Karzinom der Bartholinischen Drüse. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 15. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24.
3. — Dasselbe. Diss. Kiel.

5. Verletzungen, Thrombus et Haematoma vulvae et vaginae.

1. Böge, Siehe unter Vagina 5.
2. Melchior, E., Zur Symptomatologie der subkutanen Klitorisrupturen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. Gyn. Rundschau. Heft 7.
3. Oehlecker, Pfählungsverletzung. Ärztl. Verein in Hamburg. 5. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42.
4. Peters, Ernstige bloeding door Wielryden. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II. Nr. 2. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 5.
5. Pleschner, Siehe unter Vagina 5.
6. Rothschild, M., Über die traumatischen Vulvahämatome. Diss. Heidelberg.
7. Uljanoffsky, Über Hämatom der äusseren Geschlechtsteile und der Scheide während der Geburt. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1913. Dez. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 352.
8. Wahrer, An unusual haematoma following labor. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 4.

6. Neurose, Vaginismus, essentieller Pruritus vulvae.

1. Eyrand-Dechaux, Pruritus vulvae. Revue de gyn. 1914. Heft 6. (Ausführliche Darstellung. Nichts Neues.)
2. Pompe van Meerdervoort, N. J. F., Contractuur van den constrictor cunni. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 4. p. 211. (Holländisch.) (Bei einer 20jährigen, sehr nervösen Virgo, wurde eine Art Hämatokolpos festgestellt infolge Kontraktur der Muskeln der Vulva und Umgebung. Also ein ähnlicher Zustand wie bei Vaginismus, bei dem es sich jedoch um eine spastische Kontraktion, nicht um bleibende Zusammenziehung der Muskeln handelt. Auch war der Levator ani nicht mitergriffen. Die Scheide war erheblich dilatiert. Irrigationsflüssigkeit wurde während der Behandlung häufig noch stundenlang retiniert. Möchte die Erscheinung sich wiederholen, so will Verf. zur lateralen Durchschneidung des vulvären Muskelringes schreiten. Ursache auf nervöser Basis.) (Lamers.)

3. Rohleder, H., Die Dyspareunie des Weibes. Arch. f. Frauenkunde u. Eugenik. Bd. 1. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6.
4. Schönwitz, W., Über Thigasin in der gynäkologischen Praxis. Therap. d. Gegenw. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
5. Steiger, Bisherige Erfahrungen und Resultate aus dem Röntgeninstitut der Universitäts-Frauenklinik Bern. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 9. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
6. Trebing, J., Beitrag zur Behandlung der Erkrankungen der Vulva mit Thigasin. Die Therapie d. Gegenw. Heft 10. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45.
7. Walther, Thigasin-Henning, eine anästhesierende Thigenolsalbe. Der Frauenarzt. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.

V.

Ovarien.

Referent: Privatdozent Dr. W. Lindemann, Halle a. S.

I. Abschnitt.

1. Anatomie, Physiologie, Biologie, Entwicklungsstörungen, Lagerungsfehler, Allgemeines über Ovarialerkrankungen.

1. *Aymerich, G., Relation of Anatomical Alterations of the Ovaries and Essential Metrorrhagia. Amer. Journ. of Obst. March. Vol. 71. p. 521.
2. Barth, O., Über das Vorkommen menstrueller Blutungen nach restloser Entfernung beider Ovarien. Inaug.-Diss. Strassburg.
3. Barrington, F. J., Case of Torsion of normal Ovary. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. March-May. XXVII. Nr. 3—5. p. 105—150.
4. Beatty, R. P., Two Cases of Congenital Malformation of Female Genitalia. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. March-May. XXVII. Nr. 3—5. p. 105—150.
5. *Hüssy und J. Wallart, Interstitielle Drüse und Röntgenkastration. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 177.
6. *Mayer, August, Über den Einfluss des Eierstocks auf das Wachstum des Uterus in der Fötalzeit und in der Kindheit und über die Bedeutung des Lebensalters zur Zeit der Kastration. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 77. Heft 2.
7. *Rabinovitz, M., Double ovarian inguinal hernia, absence of the uterus and a rudimentary vagina. Amer. Journ. of Obst. May. Vol. 71. p. 804.
8. Segmüller, Heinrich, Über Ausfallserscheinungen und Folgezustände nach doppelseitiger Ovariotomie. Diss. Erlangen 1914. Münchn. med. Wochenschr. p. 196.
9. Sommer, Marie Paula, Über die Ovarialveränderungen bei Mäusen und Kaninchen nach Cholininjektion. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.
10. *Strakosch, W., Das Schicksal der Follikelursprungsstelle. Inaug.-Diss. Rostock.
11. Thaler, Defekt des rechten Ovariums. Geb.-gyn. Ges. Wien. 11. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 746. (Annahme eines sekundären Verlustes.)
12. Vineburg, H. N., What is the Fate of the Ovaries up in Situ after Hysterectomy. Amer. Gyn. Soc. May 18. Journ. Amer. Med. Assoc. p. 2014. (Will stets die Ovarien bei der Uterusexstirpation mit entfernen, es sei denn, dass es möglich ist, auch ein grosses Stück des Uterus zu erhalten.)

13. **Wallart, Studien über die Nerven des Eierstocks mit besonderer Berücksichtigung der interstitiellen Drüsen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 321.** (Verfasser hat mit verschiedenen histologischen Methoden die Nerven des Eierstockes untersucht. Die Nerven dringen zwischen den Gefässen in das Ovarium ein. Sie haben ein ungleichmässiges Kaliber, sind stark gewunden und einzelne ziehen bis in die Rindenschicht, andere geben vorher zahlreiche Äste ab. In der Ovarialrinde findet sich ein dichter Plexus von feinen, markhaltigen und marklosen Nervenfasern. Das Vorhandensein von Anastomose zwischen den einzelnen Nerven wird zugegeben. Die Gefässe sind überall überaus reichlich mit Nerven versorgt, ebenso die Muskeln des Ovariums. Beim Follikel war ein Überschreiten der Membrana propria folliculi durch die Nervenfasern nicht festzustellen. Also ein Eindringen zwischen die Granulosaschicht wurde nicht festgestellt. Beim Corpus luteum ergab sich nur das Vorhandensein von Gefässnerven zur Zeit der noch nicht erfolgten Rückbildung. Dagegen im Stadium der Rückbildung und Auflösung konnten zwischen den Luteinzellen Nervenfasern nachgewiesen werden, die mit ihnen in enger Beziehung standen. Die interstitielle Drüse ist sehr reichlich mit Nerven, die weiterhin mit den Gefässen in Verbindung stehen, versorgt. Die reichliche Versorgung mit Nerven, welche auch das Corpus fibrosum noch betrifft, weist nach der Meinung des Autors auf die Wichtigkeit der Organe hin. Zum Schluss wird die Anwesenheit ganglienähnlicher Zellen erwähnt.)
14. — Über Frühstadien und Abortivformen der Corpus luteum-Bildung. Aus dem Frauen-Spital Basel-Stadt (Dir. Prof. Dr. v. Herff). (Wallart beschreibt ein proliferatorisches, hyperämisches Frühstadium des Corpus luteum. An der Hand noch weiteren Materials wird die epitheliale Entstehung des Corpus luteum näher gewürdigt. Wallart lenkt ferner die Aufmerksamkeit auf die sog. abortive Bildung von Corpus luteum, die ihrerseits Übergänge zur atypischen Follikelatresie bildet.)
15. ***Walter, Leo, Zur Pathologie des Corpus luteum. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 19. Erg.-Heft. p. 61.**
16. **Weinberg, Über das Vorkommen von Jod und Chlor in den menschlichen Ovarien. Beitr. z. Geb. Bd. 19. 2.** (Der Chlorgehalt beträgt 240 mg pro 100 g frische Substanz. Jod wird nicht aufgespeichert.)
17. **Young, H. C. T., Echinococcal Invasion of the Ovary etc. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 353.**

Die Arbeit von G. Aymerich (1) handelt von Beziehungen zwischen der essentiellen Metrorrhagie und anatomischen Veränderungen der Ovarien. Verfasser findet keine solchen Beziehungen zwischen Degeneration der Ovarien und der Blutung. Histologisch war die Anwesenheit des Corpus luteum und der interstitiellen Zelle sowohl bei vorhandener als nicht vorhandener Blutung zu konstatieren. In einigen Fällen, wo nach Entfernung der Ovarien die Blutung verschwand, muss eine innere Sekretion des Ovariums als Ursache der Blutung angenommen werden, allerdings kann man dies histologisch nicht beweisen.

Barth (2) kommt auf Grund von 292 Fällen von Entfernung beider Ovarien und Schonung des Uterus zu dem Ergebnis, dass nach Exstirpation beider Ovarien eine Menstrualblutung nicht mehr zu erwarten sei. Wenn zwischen dem Eintritt der letzten Regel und der Operation mehr als 14 Tage vergangen sind, so kann es postoperativ noch einmal zu einer Menstruation kommen.

Nach einer einleitenden Bemerkung über Röntgenbestrahlungen bei Myomen, wobei die Ansichten von Menge und Krönig erwähnt werden, kommen P. Hüssy und Wallart (5) auf ihre Ergebnisse bei der Bestrahlung der Ovarien zu sprechen. Es wurden die histologischen Veränderungen der Ovarien in Gefrierschnitten mit Sudanfärbung untersucht. Hierbei ergab sich das Resultat, dass die interstitielle Drüse sich viel schöner ausgebildet darstellte, als in unbestrahlten Ovarien. Die Autoren ziehen hieraus den Schluss, dass die Röntgenstrahlen ihre zerstörende Wirkung nur auf den Follikelapparat des Ovariums ausüben (wobei einige primäre Follikel der Zerstörung entgehen können!). Im Gegensatz hierzu hypertrophiert die interstitielle Drüse. Die Röntgenbestrahlung bei Myomen bedeutet nach der Meinung der Autoren demnach nicht eine blosse Kastration, d. h. eine totale Vernichtung des Ovarialparenchyms. Ob infolge der Persistenz

der interstitiellen Drüse die Ausfallserscheinungen nach Röntgenbestrahlung weniger heftig auftreten als nach Kastration, lassen die Autoren dahingestellt.

August Mayer (6) erörtert die Möglichkeit eines Einflusses der Ovarien auf das Wachstum des fötalen Uterus. Er hält es für möglich, dass es auch ohne Ovarien zu einer gewissen intrauterinen Entwicklung des kindlichen Uterus kommen kann und ist der Meinung, dass die embryonale Entwicklung des Uterus vom kindlichen Eierstock unabhängig ist. Der Uterus des Kindes ist auch unabhängig von der Einwirkung des mütterlichen Eierstockes und macht seine fötale Entwicklung nach seinen eigenen in der Anlage bestimmten Wachstumsgesetzen durch. Verf. hat dann, um zu unterscheiden, ob das Ovarium auf das Wachstum des Uterus in der Kindheit Einfluss besitzt, junge Hündinnen kastriert und sich während der Periode des Körperwachstums in verschiedenen Intervallen durch Relaparotomie vom Zustand des Uterus überzeugt. Er konnte feststellen, dass der Uterus von kastrierten Tieren sich genau so entwickelte, wie der von nichtkastrierten. Hieraus ist der Schluss zu ziehen, dass das allerdings geringe Wachstum des Uterus in der Kindheit unabhängig vom Eierstock nach eigenen Gesetzen sich vollzieht.

Der Fall von Dr. M. Rabinovitz (7) ist interessant dadurch, dass beide Ovarien hernienartig im Leistenkanal lagen und unter der Haut zu fühlen waren, und dass nebenbei ein Uterusdefekt bestand und eine rudimentäre Vagina.

Strakosch (10) kommt zu folgendem Schluss. Der Riss des Graafschen Follikels ist meist unregelmässig gezackt und verschieden gross. Die Ränder werden gebildet von Abkömmlingen der Teca interna und granulosa. Das Eierstockbindegewebe zieht sich zurück und der Verschluss erfolgt durch einen Fibrinpfropf. Der Schluss erfolgt nach 9—10 Tagen.

Leo Walter (15) gibt erst einen Überblick über die Entwicklung eines Corpus luteum. Er erwähnt dann einen Fall von Blutung aus einem Corpus luteum, welche allem Anschein nach ungefähr 8 Tage nach der letzten Menstruation eingetreten war. Danach schliesst sich noch die Betrachtung zweier weiterer ähnlicher Fälle. Die Arbeit enthält dann weiter ein genaueres Eingehen auf die bis dahin bekannt gewordenen ähnlichen Fälle, besonders auch über die Anteilnahme solcher Blutungen an dem Zustandekommen der Haematocele retrouterina.

2. Transplantation.

1. Chalfant, S. A., Subcutaneous Transplantation of Ovarian Tissue. Surg., Gyn. and Obst. Nov. (Bericht über 32 Patientinnen, Erfolge ungleich.)
2. *Frank, H. Martin, Ovarian Transplantation. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. July. p. 140.
3. Guthrie, Md., Ovarian Transplantation. Journ. of Amer. med. Assoc. Nr. 22. LXIV.
4. de Lee, Autotransplantation of Corpus luteum. Surg., Gyn. and Obst. Jan. 1916. (de Lee berichtet über zwei Fälle von Autotransplantation des Corpus luteum. Beide Frauen klagten mehrere Tage nach der Operation über Übelkeit. Der eingepflanzte Körper blieb weder palpabel, noch liess er sich bei einer späteren Operation nachweisen.)
5. *Martin, F. H., Ovarian Transplantation. Surg., Gyn. and Obst. Nov.
6. — Present Status of Ovarian Transplantation. Amer. gyn. Soc. Proc. Journ. Amer. Med. Assoc. Nr. 24. p. 2014.
7. Mitchel, L. A., Influence of peptone on tolerance of the body for homogenous ovarian transplants. Journ. of Amer. Med. Assoc. Nov. 13. p. 1692.
8. Norton, W. A., Tuffiers Ovarian Graft. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 620. (Empfehlung von Tuffiers Einpflanzung des entfernten Ovariums unter die Rekti.)
9. *Storer, M., Über ovarielle Transplantationen. Boston. Med. Surg. Journ. M. 2.
10. *Tuffier, T., Transplantation of Ovaries. Surg., Gyn. and Obst. Jan. p. 1.
11. * * * Über den Einfluss der Ovarientransplantation. Ein Beitrag zur Entstehung der Osteomalacie. Experimentelle Studien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1.

Die Autotransplantation nach Dr. H. Martin Frank wurde (2) so vorgenommen, dass kleine Stücke von Ovarialgewebe unter die Bauchhaut in das Fettgewebe nahe an der Spina ant. sup. gepflanzt wurden. Verfasser legt Wert auf eine möglichst unkomplizierte und schnelle Methodik. Er schreibt diesen Umständen wesentlichen Anteil am Erfolge zu. Die Autotransplantation soll die Ausfallserscheinungen nach Radikaloperation aufheben und für die Patientin erträglicher machen. Verfasser kommt zu dem Schluss, dass dies in der Tat möglich ist. Die Autotransplantation von Ovarialgewebe nach seiner Methode angewendet verzögert das Eintreten der künstlichen Menopause und macht die Kastrationssymptome erklärlicher. Homo- und Heterotransplantationen haben bei beiden nicht so gute Resultate wie die Autotransplantation.

Martin (6) berichtet als Ergebnis seine Erfahrungen über die Ovarientransplantation, dass die Einpflanzung unter die Haut die Gefahr nicht vergrössert. Die Wirkung des Eingriffes ist nicht von sehr langer Dauer.

Eine moderne Operationsgeschichte nach Storer (9): Zwei Tuben und ein Ovarium wegen Gonorrhoe entfernt; nach drei Jahren zweite Laparotomie, das zurückgelassene Ovarium zum Teil zystisch degeneriert, wird in zwei Teile geteilt, von denen der eine nach Aufschneiden der Tube in den Uterus implantiert wird. Nach $^3/_4$ Jahren dritte Laparotomie mit Entfernung des nicht implantierten Teiles des Ovariums. Wenige Monate danach blieb die Menstruation aus, der Uterus wuchs, Patientin hielt sich für schwanger. $3^1/_2$ Monate nach der Menopause Abgang von Blut und Detritus. Später Menopause. Wegen Beschwerden durch diese Uterusexstirpation, der die Patientin erlag; sie wäre sonst wohl weiter Operationsgegenstand geblieben.

Tuffier (10) hat vielfach Ovarien transplantiert. 24 mal von derselben Patientin, 7 mal von einer anderen unmittelbar oder längere Zeit noch eine Entfernung. Einmal transplantierte er ein Ovarium einer jungen Frau einer anderen, welche durch die Kastration Beschwerden hatte. Er sah keinerlei Erfolg davon.

145 mal machte er die Transplantation von derselben Patientin sofort nach der Uterusexstirpation oder der Kastration. In letzterem Falle kommt es vor, dass nach einigen Monaten das neu eingepflanzte Ovarium anschwillt und dann Menstruation unter Abschwellen des Ovariums folgt. Von 65 Patientinnen revidierte er 37; von diesen menstruierten 32 regelmässig.

Tüffier kommt damit zu theoretischen Schlussfolgerungen über das Verhältnis der inneren Sekretion zu Ovulation und Menstruation, welche eigenartig sind: Allmonatlich sondert die Frau ein endokrines Produkt ab, welches in genügender Menge vorhanden auf das Ovarium wirkt, durch das menstruelle Blut wird die Substanz dann ausgeschieden. Wird diese Substanz aus dem Serum nicht ausgeschieden, so entsteht Autointoxikation.

L. A. Mitchel (7) hat Versuche angestellt, um die Frage zu entscheiden, ob Injektionen einer Lösung von Witte-Pepton imstande sind, die Toleranz des Wirtes gegen eingepflanzte Gewebe zu erhöhen. Er kommt zu dem Resultat, dass diese Injektionen die Toleranz eher herabsetzt als vermehrt. Ferner erwähnt er die bekannte Tatsache, dass Peptoninjektionen eine intensive Gesamtreaktion des Tieres hervorrufen. Was das Schicksal des überimpften Gewebes selbst anbelangt, so ist eine erhöhte Injektion von seiten der Blutgefässe des Wirtes in seiner Umgebung weniger ein Zeichen der Lebensfähigkeit des überimpften Gewebes, als einer vernichtenden von seiten des Wirtes. Die Vernichtung des überimpften Gewebes ist praktisch in sechs Wochen beendet mit oder ohne Pepton. Die Vernichtung leitet sich ein mit erhöhter Blutzufuhr und wird vervollständigt durch Rundzelleninfiltrationen bindegewebiger Durchwachsung. Dass die Anwesenheit von Bauchfellentzündung innerhalb weniger Tage die Lebensfähigkeit des überimpften Gewebes zerstört, erscheint wenig wunderbar.

Der wegen seiner Nationalität mit drei Sternen versehene Autor (11) hat Studien über den Einfluss der Ovarien auf den Kalkstoffwechsel ausgeführt.

Als Methode der Kalziumbestimmung verwendete er die Methode von Neumann. Besonders interessiert die Frage nach der Ätiologie der Osteomalazie. Entsprechend der Auffassung, die man nach Fehlings Entdeckung der heilenden Wirkung der Kastration auf die Osteomalacie haben muss, nämlich die, dass der Grund in einer Hyperfunktion der Ovarien zu suchen ist, untersuchte der Autor die Frage, ob durch Ovarialtransplantation auf andere Tiere Osteomalacie erzeugt werden könnte. Dazu wurden Eierstöcke überpflanzt und nach Einheilung derselben der Gehalt der Knochen an Kalzium analytisch untersucht. Es stellte sich nun heraus, dass nach der Transplantation von schwesterlichen Ovarien auf andere schwesterliche Tiere eine beträchtliche Verminderung des Kalkgehaltes der Knochen eintrat. Bei der von kindlichen auf mütterliche Tiere eine mittlere Verminderung derselben und der von fötalen Ovarien auf das mütterliche Tier konnte keine Abweichung konstatiert werden. Die Kastration verursachte keine deutliche Veränderung des Kalkgehaltes, es sind also die Experimente eine neue Stütze der ovariellen Theorie der Osteomalacie, indessen sollen auch andere innersekretorische Organe für die Entstehung dieser Krankheit nicht ohne Bedeutung sein, indem sie auf die Funktion der Keimdrüsen hemmend oder fördernd einwirken (bes. Nebenniere und Parathyreoidea).

Während so der Kalkgehalt des Skelettes durch die Ovarientransplantation deutlich im Sinne einer Verminderung beeinflusst wird, so wird der Kalkgehalt des Blutes nach den Untersuchungen des Autors dadurch nicht verändert, ebenso nicht durch Kastration und Injektion von Ovarial- und Corpus luteum-Extrakt. Desgleichen enthält das Blut der schwangeren Tiere die gleiche Blutkalkmenge wie das des nichtschwangeren. Verfasser konnte dann noch verschiedene interessante Befunde erheben, nämlich dass selbst bei gut eingeheilten und erhaltenen Ovarien sich kein Keimepithel befindet. Eier und gut erhaltene grosse Follikel konnten ebenfalls nicht gefunden werden. Der Follikelapparat war intensiv geschädigt, sogar stark degeneriert. Ferner fand sich eine Verminderung der interstitiellen Drüse und eine Verödung und Atrophie des Stromas. Was die sonstige Wirkung der Transplantation anbelangt, so zeigte sich nach Transplantation von zellreichen Ovarien eine beträchtliche Hypertrophie der Genitalien, die Nebennieren blieben unverändert. Nach Kastration ist die Zona fasciculata der Nebennieren verbreitert.

II. Abschnitt: Neubildungen der Ovarien.

1. Anatomie, Histiogenese, Allgemeines über Neubildungen, Stieltorsion.

1. Azara, Fieber nach Ovariotomie. Policlin. Roma. 6. Dez. 1914.
2. Bastian, 32 Fälle von Stieltorsion solider Ovarialgeschwülste. Gyn. Helv. IX. 153.
3. Freund, N., Geburt nach konservativer Ovariotomie, Hiluszyste des Eierstocks. Zentralbl. f. Gyn. p. 523. (Doppelseitige Ovariotomie. „Aufklappen" der Tumoren erneut empfohlen.)
4. *Lahm, Zur Histogenese der Pseudomuzinkystome des Ovariums. Beitr. z. Geb. Bd. 19. 2.
5. *Landau, Th., Zur Prognose der Ovarialtumoren. Vortrag in der Berl. Med. Ges. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49.
6. Moench, Über Struma ovarii. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 2.
7. Ries, Emil, Primary Syncytioma of the Ovary. Amer. Journ. of Obst. July.
8. Seitz, A., Über das primäre Chorionepitheliom des Ovariums. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. 244.
9. *Wiener, Salomon, A study of the Complications of ovarian Tumors. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 2.

Lahm (4) nimmt an, dass die Pseudomuzinkystome aus Becherzellschläuchen sich bilden können. Sowohl aus den ursprünglichen wie aus den so umgewandelten Elementen kann Karzinom entstehen.

Nach Erwähnung eines Falles von Pick (Pseudomuzinkystom mit Metastasenbildung und maligner Entartung) führt Landau (5) Beispiele für die Gestaltung der Prognose bei Ovarialtumoren aus eigener Klinik an. Er bespricht in dieser Arbeit zunächst das Kystadenoma serosum oder simplex papilliverum.

Bei dieser Art der Eierstocksgeschwülste kann

1. völlige Heilung trotz sicherer Dissemination eintreten;
2. können sich stationär bleibende einfache Implantationsmetastasen bilden;
3. enorm langsam wachsende Metastasen können auftreten und zu grossen Kystombildungen in den verschiedensten Stellen des Bauches führen, die anatomische Gutartigkeit bleibt erhalten, trotzdem ein Einwachsen in Lymph- und auch retroperitoneale Blutgefässe vor sich gehen kann;
4. die anatomische Gutartigkeit geht verloren, indem durch Entartung des Epithelbelages echte Karzinome entstehen.

Das Kystadenoma serosum papilliverum hat also eine zweifelhafte Prognose.

Emil Ries (7) berichtet von einer 48jährigen Patientin, bei der sich im Laufe eines Jahres ein kindskopfgrosser Tumor in der rechten Ovarialgegend entwickelte. Patientin verlor dann stark an Gewicht. Die Krankheitssymptome waren im wesentlichen starke Leibschmerzen, Erbrechen und Blutungen. Der Fall kommt zur Operation, der kindskopfgrosse Tumor wird entfernt, zusammen mit dem myomatösen Uterus. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergibt im wesentlichen Protoplasmamassen mit zahlreichen Zellkernen, also Synzytium. Daneben kamen Zellen nach Art der Langhansschen hie und da verstreut vor, ferner waren in dem Tumor ziemlich zahlreiche Nekrosen. Die Diagnose wurde gestellt auf Syncytioma oder Chorioepithelioma malignum des Ovariums.

Erörterungen führen den Autor zu dem Resultat, dass der Tumor dieses Falles vier Entstehungsmöglichkeiten hat. Es kann sich handeln:

1. um eine Ovarialgravidität;
2. Uteringravidität mit metastatischem Chorioepitheliom am Eierstock;
3. Trophoblasttransport in das Ovarium mit maligner Entartung und
4. teratomähnliche Bildung des Ovariums.

A. Seitz (8). Mitteilung eines Falles eines primären Chorionepitheliom des Ovariums zwei Monate nach der letzten Geburt. Im Uterus nirgends Anhaltspunkte für eine primäre Tumorbildung. Die Zellen des Tumors sind zu Strängen geordnet mit zentraler Lage der Langhansschen Zellen und peripherer Anordnung des Synzytiums. Ferner besteht eine Neigung des Tumors, in Gefässe einzubrechen. Die Entstehung des Tumors wird mit der kurz voraufgegangenen Gravidität in kausalen Zusammenhang gebracht.

Wiener (9) berichtet über 240 Operationen von Ovarial- und Parovarialtumoren. Die Besprechung erfolgt in acht Kapiteln: Torsion, Ruptur, Infektion, maligne Degeneration, Aszites, verschiedene postoperative Komplikationen und Mortalität.

Die Torsion findet er in 12,26% als häufigste Komplikation. Als Ätiologie erwähnt er plötzlichen Stoss, Fall, Wehentätigkeit des Uterus. Schwangerschaft ist kein allzu häufiger oder nötiger Grund für Torsion. Die Peristaltik der Därme ist bedeutungslos. Schwere und breite Tumoren neigen mehr zu Torsion, als kleine und leichte, ebenso kann die verschiedene Dichtigkeit des Tumors denselben zur Torsion begünstigen. Erwähnung der Theorie von Jolly (Zeitschr. f. Geb. 1907). In den torquierten Tumoren findet er häufig Hämorrhagien,

Nekrose, Gangrän, an ihnen Adhäsionen, besonders mit dem Netz, ferner können sie Peritonitis, sowie freie Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle begleiten. Es ist ferner möglich, dass Ileus und totale Abtrennung des Tumors erfolgen kann. Es wird dann von einem Fall berichtet, bei dem ein Dermoid total abgelöst am grossen Netz adhärent war. Unter den Symptomen für Torsion werden erwähnt Übelkeit und Erbrechen in 50%, ferner sind charakteristisch intraabdominelle Schmerzattacken ferner Ansteigen des Pulses, besonders bei Gangrän des Tumors, leichtes Fieber, peritoneale Reizsymptome, bei Gangrän Leukozytose, in manchen Fällen Albuminurie und ferner häufig Menorrhagie und Metrorrhagie.

Bei der Ruptur, deren Symptome abhängig sind von der Qualität und Quantität des Zysteninhaltes und des Peritoneums, werden fünf Fälle erwähnt, diese werden genau angeführt.

Infektion. Er findet 2,23% aller Tumoren infiziert. Genaue Beschreibung der Infektionsmöglichkeiten. Von grosser Bedeutung sind die Mikroorganismen des Uterusinneren, besonders bei Abort und Puerperium. In diesen Fällen beobachtete er eine Streptokokkeninfektion, eine Mischinfektion von Streptococcus pyogenes und Staphylococcus albus, einen Fall von Typhus. In einem Fall zeigte die Kultur kein Wachstum, in zwei Fällen konnten die Mikroorganismen nicht definiert werden.

Bei der malignen Degeneration werden fünf Fälle angeführt. Davon fanden sich Plattenepithelkarzinom in drei Dermoidzysten, ein Adenokarzinom im Cystadenoma serosum und ein Adenokarzinom in einem Cystadenoma pseudomucinosum.

10 Fälle von Schwangerschaft, kombiniert mit Tumoren, wurden laparotomiert, bei einem 11. Fall wurde vaginal ein kleines Dermoid entfernt; neunmal blieb die Schwangerschaft erhalten. Als wesentlich wird die Darreichung von Opium nach der Operation hingestellt.

21 Fälle der Serie hatten Aszites, und zwar verteilten sich diese auf 11 Karzinome, 1 Kystadenom, 5 stielgedrehte Tumoren, 1 infizierte Dermoidzyste und 3 einfache Fibrome.

Unter den verschiedenen Komplikationen werden angeführt: Myome, „Fibrosis uteri", Retroflexio, Hydrosalpinx, chronische Salpingitis, Gonorrhoica, Pyosalpinx, Abortus incompletus und ektopische Gravidität.

Als postoperative Komplikation werden angeführt: Hämatome, Sticheiterungen, Klaffen der Wunde, Stumpfexsudate, Beckenabszesse, Beckenhämatome, Thrombophlebitis, Pneumonie. Todesfälle im ganzen drei.

Zum Schluss ausführliche Literaturangabe.

2. Operationsmethoden.

1. *Freund, H., Eine neue Methode der Ovariotomie. 43. Chirurgenkongr. Ref. Dr. Julius Sonnenfeld-Berlin. Beiträge z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Erg.-Heft. p. 104.

Die Methode ist eine konservative und beabsichtigt die Erhaltung von funktionsfähigem Gewebe in Ovarialtumoren. Freund (1) spaltet die Tumoren von der Kuppe bis zum Hilus (Hemisektion genannt), entleert den Inhalt, schält das gesunde Gewebe aus, zwischen dem er eine Verbindung mit der Tumorbasis bestehen lässt. Das gesunde Gewebe wird auf der Basis aufgenäht und wenn sich eine Verbindungsbrücke nicht erhalten liess, implantiert. Diskussion: Menge, Meyer, Schickele, Walcher, Sippel.

3a. In Verbindung mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

1. Danforth, Ovarian Tumours in pregnancy with report of a case with a solid tumor. Surg., Gyn. and Obst. XX. 3. (Fibrom.)

2. Freund, H., Geburt nach konservativer Ovariotomie. Hiluszyste des Eierstocks. Zentralbl. f. Gyn. 39. Jahrg. Nr. 30. p. 523. (Operationsgeschichte einer vorher an Blasenmole behandelten Frau [Ausräumung], bei welcher beide Ovarien in zystische Tumoren verwandelt waren. Aus dem rechten Ovarium konnte ein Stück konserviert werden, auf Grund dessen die Patientin 10 Monate später wieder schwanger wurde. Normale Geburt. Die Mitteilung ist mit einer Abbildung illustriert.)
3. Lindquist, Eierstocksgeschwulst als Geburtshindernis. Nord. med. XLVII. (116 Fälle aus der Literatur gesammelt, Kaiserschnitt mit Ovariotomie ist am meisten zu empfehlen. Auch in einem eigenen Fall erfolgreich operiert.)
4. *Nacke, Abort, später ausgetragene Schwangerschaft nach Ovariosalpingotomie einerseits und ausgiebiger Ovarialresektion auf der anderen Seite. Zentralbl. f. Gyn. p. 875.
5. Percy, G. J., Über zystische Ovarialgeschwülste nach Blasenmole. Diss. Münchn. med. Wochenschr. p. 406.
6. Unterberger, Ovariotomie in der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35.
7. Wiener, Salomon, A Study of the Complications of ovarian Tumors. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 2. August.

Aus dem Übersichtsreferat über 100 aus der Genfer Frauenklinik hervorgegangene Arbeiten von Dr. C. Waegeli (Monatsschr. 41, p. 247).

Die Zitate beziehen sich auf die „Gynaecologia Helvetica". (Dort Abbildungen und Photographien.)

Huguenins, Gyn. Helv. X. 69.

Epitheliale Neubildungen im Hilus ovarii.

Christides, Gyn. Helv. X. 282.

Sechs Fälle von polypösen Auswüchsen am Ovarium.

Bericht über eine Frau, welche nach der vor fünf Jahren zurückliegenden Entfernung des linken und ausgiebigen Resektion des rechten Ovariums schwanger wurde und das Kind austrug, nachdem bereits 10 Monate nach der Operation ein Abort stattgefunden hatte. Von dem rechten Ovarium war nur ein kirschkerngrosser Rest stehen geblieben. Nacke (4) glaubt, so wenig Ovarialsubstanz zurückgelassen zu haben, dass der Effekt seiner Operationen mit der der Mengeschen identisch war, was das Zurücklassen von makroskopisch nachweisbarem Ovarialgewebe anbetrifft. Verfasser ist bis zu der Zeit, wo durch grosse Zahlen bewiesen ist, dass das Zurücklassen von Resten von Ovarialkystomen ungefährlich ist und nicht zu Rezidiven Anlass gibt, Anhänger der radikalen Operation gewesen. Besonders radikal will Verfasser da vorgehen, wo es sich um grosse, stark verwachsene Kystome handelt.

4. Zysten.

1. *Baur, Ungewöhnlich grosse Ovarialzyste. Verhandl. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 12. Juni 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1. p. 237.
2. Black, J. H., Ovarian Cysts. Report of case in which the Tumor wighed 85 Pounds. South Carol. Med. Cap. 1. Nr. 10.
3. Ehrlich, B., Zysten und Tumoren der Ovarien. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. IX. p. 276.
4. Edmonds, A. M., Report of case of Unilocular Ovarian Cyst. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 65. p. 164. (Ein Fall mit Genesung.)
5. Halban, H., Zur Symptomatologie der Corpus luteum-Zysten. Wiener klin. Wochenschrift Nr. 42. p. 1568. (Amenorrhoe bei Corpus luteum-Zyste.)
6. Michaux, Volvulus d'une aux intestinale grêle de 40 cm autour d'une adherance intestinale coincidant avec un kyste vigitant de l'ovaire; ovariotomie resection de l'aux grêle en volvulus; entero-anastomose termine terminale. Soc. de chir. 14 Avril. Presse méd. p. 136.

7. Miers, E. M., Torsion of Pedicle of Ovarian Cyst Simulating Ruptured Extrauterine Pregnancy. Kansas Med. Soc. Journ. Dec.
8. *Poggi de Figueiredo, J., La Resection partielle des ovaires reconnus macroscopiquement sclereux ou sclero kystiques, est-elle justifiée au point de vue microscopique. Ann. de Gyn. et d'Obst. XLI. Année. Tome 11. Nov. Déc.

Es handelt sich nach Baur (1) um ein Ovarialkarzinom mit 30 Liter zystischem Inhalt. Der Fall ist interessant dadurch, dass es sich im wesentlichen um eine grosse Pseudomuzinzyste handelt, an deren Innenwand eine kleine Stelle von R. Meyer als karzinomatös gedeutet werden musste. Die in der Diskussion zu dem Vortrag von Bumm, Meyer, Strassmann, Bröse und Nacke gemachten Bemerkungen lassen es als sicher feststehend erkennen, dass anscheinend vollständig benigne Ovarialzysten den Keim karzinomatöser Wucherung in sich tragen können und lassen die Notwendigkeit einer sorgfältigen histologischen Untersuchung solcher Tumoren im hellsten Lichte erscheinen. Man wird hierdurch auf manches sonst recht unerwartet eintreffende Rezidiv vorbereitet sein, bzw. ihm nach Kräften entgegentreten können.

Herr Nacke in derselben Sitzung:

Demonstration eines grossen Ovarialtumors (Karzinom) einer 69jährigen Nullipara. Der Tumor hatte die Grösse eines ausgetragenen Kindes.

Halban (5). Die Amenorrhoe bei Corpus luteum-Zysten wird erklärt durch Übertragen der blutungshemmenden Eigenschaft vom Corpus luteum auf die ganze Zyste. Es tritt Blutung ein bei Resorption oder Exstirpation der Zyste. Die Blutung kann unregelmässig sein. Abwechselnde Zysten in beiden Ovarien, die spontan verschwinden, sind als Corpus luteum-Zysten aufzufassen. Diskussion.

Die Arbeit von Poggi de Figueiredo (8) befasst sich mit Untersuchungen von Ovarien, die bei der Operation sich als zystisch-sklerös verändert erwiesen und bildet eine Fortsetzung einer Arbeit von Cohn (Publication de la Clinique obstétricale et gyn. de l'Univ. de Genève. 30. Tome. 1910/11 und Gynecologia Helvetica, XL, p. 284). Es soll mit diesen Untersuchungen die Berechtigung der partiellen Resektion der Ovarien gestützt werden. Es werden nun die einzelnen bei den verschiedenen Kranken exstirpierten Ovarialteile mikroskopisch analysiert. Die Resektion war meistenteils keilförmig. Die Arbeit stützt sich im ganzen auf 32 Fälle gegenüber 23 von Cohn. Die Schlüsse, die gegenüber der eben erwähnten Arbeit von Cohn nichts Neues bringen, sind ungefähr folgende: die als sklerozystisch bezeichneten Ovarien haben unter dem Mikroskop ein ganz verschiedenes Aussehen. Die Arterien zeigen oft eine Verdickung der Wand mit hyaliner Degeneration. In den Ovarien findet man ferner abnorme Gewebsformationen epithelialer Art, z. B. Reste vom Wolfschen Gang, Keimepithel, Primordialfollikel, Follikel, degeneriert oder auf dem Wege der Degeneration, Graafsche Follikel mit zystischer Entartung, Inseln interstitieller Zellen, Corpus luteum-Zysten, Verwachsungen, Hämorrhagien, alte und frische, Entartung mit oder ohne Keimepithel. Die sklero-zystischen Ovarien zeigen mikroskopisch sehr verschiedenes Aussehen. Die Lebensfähigkeit der Primordialfollikel ist im allgemeinen gewährleistet. In gewissen Fällen können einige Follikel sich normal entwickeln, so dass Schwangerschaft folgen kann. Die Zahl der Follikel steht oft im umgekehrten Verhältnis zu dem Verhärtungsgrad.

Stromaläsionen sind konstant.

5. Embryome.

1. Baldwin, L. G., Report of ovarian tumor, the size of a fetal head, composed of thyroid tissue. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 328.
2. Falco, Sul teratoma solido dell' ovario. Ann. di Obst. Marzo 1914.
3. Frank, R. T., Dermoidzyste des Ovariums mit karzinomatöser Wucherung. Med. Rundschau. 9. Okt. p. 626.

4. Frankl, O., Multiple Dermoide. Wiener geb.-gyn. Ges. 9. März. Wiener klin. Wochenschrift. p. 571. (Multiple Anlage wird angeführt gegen die ovulogene.)
5. Latteux et Thivenat, Dermoidzyste des Ovariums bei einer 65 Jahre alten Frau operiert. Revue de gyn. 1914.
6. Marré, W., Ein Teratolipom des Ovariums. Inaug.-Diss. Bonn.
7. Mieczkowski, V., Beiträge zur Klinik und Lokalisation der Dermoide. Beitr. z. klin. Chir. 95. 3. (Mitteilung von drei Fällen, welche in besonderer Weise kompliziert waren.)
8. Seyfarth, P. L., Die Dermoide und Teratome des Eierstockes im Kindesalter. Inaug.-Diss. Leipzig.
9. Unterberger, jun., Fall von Ovarialteratom. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 20. Juni 1914. Deutsche med. Wochenschr. p. 210. (Kind von 14 Jahren. Tumor 8 Kilogramm schwer.)

Frankl (4) beschreibt einen Fall von echter Multiplizität von Dermoiden, denn es war wohl vollkommen räumliche Trennung der Dermoide voneinander und das Vorhandensein der für das Dermoid charakteristischen Elemente nicht bloss innerhalb einer, sondern innerhalb aller Dermoidzysten zu konstatieren. Diese Tatsache ist für die Erkenntnis der formalen Genese von Wichtigkeit. Es stehen sich zwei Theorien für die Genese der Teratome gegenüber, nämlich die Theorie der ovogenetischen Bildung und die Blastomerentheorie. Nach Frankl ist für die Entwicklung der echten multiplen Dermoide wie in seinem Falle als Erklärung nur die Blastomerentheorie als in Frage kommend zu betrachten, da sie frei ist von inneren Widersprüchen.

Dr. Robert T. Frank (3). 50jährige Patientin mit zwei Aborten in der Anamnese, kinderlos, seit sechs Jahren Menopause. Patientin hat seit 19 Jahren den Tumor, in der letzten Zeit Gefühl von Schwere im Bauch und Beschwerden beim Urinlassen. Es wurde die Diagnose auf Ovarialzyste gestellt. Die Zyste, welche sich als ein Dermoid erwies, wurde von Herrn Dr. Mandelbaum mit teilweiser karzinomatöser Degeneration gefunden.

Baldwin Dr. L. G. (1). Es wird über einen Fall berichtet, in dem der gefundene Ovarialtumor aus schilddrüsenähnlichem Gewebe zusammengesetzt ist. Er wog $3^1/_2$ Pfund. Diskussion: Frank, welcher aus seiner Erfahrung einen Fall mit tumorähnlichem Gewebe erwähnt.

6. Fibroide.

1. Adler, Otto, Über Ovarialfibrome. Inaug.-Diss. Berlin.
2. Deutsch, Alfred, Zwei Fälle von Ovarialfibrom. Geb.-gyn. Ges. Wien. 12. Mai 1914.
3. Frankl, N. O., Fibroma ovarii adenocysticum. Zentralbl. f. Gyn. p. 914. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. Nov.
4. Hellmann, Ovarian Fibroids. Report of 6 Cases. Surg., Gyn. and Obst. XX. Nr. 6. (Es werden sechs Fälle von Ovarialfibroiden aus der Charité-Berlin erwähnt und ihre Entstehung und Symptome erörtert.)
5. Gustavsson, L., Ein Fall von akzessorischem Ovarialfibrom. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 19. Bd. Erg.-Heft. p. 83. (Es handelt sich um einen kindskopfgrossen Tumor, welcher zuerst vor der Operation als Karzinom angesprochen worden war. Die genauere Untersuchung ergab, dass er als von einem abgeschnürten Teil des rechten Ovariums ausgehenden Fibrom gedeutet werden musste.)
6. Schottlaender, J., Zystisches Fibroadenom beider Eierstöcke. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. März 1914. (Abschnürung des einen, primäres Karzinom des anderen Eileiters.)
7. — Zystische Fibroadenome abgeschnürter Eierstocksabschnitte. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. März 1914.

7. Sarkome.

1. Cottam, G. G., Primary Melanosarcoma of Ovary. Journ.-Lancet. Aug. 15. Nr. 16. p. 197—252.
2. Engelhorn, Solider Ovarialtumor bei einem 15jährigen Mädchen. Ein Fibrosarkom, das zweite Ovarium erhalten. Naturwiss.-med. Ges. Jena. 4. Nov. Münchn. med. Wochenschr. p. 1728.
3. Poster, M. F., Sarcoma of ovary. Indiana Stat. Med. Assoc. March. VIII. p. 3.
4. *Smith, F. H., und C. Motley, Sarkom beider Ovarien bei einem dreijährigen Kinde. Surg., Gyn. and Obst. XX. Nr. 4.
5. Wilkinson, Bilateral Ovarian Sarcoma in Child 5 years old with Large retroperitoneal Metastasis. Kansas Med. Soc. Dec. 7.

Die Tumoren waren nach F. H. Smith und C. Motley (4) mikroskopisch als Embryome zu deuten; als Ursprungsort werden die Parovarien angenommen. Exitus des Kindes nach 1/2 Jahr an allgemeiner Sarkomatose.

8. Karzinome.

1. *Van Buren-Knott, Ovarian carcinoma in a child aged eleven. Journ. of Amer. Med. Assoc. p. 1577.
2. *v. Franqué, Carcinoma ovarii metastaticum, nach Mammaamputation wegen Karzinom, als Ursache heftiger Ischias. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30.
3. Meyer, Robert, Über Carcinoma ovarii folliculoides et cylindromatosum. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 2. (Bericht über 12 Fälle, auf die nähere Beschreibung kann nicht eingegangen werden. Nach Meyer geht der Tumor aus dem Granulosaepithel hervor. Es wird auf das Original verwiesen.)
4. Thaler und Frankl, Zur Behandlung nicht mehr radikal operierbarer Ovarialkarzinome. Geb.-gyn. Ges. Wien. 9. Nov. Wiener klin. Wochenschr. p. 1425. Zentralbl. f. Gyn. p. 903.

v. Buren-Knott (1). Ein 11jähriges Mädchen kommt mit einem Tumor, der sofort als linksseitiger Ovarialtumor mit Appendizitis erkannt wird, in die Klinik. Bei der Operation wird der linksseitige Ovarialtumor mit Tube und die entzündete Appendix entfernt. Ein Jahr später Rezidiv. Operation wird ausgeführt. Exitus 30 Tage nach Operation. Diagnose des Tumors: Teratom in karzinomatöser Degeneration.

v. Franqué (2). Abdominale Radikaloperation, neun Monate nach der ersten Operation. Exitus am vierten Tag an Herzschwäche. Das Ovarialkarzinom wird als Metastase aufgefasst. Die Schmerzen im Bereich des Nerv. cutaneus lat. sind wahrscheinlich durch den Druck karzinomatöser Lymphdrüsen, die Ischias, durch Druck auf den Plexus sacralis zu erklären.

Erneute Aufforderung, bei der Ischias der Frauen sorgfältig vaginal und rektal zu untersuchen.

9. Innere Sekretion.

1. Horms, Experimentelle Untersuchungen über die innere Sekretion der Keimdrüsen und deren Beziehung zum Gesamtorganismus. G. Fischer, Jena 1914. Münchn. med. Wochenschr. p. 439.

VI.

Chirurgische Erkrankungen des Abdomens.

Referent: Marineoberstabsarzt Dr. zur Verth, Kiel.

A. Verletzungen.

1. *Basdékis, Spyridon, Über Stich- und Schussverletzungen des Bauches. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 96. Heft 2. Kriegschr. Heft 2. p. 223.
2. Bastianelli, P., Osservazioni sopra un trauma grâve sottocutaneo addominale. Policlin. sez. chir. XXII. 3.
3. Böhler, L., Zwei Bauchschüsse mit extraperitonealer Darmverletzung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. Feldärztl. Beil. 23.
4. — Die Prognose der Magen-Darmschüsse ist ohne Operation absolut schlecht. Med. Klin. Nr. 45.
5. *Boit, Hans, Über Verletzungen von Magen und Darm durch Infanteriegeschosse. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 707—709.
6. *Brunn, W. v., Zur Behandlung der Bauchschussverletzungen im Felde. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1040—1041.
7. *Enderlen und Sauerbruch, Die operative Behandlung der Darmschüsse im Kriege. Med. Klin. Nr. 30. p. 823.
8. Glass, Ernst, Krankengeschichte meines Bauchschusses. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1042.
9. Henrichsen, J., Contusio abdominis (Hufschlag). Ruptura intestini. Peritonitis. Heilung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.
10. *Karl, Über Bauchschüsse. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4. p. 97—100.

10a. Kausch, Über Bauchschüsse im Felde. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52.

11. *Kelling, Zur Frage der Behandlung der Bauchschüsse mittelst komprimierenden Verbandes. Zentralbl. f. Chir. Heft 15. p. 241.
12. *Körte, Bauchschüsse. Verhandl. des Kriegschirurgentages Brüssel, 7. April. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 96. Heft 4. Kriegschir. Hefte. Bd. 1. Heft 4. p. 509.
13. *Kraske, Über Bauchschussverletzungen. Ein kriegschirurgischer Brief. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. Feldärztl. Beil. 39. p. 1329.
14. *— Über „Bauchschüsse". Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. Feldärztl. Beil. 22. p. 349.
15. *Lange, Zur Behandlung der Bauchschüsse im Kriege. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 97. Heft 3. Kriegschir. Heft 7. p. 312.
16. Arnold-Larsen, A., Ein Fall von traumatischer Darmruptur. Ugeskrift for Laeger. 77. Jahrg. Nr. 16. (Dänisch.)
17. *Läwen, A., Erfahrungen zur Pathologie und operativen Behandlung der Bauchschussverletzungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. Feldärztl. Beil. 39.
18. *— Erfahrungen über Bauchschussverletzungen und ihre Frühoperation im Feldlazarett. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 97. Heft 1. Kriegschir. Heft 5. p. 47.
19. Matyás, M., Über Bauchschüsse. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. Feldärztl. Beil. 39.
20. *Meyer, A. W., Die Behandlung der Bauchschussverletzungen im Felde. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. Feldärztl. Beil. 34. p. 1163.
21. Moro, Norbert, Zur Kasuistik der stumpfen Bauchverletzungen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 40.
22. Payr, Ein Vorschlag zur Behandlung der Bauchschüsse im Kriege. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 33. Feldärztl. Beil. Nr. 2.
23. Peiser, A., Über retroperitoneale Darmverletzungen durch Rückenschüsse. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. Feldärztl. Beil. 28.

24. *Perthes, G., Beitrag zur Prognose und Behandlung der Bauchschüsse im Kriege. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13 u. 14. p. 449 u. 493. Feldärztl. Beil. 13 u. 14. p. 197 u. 225.
25. Pignati, A., L'emostasi negli organi parenchymatosi dell' addome a mezzo di trapianti liberi di tessuti. Policlin. Sez. chir. XXII. 1. (Netz, Fettgewebe, Muskulatur, Faszie und ausgekochtes Schwammgewebe wirkten im Tierversuch blutstillend bei Leber-, Milz- und Nierenwunden.)
26. *Röper, Über Schussverletzungen des Darmes. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. Feldärztl. Beil. p. 86.
27. Rosenstein, Paul, Operative Heilung eines Bauchschusses durch freie Netztransplantation. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1041—1042.
28. *Rost, Kurze Bemerkung zur Statistik der Bauchschüsse. Med. Klinik. Nr. 25.
29. *Rotter, Zur Prognose und Therapie der Bauchschüsse. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 49. Feldärztl. Beil. Nr. 18.
30. *Reichel, Die Nachbehandlung der Bauchschussverletzungen im Kriege. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 15.
31. *Schmieden, Bauchschüsse. Verh. des Kriegschirurgentages Brüssel. 6. April. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 96. Heft 4. Kriegschir. Hefte. Bd. 1. Heft 4. p. 511.
32. Stauff, Ein Fall von ausgedehnter Darmruptur infolge von Pressluft. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10.
33. *Strauss, Indikationen zur Laparotomie im Felde. Med. Klinik. Nr. 25.
34. Töpfer, Richtlinien für die Notwendigkeit des Eingriffs bei Bauchschüssen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6.
35. *Wieting Pascha, Zur Frage der Bauchschüsse. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. p. 981—983.

In die vorstehende Literaturnachweisung wurden die wesentlichsten Arbeiten über die Kriegsverletzungen des Bauches und seiner Organe aufgenommen. Der Stand der Kriegschirurgie des Bauches soll unter Zugrundelegung der erwähnten Arbeiten kurz zusammengefasst werden.

Bauchschüsse werden etwa 15 mal auf 100 Schussverletzungen gezählt, (Karl [10] Kelling [11] u. a.).

Die Erfahrungen im russisch-japanischen und im Balkankrieg hatten die Lehre Küttners aus dem südafrikanischen Kriege bestätigt, dass das konservative Heilverfahren bei Bauchschüssen die besten Ergebnisse bringe. Die grundsätzlich konservative Behandlung der Kriegsbauchschüsse wurde bewusst der operativen Therapie bei Schussverletzungen des Bauches im Frieden gegenübergestellt. Am deutlichsten kommt dieser Standpunkt in den Arbeiten von Basdekis (1) und Karl (10) zum Ausdruck. Die Mortalität der Bauchverletzungen wurde auf etwa 50% angegeben.

Die Ansicht über die günstige Prognose der Bauchschüsse in Kriege konnte entstehen, weil auf der einen Seite die Zahlen nicht unmittelbar an der Front gewonnen waren — je weiter ein Lazarett hinter der Front liegt, um so günstiger sind die Resultate, die mit der konservativen Therapie gewonnen werden (Rotter [29] und Rost [28]) — weil auf der anderen Seite nicht scharf zwischen Bauchwandschüssen und perforierenden Schüssen (Darm- und Organschüssen) unterschieden wurde.

Die Erfahrungen des Weltkrieges indes haben bei einem grossen Teil namhafter Chirurgen eine Änderung der Stellungnahme herbeigeführt, die besonders auf der Kriegschirurgentagung in Brüssel zum Durchbruch kam.

Die wirkliche Mortalität der Darmschüsse wird unter Vermeidung der erwähnten Fehler von Körte (12) auf 60%, von Rotter (29) und Perthes (24) auf 80% und mehr angegeben.

Diese recht ungünstigen Zahlen waren schon im Beginn des Krieges die Veranlassung, durch operatives Vorgehen eine Besserung des Ausganges zu versuchen. Nach aussen hin brachten Vorträge auf medizinischen Erörterungsabenden im Felde und wissenschaftliche Arbeiten den Eindruck, als ob den grundsätzlich Konservativen grundsätzliche Anhänger des operativen Verhaltens gegenüberständen. Tatsächlich indes weichen die Anschauungen der Chirurgen in letzter Zeit nicht mehr so wesentlich voneinander ab. Die grundsätzlich Konservativen (Körte [12], Röper [26], Wieting [35]), stützen ihre Ansichten mehr auf die Verhältnisse des Bewegungskrieges, während die grundsätzlichen Anhänger des Eingriffs — Rotter (29), Perthes (24), Enderlen und Sauerbruch (7), Läwen (17), Kraske (14), Schmieden (31) — mehr die Verhältnisse des Stellungskrieges im Auge haben, aller-

dings womöglich auch für den Bewegungskrieg die Schaffung der Operationsmöglichkeit für Bauchschüsse fordern. Eine Mittelstellung nehmen ein Strauss (33), v. Brunn (6), Boit (5) u. a. Welche besonderen Vorrichtungen die Vornahme des Eingriffs im Stellungskrieg ermöglicht haben, setzt neben anderen Lange (15) auseinander.

Die Anhänger des operativen Vorgehens fordern vor allem möglichst baldige Operation, die in den ersten 10—12 Stunden nach der Verletzung erfolgen soll. Meyer (20) dehnt die Zeit, innerhalb welcher operiert werden soll, auf 36 Stunden aus. Später als $1^1/_2$ Tage nach der Verletzung ist der Eingriff zwecklos oder ein Fehler.

Vielfach wird anerkannt, dass sichere Durchschüsse durch den Bauch ohne Verletzung des Darmes vorkommen.

Schmieden (31) verlangt auf dem Feldchirurgentag in Brüssel, dass jeder Bauchschuss, der offenbar penetrierend ist und der nicht nur die Leber traf, im Stellungskrieg operiert werden soll, wenn er sich innerhalb der ersten 12 Stunden einem geschulten Operateur bietet, wenn die Verhältnisse den Eingriff verantworten lassen und wenn der Allgemeinzustand des Kranken oder die Schwere der Nebenverletzungen die Operation nicht als zwecklos erkennen lassen. Der Eingriff soll die Aufgabe haben, die inneren Verletzungen zu versorgen, von einer Peritonitisoperation soll keine Rede sein. Nur die Operation ist nützlich, die der Peritonitis zuvorkommt.

Enderlen und Sauerbruch (7) gelang es, bei operativer Behandlung die Heilungszahl der Darmschüsse auf $44^0/_0$ zu erhöhen.

Besonders die Schüsse des Unterbauchs bedürfen des Eingriffs, während die Schüsse, die am Oberbauch sitzen, von den Anhängern der Mittelstellung konservativ behandelt werden — v. Brunn (6).

Läwen (17) würdigt die Frühzeichen der Darmverletzung. Die sichersten Zeichen sind Bauchdeckenspannung und Druckempfindlichkeit. Weiter sind zu verwerten Erbrechen, das in der Hälfte bis drei Viertel der Fälle auftritt, schneller wenig gespannter Puls, Nachweis von Gas in der Bauchhöhle, bei Lagewechsel verschiebliche Dämpfung in den abhängigen Teilen des Bauches, Prolaps von Bauchorganen aus der Bauchwandöffnung, Blut im Rektum und nach Enderlen und Sauerbruch (7) kostale Atmung, der Basdékis (1) auch noch Singultus hinzufügt. Endlich soll die Konstruktion des Schusskanals aus dem Sitz von Ein- und Ausschuss verwertet werden.

Als Bauchschnitte werden von Läwen (17) bevorzugt für Schüsse in Gegend von Leber und Duodenum der rechtsseitige Wellenschnitt nach Kehr, für Magenschüsse der Mittelschnitt oberhalb des Nabels, für Schüsse in den unteren Bauchseiten ein Querschnitt von der Flanke bis Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Allzu grosse Bauchschnitte werden von den Kranken vielfach nicht ertragen. Doch muss der Schnitt gestatten, alle für eine Verletzung in Frage kommenden Organe der Bauchhöhle zu besichtigen.

Kelling (11) empfiehlt auf Grund von Kaninchenversuchen bei Bauchschüssen zur Vermeidung von Bauchfellentzündung einen die Bauchhöhle stark komprimierenden Verband.

Reichel (30) bringt beherzigenswerte, kurz zusammenfassende Mitteilungen über die Behandlung der Folgezustände nach Darmschüssen, chronische intraperitoneale Abszesse, Bauchfellverwachsungen, Stenoseerscheinungen am Darm, Darmverschluss und Kotfisteln.

B. Netz, Mesenterium, retroperitoneales Gewebe.

1. Dubs, J., Zur Kenntnis der isolierten, perforierenden Mesenterialruptur nach indirekte Gewalteinwirkung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 133. p. 366. (Literatur von 30 Nr.
2. Ingebrigtsen, Ragnvald, Thrombose der Mesenterialgefässe. Norsk. Magazin for Laegevidenskaben. 76. Jahrg. Nr. 3. (Norwegisch.)
3. Minervini, R., Linfangio-endotelioma cistico dell' epiploon e del peritoneo. Clin. chir. XXIII. 1.
4. Outerbridge, Cystic lymphangioma of the great omentum. Annals of surg. 1914. Nr. 6. Dec.
5. Peterhanwahr, Ludwig, Über entzündliche Geschwülste des Netzes. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 2. p. 355—367.

6. Rupp, Zur Klinik und Diagnose des mesenteriellen Gefässverschlusses. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. p. 163—164. (Empfehlenswerte Übersicht.)
7. Staehlin, A study of multilocular cystadenomata retroperitoneal origin. Annals of Surg. Nr. 3. March.

C. Magendarmkanal.

1. Allgemeines.

1. *Adam, Ludwig, Über die Anästhesierung der Bauchhöhle. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 133. p. 1.
2. Baggio, G., Intorno ai cosi detti „tumori flogistici" dell addome. Policlin. Sez. chir. 1 u. 2. XII.
3. *Bollag, K., Erfahrungen mit Wasserstoffsuperoxyd bei Laparotomien. Aus dem Frauenspital Basel-Stadt. Prof. v. Herff. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
4. Burk, W., Ein neuer Verschlussapparat für den Anus praeternaturalis. Münch. med. Wochenschr. Nr. 6.
5. Carroll, W. C., Intestinal polyposis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 4. April.
6. Cubbins, W. R., Intussusception. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 2. Febr.
7. Deaver and Ross, The mortality statistics of two hundred and seventy-six cases of acute intestinal obstruction. Annals of surg. Nr. 2. Febr.
8. Douglas, The surgical treatment of gastrocoloptosis. Annals of Surg. May. Nr. 5.
9. Mc Glannan, Alexius, Intestinal obstruction. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 65. Nr. 8. p. 673.
10. Haman, Fistolous communication between the stomach and colon, following gastroenterostomie. Annals of Surg. Aug. Nr. 2. Amer. Surg. number.
11. Hedlund, J. Aug., Arteriosklerose der Darmgefässe und Ileus. Hygiea. Bd. 77. Heft 9. (Schwedisch.)
12. Hügelmann, Ein Fall von intermittierendem Ileus bei Wanderniere. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33.
13. *Kausch, Die Pathologie und Therapie des Ileus. Samml. zwangl. Abhandl. aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankh. Bd. 5. Heft 6. p. 51.
14. *King, Elmer H., Intestinal paresis: its treatment by means of pituitary extract. Med. Record. Jan 30.
15. Knoepfelmacher, Wilhelm, und Gertrud Bien, Untersuchungen über die Nabelkoliken älterer Kinder. Wiener med. Wochenschr. Nr. 5. (Ohne objektives Ergebnis, Literatur!)
16. Krecke, A., Über Ganglioneurome des Bauchsympathikus. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. Heft 3. p. 651. Verh. d. Vereinig. bayr. Chir. Bd. 4. Vers. 11. Juli 1914.
17. Mc Kenna, C. H., An intragastric adhesion. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 4. April. (Vielleicht infolge Verwechslung nach Geschwür.)
18. Mayerhofer, Ernst, Zur Klinik, Diagnose und Therapie des mesenterialen Darmverschlusses im Kindesalter. Med. Klinik. Nr. 23.
19. *Mixter, S. J., Points in the surgical treatment of acute intestinal obstruction. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 3. March.
20. Niosi, Franc., Contributo allo studio della tubercolosi ipertrofica dell' intestino. Clin. chir. XXII. 10. 1914.
21. Rosenberg, Die Wirkungsweise der Abführmittel und ihre Bedeutung für den Internisten und Chirurgen. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 18. Nr. 6. p. 538.
22. *Schepelmann, Emil, Klinische Erfahrungen mit meiner Methode der plastischen Aszitesdrainage. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 4. p. 663.
23. Sherill, J. G., and F. S. Graves, Haemangio-endothelio-blastoma of the stomach. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 4. April.
24. Soresi, A. L., A new method of lateral (side-to-side) intestinal anastomosis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 2. Febr. (Vereinigung von Seiten- und Endanastomose.)
25. Stetter, K., Über zwei seltenere Fälle von Ileus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 133. p. 58. (Fibrom im Dünndarm und innere Darmeinklemmung.)

26. *Sweet, Chraney and Wilson, The prevention of postoperative adhaesions in the peritoneal cavity. Annals of Surg. March. Nr. 3.
27. *Thies, Anton, Vegetatives Nervensystem und abdominelle Erkrankungen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 3.
28. Tromp, F., Zur Kasuistik der inneren Darmlipome. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. (Führte zur Darminvagination.)
29. *Whipple, Intestinal obstruction a proteose intoxication. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 6. p. 476.
30. Zikmund, E., Zur Therapie der Tuberkulose des Peritoneums und des Genitaltraktus. Wiener med. Wochenschr. Nr. 31.

Die Ileus-Literatur bringt ausser der Monographie von Kausch (13) meist Kasuistik. Gegen postoperative Darmlähmung empfiehlt King (14) als sicherstes Mittel eine Einspritzung von 1 ccm Pituitrin in die Vene. Die Nebenwirkungen — Blutdrucksteigerung, Atemnot, Blässe und Erbrechen — sind vorübergehend und nicht gefahrdrohend. Sie können durch langsame und vorsichtige Einspritzung gemildert werden.

Mixter (19) warnt bei der Ileusoperation vor Narkose und benutzt statt dessen Lumbalanästhesie. Whipple (29) ist es gelungen, das Gift, das sich bei Darmverschluss bildet, darzustellen und als primäre Proteose zu bestimmen. Es wird in abgeschlossenen Darmschlingen gebildet und zwar um so reichlicher, je oraler die Darmschlinge liegt. Bildungsstätte des Giftes ist im wesentlichen die Schleimhaut, da nach ihrer Verätzung mit Fluornatrium trotz Bakterienreichtums in der isolierten Darmschlinge kein Gift gebildet wird.

Nach Thies (27) tritt bei Erkrankungen des Darmkanals häufig eine abnorme Erweiterung oder Verengung, meist auch eine Differenz der Pupillen oder Lidspalten ein. Die Veränderungen sind um so ausgeprägter, je tiefer am Darm die Erkrankung sitzt, namentlich am Dickdarm, den Geschlechtsteilen und der Harnblase. Bei Nieren- oder Gallenblasenerkrankungen ohne Dickdarmbeteiligung schwinden oder vermindern sich meist die Pupillen- wie Lidspaltenunterschiede. Die Veränderungen sind auf eine mechanische Reizung der vegetativen Nerven zurückzuführen. Störungen der inneren Sekretion scheinen keine grosse Rolle zu spielen.

Adam (1) baut unter Berücksichtigung der Literatur und der anatomisch-physiologischen Verhältnisse die Parasakralanästhesie zu Operationen in der Bauchhöhle weiter aus. Perhydrol leistet nach Bollay (3) in der Peritonitisbehandlung mehr als Kampferlösung. Schepelmann (22) berichtet über seine Erfolge einer dauerhaften Drainage der Bauchhöhle durch Ableitung der Aszitesflüssigkeit in das subkutane Fettgewebe mittelst formolgehärteter menschlicher Varizen oder mittelst Kaninchenaorta.

Nach Sweet, Chraney und Wilson (26) ist die Bildung von Adhäsionen nach Bauchfelloperationen ein physiologischer Heilvorgang, der nur durch sorgfältiges schonendes Operieren und Bedecken wunder Stellen mit Netz oder Mesenterium beschränkt werden kann. Im Hundeversuch wurde nachgewiesen, dass in die Bauchhöhle gebrachtes Paraffin oder Olivenöl, oder zitronensaures Natron die Bildung von Adhäsionen eher begünstigt als verhindert.

2. Radiologie des Magendarmkanals.

1. Brewer and Coll, The roentgenologie diagnosis of surgical lesions of the stomach and duodenum. Annals of Surg. Nr. 1. Jan.
2. Carman, The roentgenologic findings in three cases of diverticulitis of the large bowel. Annals of Surg. Nr. 3. March. (Divertikel durch runde Schatten vom Darm abgehoben.)
3. *Hess Thaysen, Th. E., Ein Beitrag zur normalen Röntgenologie des Dickdarms. Ugeskrift for Laeger. Jahrg. 77. Nr. 24 u. 25. (Dänisch.)
4. Holding, Arthur F., The roentgenologic method of differentiating between ulcer and cancer of the stomach and duodenum. Amer. Journ. of the Med. Scienc. 1914. Dec.
5. *Jaworski, W., Vergleichende Untersuchungen über röntgenologische und klinische Befunde am Magen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37. p. 1088—1090.
6. *Kelling, G., Über Röntgenuntersuchungen des Magens mittelst einer Tastsonde. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 21. Heft 5.
7. Manginelli, L., Importanza diagnostica e patogenetica della ricerca radiologica nell'ulcera duodenale. Policlin. Sez. med. XXII. 1—3. (Grossangelegte, kritische Arbeit.)

8. *Popper, Hugo, Die Diagnose der Darmperforation mit Hilfe der Röntgendurchleuchtung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1034—1036.
9. *Stierlin, Eduard, Die Röntgendiagnosis des Magenkarzinoms. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 4 u. 5.
10. Strauss, Otto, Die Gastro-Koloptose in radiologischer Betrachtung, unter besonderer Berücksichtigung der neuesten Publikation Rovsings. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 705—707.

Nach Jaworski (5) ist die röntgenologische Magenuntersuchung das für den Kranken bequemste, für den Arzt kürzeste Untersuchungsverfahren. Vergleichende Untersuchungen ergaben, dass sich die Ergebnisse der klinischen und röntgenologischen Untersuchung nicht decken. Die klinischen Untersuchungen werden gewöhnlich in horizontaler, die röntgenologischen in vertikaler Körperstellung vorgenommen. Selbst wenn bei beiden Verfahren dieselbe Körperlage eingenommen wird, stimmen die Ergebnisse nicht überein. Diagnostisch fördert das Röntgenbild weniger, aber nicht selten ausschlaggebende Einzelheiten.

Kelling (6) zieht die Tastsonde zur Darstellung der Magengrenze im Röntgenbilde der Kontrastmahlzeit vor. Er kehrt damit zu dem ursprünglichen Verfahren zurück, das er durch die Konstruktion eines sinnreichen Tastapparats verbessert hat.

In der Diagnose des Magenkrebses erspart uns nach Stierlin (9) die Röntgendiagnose manche Probelaparotomien. Sie gibt wichtige Anhaltspunkte zur Frage der Operabilität. Doch führt sie selten zur Frühdiagnose. In unklaren Fällen sind wiederholte Aufnahmen in verschiedenen Körperlagen und bei verschiedener Magenfüllung erforderlich. Die Hauptmerkmale für Magenkrebs sind Schattenaussparung, Formveränderung des ganzen Magens (Streckung mit Verminderung der Hubhöhe) und Funktionsstauung.

Hess Thaysen (3) hat aus seinen röntgenologischen Dickdarmstudien die Überzeugung gewonnen, dass im Gegensatz zur Auffassung der Anatomen die haustrale Segmentation eine Kontraktionserscheinung ist, nicht zu erklären aus einer Längendifferenz des Darmrohres und der Tänien.

Popper (8) empfiehlt das Röntgenverfahren zur Sicherstellung der Diagnose einer Darmperforation. Gas im Bauchraum sammelt sich bei aufrechter Stellung des Kranken an der höchsten Stelle unter der Zwerchfellkuppel und drängt Leber und Milz vom Zwerchfell ab. Es gibt im Röntgenbild eine charakteristische, klare, sichelförmige Aufhellungszone. Das Bild ist ein Frühzeichen der Magen- und Darmperforation. Ausser nach Perforationen von Magen- und Darmgeschwüren findet sich die angegebene Zeichnung nach Darmverletzungen sowie bei perforativer Appendizitis.

3. Magen und Dünndarm.

1. Barber, Dilatation of the duodenum. Annals of Surg. Nr. 4. Oct.
2. Barber, W. H., Chronic dilatation of the stomach. Med. Record. Vol. 87. Heft 18. May 1.
3. Beck, C., Plastic operations on the stomach. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 2. Febr.
4. Colt Bloodgood, Joseph, Stomach carcinoma. Its medical aspect. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LXIV. Nr. 25. p. 2031.
5. Brun, Hans, Magenchirurgische Probleme, insbesondere über die Wirkung der Gastroenterostomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 132. p. 511.
6. Callender, J. R., Gastric glands in Meckels diverticulum. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Vol. 101. p. 69.
7. Campbell, A. M., Benign tumors of the stomach. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 1. Jan. (Gestieltes Adenopapillom von Taubeneigrösse.)
8. Craglietto, V., Tre osservazioni di diverticolo di Meckel. Policlin. Sez. chir. XXI. 19. 1914.
9. Doolin, W., Experiments on the transplantation of gastric mucous membrane. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 1. Jan.
10. Einhorn, Max, Further remarks on syphilis of the stomach. Med. Record. March 13. (Verwechslung mit Krebs.)
11. *Ensterman, George B., The essential factors in the diagnosis of chronic gastric and duodenal ulcers. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 18. Oct. 30.

12. Erdmann, J. F., Carcinoma of the stomach. Med. Record. Vol. 88. Heft 1. July 3.
13. *Fitch Cheney, William, Gastric cancer as a sequal to gastric ulcer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 15. p. 1227.
14. *Finney, J. M. T., and Julius Friedenwald, Our experiences with gastroenterostomy a study of one hundred cases as compared with a similar number of cases of pyloroplasty. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Vol. 150. Heft 4. Oct.
15. Gibson, The tongue-depressor gastro-enterostomie clamp. Annals of Surg. Nr. 5. May. (Statt Darmklemmen werden gewöhnliche Holzspatel empfohlen, die an den Enden durch sterile Gummibänder gegeneinander gezogen werden.)
16. *Gross, Die Magenfistel mit Heberdrainage bei atonischen Zuständen des Magens und Darmes. Zentralbl. f. Chir. Nr. 44. p. 785.
17. *Gross, Heinrich, Zur Frage der Magen- und Darmentleerung bei atonischen Zuständen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. p. 766—767.
18. *Haberer, H. v., Meine Erfahrungen mit 183 Magenresektionen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 3. p. 533.
19. *Halpern, J., Über ein aminolytisches Ferment im Mageninhalt bei Karzinom. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 28. Nr. 4. p. 709.
20. *Hemmeter, J. C., The transition of gastric ulcer into carcinoma and of gastricarcinoma into ulcer. Med. Record. Vol. 88. Heft 1. July 3.
21. Koch, Über chronische Entzündungen der pylorischen Magenwand als Grundlage der gutartigen Pylorushypertrophie des Erwachsenen. Mit 3 Abbild. im Text. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. 16. Heft 2.
22. Lahey, Carcinoma of the small intestine. Annals of Surg. Nr. 4. Oct.
23. *Lieblein, Viktor, Das Ulcus jejuni und Ulcus gastrojejunale nach Gastroenterostomie. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 19. Nr. 1/2. p. 64.
24. *Van Lier, E. H., Pylorusausschaltung und Therapie des Ulcus duodeni. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 91. Heft 3. p. 459.
25. Luckert, Visible acute dilatation of the stomach during laparotomy. Journ of the Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 25. p. 20—55.
26. Martin and Carroli, The role of gastro-enterostomy in the treatment of ulcers. Annals of Surg. May. Nr. 5. (Besser Resektion!)
27. *Mayo, William, Gastric ulcer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 12. p. 1069.
28. — Chronic duodenal ulcer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 25. p. 2036.
29. Meyers, J., The diagnosis and treatment of cancer of the stomach; with a suggestion as to possible racial treatment of cancer. Med. Report. Vol. 87. Heft 21. May 22.
30. Niederle, B., Rupturen des Duodenum. Casopis lékaruv ceskych. Nr. 2.
31. *Nyström, Gunnar, Über Magendrainage durch Gastrostomie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 40.
32. *— Magendrainage durch Gastrostomie. Einige Worte anlässlich der Erörterung des Herrn Oberarzt Gross, Bremen, in diesem Blatte Nr. 44. Zentralbl. f. Chir. Nr. 48. p. 850.
33. *Ochsner, The relation between gastric ulcer and cancer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 13. p. 1073.
34. *Palmer, Walter W., The absorption of protein and fat after the resection of one-half of the small intestine. Amer. Journ. of Med. Science. 1914. Dec.
35. Peck, Charles, Benign lesions of the stomach and duodenum. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 8. p. 659.
36. Porter, Leather-bottle stomach. Annals of Surg. Nr. 1. July.
37. Quervain, F. de, Über Divertikelbildung am Magen, insbesondere über funktionelle Divertikel. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 28. Nr. 4. p. 690.
38. *Randisi, F., Ancora sull' esclusione pylorica. Clin. Chir. XXIII. 2.
39. Ribbert, Experimentelle Magengeschwüre. Mit 7 Abbildungen im Text. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. 16. Heft 3.
40. Rodman, W. L., Pylorectomy and partial gastrectomy or excision of the ulcer-bearing area in the treatment of gastric ulcer. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 1. Jan.
41. Silbergleit und Veith, Pylorusstenose und Magenverlagerung durch perigastritische Verwachsungen als Folge eines Schusses. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4. p. 100 bis 102.

42. Smithies, Frank, Symptoms and signs of gastric cancer. An analysis of 712 consecutive operatively and pathologically proved cases. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 44. Nr. 8.

43. *Soresi, Secondary ulcers of the stomach and jejunum. Formation of calculi around unabsorbable material uses in suturing the intestinal mucosa. Annals of Surg. March. Nr. 3.

44. Strauss, Alfred A., New methods of pyloroplasty for congenital pylorus stenosis. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 18. Oct.

45. Wendt, Zur Frage der operativen Behandlung des Ulcus duodeni. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 91. Heft 2. p. 282.

46. *Wulff, O., Über die Diagnose des Ulcus duodeni. Hospitalstidende. Jahrg. 58. Nr. 5. (Dänisch.)

47. *Wydler, Anton, Über die diagnostische Bedeutung der Pylorusverschiebung in verschiedenen Körperlagen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 133. p. 329.

48. *Zoeppritz, Heinrich, Die diagnostische Bedeutung der Eiweissbestimmung im Mageninhalt nach Salomon. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 5. p. 777.

Wydler (47) fand in zahlreichen Untersuchungen, dass die Verschieblichkeit des Pylorus im Liegen und Stehen innerhalb weiter Grenzen schwankt. Sie ist am grössten bei gesundem Magen, nimmt bei Magen- und Duodenalgeschwür ab und ist am kleinsten beim Magenkrebs. Diese Unterschiede sind diagnostisch verwertbar. Für die Operabilität eines Krebsfalles ist indes aus der Grösse der Verschieblichkeit ein Anhaltspunkt nicht zu gewinnen. Nach Wulff (46) ist eine sichere örtliche Diagnose des Magen- oder Duodenalgeschwürs vor der Operation nicht möglich. Enstermann (11) bringt aus der Klinik Mayos umfassende Untersuchungen über die Diagnose chronischer Magen- und Duodenalgeschwüre.

Van Lier (24) bezeichnet die Gastroenterostomie nach v. Hacker mit der Längsfaltung der Magenwand nach Moynihan-Mayo als das Normalverfahren für die chirurgische Behandlung des Ulcus duodeni. Nach Versuchen an Hunden ist zur Pylorusausschaltung das sicherste aber auch eingreifendste und nicht ungefährliche Verfahren das von Doyen-v. Eiselsberg. Die Raffnaht ergab schlechte Resultate, das Verfahren von Kelling erzielte, wenn auch keinen Verschluss, so doch eine starke Verengerung des Pylorus. Umschnürung des Pylorus mit einem Faden war ohne Erfolg, weil der Faden durchschnitt, weit besser erwies sich die Umschnürung mittelst Faszienstreifen nach Wilms; quere Einstülpung war nicht ganz zuverlässig, am besten die oben erwähnte Längsfaltung nach Moynihan-Mayo. Randisi (38) sah von der Fadenumschnürung bei ausreichender Breite des Bandes gute Erfolge. Finney und Friedenwald (14) ziehen auf Grund langer Beobachtung die Pyloroplastik der Gastroenterostomie bei gutartigen Magen- und Darmgeschwüren vor.

W. Mayo (27) hält Magengeschwüre für ernster, aber seltener als Duodenalgeschwüre. Er legt das Geschwür frei durch Abpräparierung des bedeckenden Lappens von Serosa und Muskularis, brennt es aus mit dem Thermokauter, vernäht Schleimhaut, Muskularis und Serosa, übernäht mit Netz. Anschliessend schildert Mayo sein Resektionsverfahren und seine Behandlungsart kallöser Geschwüre.

Nach den Erfahrungen von Zoeppritz (48) ist die von Salomon angegebene Eiweissbestimmung im Mageninhalt nicht geeignet zur Unterscheidung ulzerativer und nicht ulzerativer Prozesse des Magens. Positiver Eiweissbefund spricht, wenn die Diagnose zwischen Magenkrebs und chronischer Gastritis schwankt, mit Wahrscheinlichkeit für Karzinom, ist jedoch vor allem bei Stauung des Mageninhalts nur mit Vorsicht für die Karzinomdiagnose zu verwerten. Negativer Ausfall spricht mit grösster Wahrscheinlichkeit gegen den Krebs. Der Umstand, dass Stauung und Anazidität des Mageninhalts das Auftreten von Eiweiss begünstigen, ist bei der Beurteilung des Reaktionsausfalls zu berücksichtigen. Auch in klinisch normalen Magen ist in Ausnahmefällen Eiweiss nachweisbar, etwas häufiger bei chronischen Erkrankungen des Magens.

Nach Halpern (19) spielt keins der bisher bekannten Verfahren der Untersuchung des Mageninhaltes eine wesentliche Rolle in der Diagnostik des Magenkrebses. Alle Untersuchungen haben nur den Beweis erbracht, dass der Chemismus des Mageninhaltes bei Karzinom häufig in verschiedenen Richtungen von der Norm abweicht. Es scheinen zum Teil unbekannte Fermente bei diesen pathologisch veränderten chemischen Vorgängen im Magen eine wichtige Rolle zu spielen. Unter diesen Fermenten befindet sich eine Amidase, und zwar ein Enzym, welches aus Monoaminosäuren die Aminogruppe unter Bildung von Ameisen-

säure abspaltet. Diese Amidase ist bisher nur beim Magenkarzinom beobachtet worden. Sie stellt wahrscheinlich ein Sekretionsprodukt der Krebszellen dar. Längeren Beobachtungen an grösserem Material muss es überlassen werden, festzustellen, ob dieses Ferment ein brauchbares Frühzeichen des Magenkrebses darstellt, oder auch bei anderen Erkrankungen des Magens vorkommt.

Nach Hemmeters Untersuchungen (20) ist der Übergang des Magengeschwürs im Magenkrebs sehr selten (dreimal bei 232 Fällen von Magengeschwür). Ochsner (33) nimmt umgekehrt an, dass sich jeder Magenkrebs auf dem Grunde eines früheren Magengeschwürs entwickelt. Dass trotz des häufigen Duodenalgeschwürs der Duodenalkrebs so selten ist, liegt an der Begünstigung, die die Entwicklung des Krebses im Magen durch die Stase des Inhalts vielleicht durch Vermittlung irgend eines Keimes erfährt. Namentlich kommen unsaubere Nahrungsmittel wie frische Gemüse hierfür in Betracht. Nach Fitch Cheney (13) entsteht mindestens die Hälfte aller Magenkrebse auf der Grundlage eines früheren Geschwürs.

Sekundäre Geschwüre an der Gastroenterostomieöffnung führt Soresi (43) auf den Reiz des nicht resorptionsfähigen Nähtematerials zurück. Er schlägt für derartige Nähte die ausschliessliche Verwendung von Catgut vor. Über den Stand unseres Wissens, über das Ulcus jejuni und gastrojejunale nach Gastroenterostomie gibt im übrigen die umfassende Sammelarbeit von Lieblein (23) Auskunft.

Gross (16 und 17) und Gunnar Nyström (31 und 32) besprechen in vier Mitteilungen die Magendrainage durch Gastrostomie. Sie gewährleistet bei atonischen Zuständen des Magens und des Darmes eine ständige Entleerung der angestauten Massen und erlaubt zugleich eine sofortige Zufuhr beliebiger Mengen von per os eingeführter Flüssigkeit. Sie stellt bei allen atonischen Zuständen des Magendarmkanals ein wichtiges, ja unentbehrlich gewordenes therapeutisches Hilfsmittel dar. Besonders wird sie angewendet bei Bauchfellentzündungen, auch schon im Beginn bei nur drohender Atonie, beim Darmverschluss, sobald häufiges Erbrechen besteht und ein stärkerer Füllungsgrad des Magens vorliegt oder zu erwarten ist, bei akuter Magendilatation, infektiösen oder sonstigen (z. B. traumatischen) Erkrankungen in der oberen oder mittleren Bauchgegend, die eine Störung der Magenfunktion bedingen oder für die nächste Zeit wahrscheinlich machen, und nach Durchbruch eines Magen- oder Duodenalgeschwürs. Gross zieht die einfache Fistel mit 1 cm dickem Gummirohr vor, während Nyström den dicksten Weichgummikatheter durch einen Witzelschen Schrägkanal in den Magen einführt.

Besonders hingewiesen sei auf die ausführliche sachliche Arbeit v. Haberers (18) über Magenresektionen bei Krebs und Geschwür, die auf die Erfahrung über 183 selbst ausgeführte Resektionen aufgebaut ist.

Der Heilerfolg ausgedehnter Dünndarmresektionen hängt nach Palmer (34) in erheblichem Masse von der Beschaffenheit des zurückbleibenden Dünndarmteiles ab. Da nach Resektion des halben Dünndarmes der Verlust an Stickstoff durch den Stuhl 4—5 mal grösser, an Fett 5—6 mal grösser ist als normal, empfiehlt sich eine Diät mit wenig Fett und mässigem Eiweissgehalt. Der Indikangehalt des Harns ist hoch. An dem Stickstoffgehalt des Harns beteiligt sich Ammoniak in erheblich höherem Masse als in der Norm.

4. Dickdarm.

1. Gerster, Perienteritis membranosa. Annals of Surg. Nr. 1. July. (Ist meist entzündlichen Ursprungs.)
2. *Glen, J. Jones, Colonic and pericolonic abnormalities. Amer. Journ. of Med. Scienc. March.
3. *Klemperer, G., und L. Dünner, Über Colitis suppurativa und Ulcus chronicum recti. Therap. d. Gegenw. Nov. u. Dez. 56. Jahrg. Heft 11 u. 12.
4. Lobingler, Colocolostomy. Annals of Surg. Nr. 2. Febr. (Empfohlen im Verein mit Raffung des Lig. gastro-colicum zur Behandlung der Enteroptose.)
5. *Lynch, J. M., and J. W. Draper, The infected colon and its surgery. Med. Record Vol. 87. Heft 24. June 12.
6. *Moynihan, B., Intestinal stasis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 2. Febr.
7. Van Rooy, A. H. M. J., Carcinoom van het coecum als aanleiding tot een verkeerde gynaecologische diagnose. (Cökumkarzinom als Ursache einer gynäkologischen Fehldiagnose.) Nederl. Gyn. Vereeniging, Sitzg. vom 16. Mai. Bericht: Nederl. Tijdschr.

v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 1/2. S. 132. (Holländisch.) (Kasuistisch. 38jährige IIIpara. Seit sechs Monaten diffuse Schmerzen im Unterleib. Drückendes Gefühl nach der Vulva. Obstipation. Menstruation unregelmässig, schmerzhaft, profus, 7—8 Tage dauernd. Untersuchungsbefund: starke Enteroptose; Uterus nach links gedrängt durch einen mannsfaustgrossen, elastischen, von ihm und von der Beckenwand abgrenzbaren Tumor mit unebener Oberfläche. Diagnose: Cystoma ovarii, vielleicht maligne degeneriert. Bei der Laparotomie zeigt sich sofort, dass es sich um eine neben dem Uterus ins kleine Becken hineingesunkene, von der Gebärmutter unabhängige Geschwulst handelt. Es ist das vergrösserte, verdickte Cökum, in dem ein harter unebener Tumor zu fühlen ist. Resektion des Cökum inkl. 15 cm Ileum und des halben Colon ascendens. Ungestörte Heilung. Mikroskopisch Karzinom.) (Lamers.)

8. *Rost, Franz, Beitrag zur Lehre von der chronischen Obstipation und ihrer chirurgischen Behandlung. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 4. p. 627.
9. Russ, Chronic intestinal stasis with infection from a surgical point of view. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 9. p. 768.
10. *Smith, Rea, Ileocolostomie and colectomy for arthritis deformans. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 9. p. 771.
11. *Starkey, Frank R., Intestinal stasis. Med. Record. Jan. 9.
12. Wiener, J., A new operation for stricture of the rectum or sigmoid. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 2. Febr. (Bougierung unter Zuhilfenahme der Laparotomie.)
13. Williams, Chronic intestinal stasis as produced by obstruction at the ileocoecal region and at the hepatic flexure. Annals of Surg. Nr. 3. Sept.

In der Lehre von der chronischen Obstipation vollzieht sich gegenwärtig nach Rost (8) ein gewisser Wandel, der einen beträchtlichen Fortschritt anzubahnen scheint. Dieser Wandel wurde durch zwei Faktoren in den letzten Jahren herbeigeführt. Der eine ist die Verwendung von Röntgenstrahlen bei der Untersuchung Obstipierter; der andere wurde durch das chirurgische Angreifen der Obstipation gegeben. Aus den Erfolgen und Misserfolgen unserer Eingriffe haben wir gelernt, den Ort des Hindernisses im Dickdarm genau festzustellen. Dadurch wurde das Krankheitssymptom chronische Obstipation in einzelne leidlich umschriebene Krankheitsbilder aufgelöst. Diese Krankheitsbilder aufzustellen, sie aus der normalen Physiologie zu erklären und ihre chirurgische Angreifbarkeit zu erläutern, wird von Rost in methodischer umfassender Arbeit unter Berücksichtigung der Literatur unternommen. Starkey (11) bekämpft chirurgische Eingriffe bei intestinaler Stase. Die spätere Lebensgeschichte der Operierten ist die von chronisch Kranken mit stets wiederholten Operationen wegen neuer Verwachsungen und Beschwerden. Wenn man bei Rea Smith (10) und Moynihan (6) sieht — Moynihan selbst ist nur zum Teil damit einverstanden —, wie kritiklos das aufsteigende Kolon gegen rheumatische und tuberkulöse Gelenkerkrankungen und gegen alles mögliche andere exstirpiert wird, wird man der Warnung Starkeys die Berechtigung nicht absprechen.

Verwachsungen und Segelbildungen am Dickdarm entstehen nach Glen J. Jones (2) aus I. nervösen Ursachen, die zu atonischen Zuständen im Dickdarm führen, II. entzündlichen, III. mechanischen Ursachen, wie Absackung, Divertikelbildung, Ptosis, Knickungen und Stauungen des Inhalts. Als Folgen der Verwachsungen und Membranbildung im Kolongebiet nennt er örtliche Stauung des Darminhalts, Zersetzung des Inhalts durch Gärung und Fäulnis, Erweiterung der Lichtung und Senkungszustände, Entzündung und Steigerung der Anstauung, bakterielle Durchwanderung und Übertritt der Toxine in die dem Kolon benachbarten Gewebe. Die meisten Fälle sind bei genauer klinischer Durchforschung, Untersuchung mit Röntgenstrahlen und Berücksichtigung des Indikan- und Schwefelverbindungengehaltes im Harn ohne Eingriff heilbar. Den chirurgischen Eingriff soll eine Änderung fehlerhafter Lebensweise und eine angepasste Diät unterstützen.

Klemperer und Dünner (3) unterscheiden scharf zwischen Colitis supurativa und Ulcus chronicum recti, deren klinische Erscheinungen zwar ähnlich sind, die aber pathologisch-anatomisch und prognostisch wesentliche Unterschiede aufweisen. Während man bei der Kolitis nur kleine Geschwüre findet, fallen beim Ulcus chronicum grosse Ulzerationen auf, die erst in einer gewissen Entfernung vom Mastdarm beginnen. Die Colitis supurativa ist zuerst innerlich zu behandeln. Zeigt sich nach dreimonatlicher innerer Behandlung keine Besserung, kommt chirurgisches Vorgehen — Kunstafter am Cökum — in Frage. Beim Ulcus chronicum ist jede innere Behandlung erfolglos; auch ist noch nicht festgestellt, dass durch einen frühzeitig angelegten Kunstafter Besserung zu erzielen ist.

Lynch und Draper (5) ziehen bei vorgeschrittenen Fällen infektiöser Dickdarmerkrankungen der Kolostomie oder Appendikostomie die Ileostomie vor, die mehr den physiologischen und pathologischen Verhältnissen Rechnung trägt.

5. Appendix.

1. *Aaron, Charles D., Chronic appendicitis, pylorospasm and duodenal ulcer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 22. p. 1844.
2. *Anderson, B. H., Appendicitis as a sequela of tonsillitis. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Vol. 150. H. 4. Oct.
3. Bonn, H. K., A series of filiform appendices. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 1. Jan.
4. *Brunzel, H. F., Über die kryptogenetische Peritonitis, mit besonderer Berücksichtigung des peritonealen Infektionsmodus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 133. p. 233.
5. *Castle, Cystic dilatation of the vermiform appendix. Annals of Surg. Nr. 5. May.
6. Colley, Fritz, Letale Epityphlitis als Folge eines Streifschusses. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2. p. 43. (Streifschüsse der Bauchwand ohne Verletzung des Bauchfells.)
7. *Collin, Jonas, Linksseitige Schmerzen bei Appendizitis; deren Bedeutung für Diagnose und Behandlung. Bibliothek for Laeger. Jahrg. 106. p. 257. (Dänisch.)
8. *Dialti, G., Pseudomixoma del peritoneo di origine appendicolare. Clin. chir. XXII. 9. 1914.
9. *Eisner, Erich, Ein Beitrag zur Diagnose der destruktiven Appendizitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 132. p. 589.
10. *Frankenstein, O., Entzündungen der Appendix und der rechtsseitigen Adnexe. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte. 1914.
11. *Gage, Acute appendicitis occuring in the course of typhoid fever. Annals of Surg. August. Nr. 2. Amer. Surg. Assoc. number.
12. *Heile, Zur Technik der Appendektomie. Zentralbl. f. Chir. Heft 7. p. 97.
13. *Kroher, Karl, Beiträge zur Frage der Drainage bei Peritonitis nach Appendizitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 134. p. 297.
14. Ledderhose, G., Ein Fall von Appendizitis und ileocökaler Invagination. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 134. p. 360.
15. Longo, L., Le pseudoappendiciti. Policlinico. Sez. chir. XXII. 4 u. 5.
16. *Mc Williams, Clarence A., Reflex disturbances due to chronic appendicitis. Med. Record. Dec. 26.
17. *Mayer, August, Beitrag zu der operativen Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen und ihren Beziehungen zur Peritonitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 134. p. 363.
18. *Michaelsson, E., Über das sogenannte Pseudomyxoma peritonei der Männer. Hygiea. Bd. 77. Heft 11. (Schwedisch.)
19. Mudd, A specimen of auto-amputation of the appendix. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 14. p. 1179.
20. *Näh, H., Die Appendizitis in der allgemeinen ärztlichen Praxis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 31.
21. Neill, William, Exposure of appendix by Cullens method. Journ. of the Amer. Assoc. Vol. 44. Nr. 4. p. 299.
22. *Ogilvie, Pseudomyxomatous cyst of the appendix with calcification of walls. Report of a case. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 44. Nr. 8. p. 657.
23. Palamountain, Gangrenous appendicitis on the left side. A case of visceral transposition. Journ. of the Amer. Assoc. Vol. 64. Nr. 24. p. 1986.
24. Patry, G., L'appendicostomie. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 29.
25. *Pfeiffer, Appendicular obliteration. Annals of Surg. 1914. Nr. 4.
26. *Phemister, D. B., Pseudomucinous cyst of the appendix. Its relation to pseudomyxoma peritonei. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 22. p. 1834.
27. *Rivarola, Rodolfo A., Der Eiter bei akuten Appendizitiden, die bereits fieberfrei geworden sind. Revista de la Assoc. Med. Argentinia. Juni u. Juli.
28. *Samberger, F., Zur Ätiologie der Appendizitis. Casopis lékaru ceskych. Nr. 46.
29. Sturm, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes. Mit 2 Abbildungen im Text. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. 16. Heft 3.

30. *Tarnowsky, George de, Appendectomy throug the right inguinal canal. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 18. Oct.
31. Tosatti, C., Trombosi mesenterica concomitante a un appendicite. Ceco mobile, sinistro. Clin. chir. XXII. 11.
32. *Wolfsohn, G., Appendizitis und Typhus. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33.
33. Wolf, P., Der Wurmfortsatz als einziger Inhalt eines eingeklemmten Bruches. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. p. 531.
34. Znojemsky, J., Coecum mobile. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte. 1914.

Pathogenese.

Samberger (28) erfuhr von einem Kranken, dass er an appendizitischen Anfällen gelitten habe, solange er nachts auf der rechten Seite geschlafen habe. Sie seien weggeblieben, sobald er aus äusserer Veranlassung sich angewöhnt habe, auf der linken Seite zu liegen. Eine daraufhin angestellte Sammelforschung ergab, dass von den Blinddarmkranken 79% und von den sonstigen Kranken nur 45% gewohnt waren, auf der rechten Seite zu schlafen. Die Lage auf der rechten Seite führt zu Kotstauung im Cökum, die wiederum nicht ohne Grund mit der Entstehung der Appendizitis in Zusammenhang gebracht wird. Auch das hereditäre und familiäre Auftreten der Appendizitis wird dadurch erklärt, dass die rechte Seitenlage in manchen Kreisen als die hygienisch richtige angesehen wird. Besonders die Stadtbewohner schlafen rechts, um ihr Herz zu schonen, leiden dafür aber mehr an Appendizitis. Nicht kultivierte Völker erkranken seltener an Appendizitis, da ihnen das harte Lager einen Wechsel der Lage während der Ruhe vorschreibt. Nach Wolfsohn (32) können leichte, nur im Wurmfortsatz lokalisierte Typhusfälle unter dem Bilde der Appendizitis verlaufen. Muskelresistenz besteht nicht, das Allgemeinbefinden ist wenig gestört, der Leib ist leicht aufgetrieben, nur die rechte Darmbeingrube ist druckempfindlich. Die Körperwärme und dementsprechend der Puls sind erhöht; die Milz ist bisweilen vergrössert. Nach der Herausnahme des Wurmfortsatzes sind alle Beschwerden verschwunden. In fünf Fällen liessen sich im Wurm, nicht dagegen im Stuhl, Harn und Blut Typhusbazillen nachweisen. In erster Linie kommt das Bild bei Personen mit erhöhter Resistenz (Schutzgeimpften) vor. Gage (11) sah beim Typhus am neunten Tage nach der Abfieberung eine akute in Abszessbildung ausgehende Appendizitis. Im Wurm sass ein typhöses Geschwür, das zum Durchbruch geführt hatte. Aus dem Eiter wurden Typhusbazillen gezüchtet. Solche Geschwüre können auch während des fieberhaften Stadiums auftreten, endlich kann auch die Appendizitis zufällig mit einem Typhus zusammentreffen.

Anderson (2) vermehrt besonders die in der deutschen Literatur zahlreichen Beobachtungen über den Zusammenhang von Tonsillitis und Appendizitis um drei Fälle. Die Appendizitis ist hier Teilerscheinung einer Allgemeinaffektion, so dass stets schwere Erkrankungsformen (Gangrän) beobachtet werden.

Die Appendizitis-Morbidität ist nach Näh (20) am kleinsten im April, am grössten im Dezember-Januar.

Eisner (9) sucht die allein aus klinischen Symptomen bis dahin nicht mögliche Unterscheidung destruktiver Appendizitis von leichteren Fällen zu fördern. Bei festgestellter Diagnose Blinddarmentzündung spricht ein vermehrter Urobilinogenbefund im Harn für eine schwere destruktive Form. Nur die Farbstärke der nach Ehrlich vorgenommenen Reaktion von der Röte des Himbeersyrups bis zu der intensiven tiefroten Farbe des Burgunderweins ist pathologisch.

Linksseitige Schmerzen kommen nach Jonas Collin (7) bei Appendizitis in drei Typen vor. 1. häufig als initiale Schmerzen, 2. anhaltende, bei abnorm liegendem Wurme, 3. bei linksseitiger Bauchfellentzündung.

Klinik.

Zu den Reflexstörungen infolge chronischer Appendizitis rechnet Mc Williams (16) die Nabel- und Bauchkoliken der Kinder, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür ähnliche Beschwerden Erwachsener, Fälle mit Übelkeit, Erbrechen, Luft im Magen, mit chronischer Verstopfung, endlich Fälle mit rein neurasthenischen Zeichen.

Aaron (1) konnte vor dem Röntgenschirm bei chronischer Appendizitis durch schmerzhaften Druck auf die Blinddarmgegend Pylorospasmus auslösen. Dieser Vorgang erscheint ihm für die Entstehung des Zwölffingerdarmgeschwüres von Bedeutung.

Die Wechselbeziehungen zwischen Appendizitis und rechtsseitigen Adnexentzündungen werden nach Frankenstein (Klinik Pitta) (10) überschätzt. Indes soll bei allen Bauchschnitten der Wurm, wenn sich entzündliche Veränderungen an ihm finden, entfernt werden. Differentialdiagnostisch ist kein Symptom sicher entscheidend. Jede Frau, die unter dem Zeichen der Perityphlitis erkrankt ist, ist per vaginam zu untersuchen. Die rechtsseitigen Adnexgeschwülste sind nicht durch die Scheide zu operieren. Bei positivem Befunde per vaginam ist auch bei Perityphlitis der Schnitt in der Mittellinie zu führen. Bei entzündlichen rechtsseitigen Adnexgeschwülsten ist weniger konservativ, mehr operativ vorzugehen.

Nach Pfeiffer (25) ist die obliterierende Appendizitis keine Alterserscheinung, sondern eine Krankheit. Sie kommt nicht nur im hohen Alter vor, geht mit klinischen Erscheinungen einher und weist entzündliche Erscheinungen in der Umgebung des Wurmes auf.

Das eigenartige Krankheitsbild der Schleimzyste des Wurmfortsatzes, die zu Pseudomyxombildungen am Bauchfell und Netz führen kann, wird besonders ausführlich von Dialti (8), ferner von Castle (5), Michaelsson (18), Ogilvie (22) und Phemister (26) besprochen. Das Krankheitsbild kommt nur zustande, wenn alle eitrigen und adhäsiven Momente fehlen und wenn das Bauchfell als Nährboden der Schleimmassen geeignet ist. Es wird meist bei Männern beobachtet. Michaelsson und Phemister gelang es nicht, die Krankheit in Hundeversuchen hervorzurufen.

Behandlung.

Tarnowsky (30) empfiehlt die Appendektomie bei der Operation der rechtsseitigen Inguinalhernie vom Hernienschnitt aus vorzunehmen. Heile (12) empfiehlt vor der Abtragung des Wurmfortsatzes die Anlegung zweier weitfassenden Haltezügel unmittelbar an der Basis des völlig gelösten Wurmes, so dass der Stumpf nach Entfernung des Wurmes selbständig in die Tiefe der dadurch gebildeten Falte verschwindet.

Die starke Seite der mit dem Preis der medizinischen Fakultät zu Leipzig ausgezeichneten Arbeit Krohers (13): „Beiträge zur Frage der Drainage bei Peritonitis nach Appendizitis" ist die Darstellung der geschichtlichen Entwicklung der Drainage und Tamponade des Bauchraums. Aus umfangreichen statistischen Arbeiten des Materials der Leipziger chirurgischen Universitätsklinik, sowie aus Mitteilungen erfahrener Chirurgen gewann Kroher den Eindruck, dass die Drainage bei diffuser, eitriger Peritonitis bei weitem nicht die Hoffnung erfüllt, die man hier und andernorts auf sie gesetzt hat. Versuche an Kaninchen führten nicht zum Ziel, da es auf keine Art gelang, beim Kaninchen diffuse eitrige Peritonitis hervorzurufen.

Rivarola (27) verwirft die Drainage des Bauchfells nach appendizitischen Eiterungen, sofern der Kranke völlig entfiebert ist. Der Eiter wird mechanisch entfernt, die Abszesshöhle mit Äther desinfiziert, dann das Bauchfell geschlossen.

Bei kryptogenetischer Peritonitis soll nach Brunzel (4), da eine Appendizitis nie ganz auszuschliessen ist, der Wurmfortsatz stets zunächst freigelegt und auch, wenn er mikroskopisch gesund erscheint, exstirpiert werden.

Wenn auch nicht unmittelbar hierhin gehörig, so sei hier doch die Arbeit von Aug. Mayer (17) aus der Tübinger Klinik Sellheims erwähnt, der bei ausdrücklicher Zustimmung zum operativen Vorgehen der Chirurgen bei appendizitischen Erkrankungen das konservative Verhalten der Gynäkologen bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe entgegen Amberger dringend empfiehlt.

6. Anus und Rektum.

1. *Becker, Johannes, Eckehornsche Operation des Prolapsus ani bei einem Erwachsenen. Zentralbl. f. Chir. Heft 43. p. 772.
2. Bonnot, E., Quinine after rectal operations. Med. Record. Vol. 88. Heft 19. Nov. 6. (Wässerige Chininlösung unmittelbar und sechs Stunden nach dem Eingriff örtlich verwendet beseitigt Schmerzen und Tenesmen, so dass Morphium unnötig ist.)
3. Fiske Jones, Daniel, A two-stage combined abdomino-sacral operation for carcinoma of the rectum. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 9. p. 577.
4. *v. Noorden, C., und A. Caan, Über Radiumbehandlung der Hämorrhoiden. Therapeut. Monatshefte. Bd. 29. Heft 6.
5. Savini, Carlo, The excision of the fistulous tract in the treatment of fistula in ano. Med. Record. Vol. 88. Nr. 16. Whole. Nr. 2345. Oct. 16. (Nach der Fistelexstirpation folgt die Naht.)

6. Schäfer, Beitrag zur Technik der hohen Rektumamputation. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 51.
7. Svindt, Ingv., Ein Fall von Prolapsus recti, geheilt durch freie Faszientransplantation. Hospitalstidende. Jahrg. 58. Nr. 22. (Dänisch.)
8. *Tillmann, Eine unblutige Radikaloperation der Hämorrhoiden durch einfache Naht. Zentralbl. f. Chir. Heft 41. p. 737.
9. *Tölken, R., Die Eckehornsche Operation des Mastdarmvorfalls bei Kindern. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. p. 427—429.

Tölken (9) hat mit der Eckehornschen Operation des Mastdarmvorfalls bei Kindern recht gute Erfahrungen gemacht. Die Technik ist einfach. Bei reponiertem Prolaps und hochgeschobenem Darm wird gegen den im Mastdarm liegenden Zeigefinger von aussen neben dem unteren Teil des Kreuzbeines her eine armierte gestielte Nadel bis in den Mastdarm eingestochen und zum After hinausgeführt. Ein starker Seidenfaden wird eingefädelt und durch Zurückziehen der Nadel durch den After herauf und nach aussen über die Haut des Kreuzbeines durchgeführt. In gleicher Art wird von der anderen Seite das andere Ende des Fadens heraufgezogen. Die Schlinge des Fadens liegt nunmehr im Darm. Die beiden Enden werden aussen auf dem Kreuzbein über einen Tupfer verknüpft. Becker (1) hat von dieser perkutanen Rektopexie, für die er eine ähnliche Technik verwandte, auch bei einem Erwachsenen sehr guten Erfolg gesehen.

v. Noorden und Caan (4) haben Hämorrhoiden mit 600—1200 Milligrammstunden Radiumbromid in 14 Tagen bis 4 Wochen so günstig beeinflusst, dass sie zu weiteren Versuchen auffordern.

Tillmann (8) empfiehlt ein blutstillendes Nahtverfahren bei der Hämorrhoidenoperation, das einfach ist und schnelle Wundheilung verbürgt

---

D. Leber und Gallenwege.

1. Boas, Meine Erfahrungen über die Behandlung der Cholelithiasis. Therap. d. Gegenw. 56. Jahrg. Heft 12.
2. *Bookmann, M. R., A diagnostic sign in inflammation conditions and traumatisms in and about the liver. Med. Record. Vol. 78. Heft 4. July 24.
3. *Crohn, Burril. B., New growths involving the terminal bile and pancreatic ducts: their early recognition by means of duodenal content analyses. Amer. Journ. of the Med. Scienc. 1914. Dec.
4. Deaver, A report of the cases of gall-stone disease operated during the year 1914. Annals of Surg. August. Nr. 2. Amer. Surg. Assoc. number.
5. *Frank, L., Gall-bladder infections: their treatment from a surgical view-point. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 3. March.
6. Gerster, John C. A., The feeding of bile collected from biliary fistulas in obstruction of the common duct. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 22. p. 1900. (Hatte Besserung im Allgemeinbefinden zur Folge.)
7. Horn, Situs viscerum inversus with gall-stones. Annals of Surg. Nr. 4. Oct.
8. Hubbard and Kimpton, Gallstones. Annals of Surg. Nr. 5. May. (Mit statistischen Angaben.)
9. Irwin and Carty, Papilloma of the gall-bladder. Annals of Surg. June. Nr. 6.
10. Kehr, Die Schwierigkeit der Erkennung des Gallenblasenkrebses am Anfang und Ende dieser Krankheit. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45.
11. *Körte, W., Über die Aussichten der chirurgischen Behandlung der Gallenwegserkrankungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 5. p. 134.
12. Landau, Kurze Mitteilungen über einen Fall von Schussverletzung der Leber. Zeitschrift f. ärztl. Fortbild. Nr. 16.
13. Landau, L., Cholaskos nach Schuss durch die Leber. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4. (Ohne entzündliche Erscheinungen operativ geheilt.)

14. *Medack und Pribram, Klinisch-pathologische Bewertung von Gallenuntersuchungen am Krankenbett. (I. med. Univ.-Klinik Wien, Prof. Dr. Wenckebach.) Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27 u. 28.
15. *Narath, Albert, Die arterio-venöse Anastomosis an der Pfortader als Mittel zur Verhütung der Lebernekrose nach Unterbindung der Arteria hepatica. Zentralbl. f. Chir. Heft 1. p. 1.
16. Orth, Oskar, Nekrotisieren der Cholecystitis typhosa. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. p. 1397 u 1398. (Der Befund macht den Eindruck einer Embolie im Sinne einer Pankreasnekrose.)
17. *Panner, H. J., Über den Nachweis von Gallensteinen mit Röntgenstrahlen. Hospitalstidende. Jahrg. 58. Nr. 7. 1916. (Dänisch.)
18. *Peterson, R., Gall-stones during the course of 1066 abdominal sections for pelvic disease. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. March. Nr. 3.
19. *Rovsing, Th., Studien über die Pathogenese der Gallensteine. Hospitalstid. Jahrg. 5. Nr. 11. (Dänisch.)
20. Wightman, Accessory cystic duct. Western med. Review. April.
21. Yeomans, Frank, Primary carcinoma of the liver. Operation for recurrence overseven years after primary operation. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 44. Nr. 16. p. 301. (Nach der zweiten Operation gestorben.)

Bookmann (2) führt in unklaren Fällen zur Feststellung von entzündlichen oder traumatischen Veränderungen der Leber einen Finger in die Nabelgrube und zieht den Nabel bei entspannten Bauchmuskeln nach abwärts. Der Zug überträgt sich auf das Lig. teres und löst bei den erwähnten Erkrankungen der Leber und ihrer Umgebung Schmerzen aus.

Narath (15) hat sich seit Jahren mit der Frage beschäftigt, wie der Leber nach Unterbindung der Leberschlagader arterielles Blut zuzuführen sei. Zahlreiche Tierversuche und Erfahrungen an Kranken ergaben, dass die Leber zum Leben mithin auch zur Funktion des arteriellen Blutes bedarf. Wird ihr das arterielle Blut entzogen, so verfällt sie der anämischen Nekrose. Das Blut der Pfortader ist nicht imstande, das Absterben des Parenchyms zu verhüten. Leitet man dagegen an irgend einer Stelle einen Strom arteriellen Blutes in die Pfortader, so wird den Leberzellen durch die Mischung des arteriellen und des Pfortaderblutes der nötige Sauerstoff zugeführt. Nekrosen entstehen nicht. Als blutzuführende Gefässe können dienen die durchtrennte eigentliche Leberschlagader, oder eine ihrer Äste, die durchtrennte rechte oder linke Magenschlagader, die A. gastroepiploica, die Art. pancreatico duodenalis, die Art. lienalis, vielleicht auch Äste der Art. mesenterica superior. Zu anastomosieren ist die Schlagader mit der Pfortader. Ist das nicht durchführbar, so kann eine Verbindung mit der gleichnamigen Begleitvene stattfinden.

Rovsing (19) fand bei Untersuchungen zur Pathogenese der Gallensteine bei den meisten seiner 320 Gallensteinoperationsfälle den Gallenblaseninhalt steril. Er lehnt somit die Theorie des infektiösen Ursprungs der Gallensteine ab und führt ihre Entstehung auf die Ausfällung von Pigmentkalk bei zu starker Konzentration der Galle zurück, wie sie bei Schwangerschaft und Geburt und nach lange dauernden Infektionskrankheiten mit hohem Fieber stattfinden kann.

Panner (17) gelang achtmal der Nachweis von Gallensteinen mittelst des Röntgenverfahrens.

Peterson (18) fand Gallensteine sehr häufig gleichzeitig mit Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, besonders bei Frauen über 40 Jahren, die geboren haben. Bei abdominalen gynäkologischen Eingriffen sind die Gallensteine zu entfernen, soweit es sich nicht um eitrige oder gynäkologische Erkrankungen handelt.

Gallenblasenentzündungen ohne Steinbildung trotzen nach Frank (5) am hartnäckigsten jeder Art von Behandlung. Nur durch Ektomie wird Heilung erzielt. Bei akuter eitriger, auch gangränöser Cholecystitis ist die Gallenblase von möglichst kleinem Bauchschnitt aus zu drainieren. Steine müssen nötigenfalls später entfernt werden. In der Empfehlung der Kystotomie bei akuter Entzündung weicht Frank von den Ansichten der meisten deutschen Gallensteinoperateure ab, wie sie in einer kurzen und klaren, mit Zahlen und eigenen sowie fremden Erfahrungen gestützten Übersicht von Körte (11) über die Aussichten der chirurgischen Behandlung der Gallenwegserkrankungen niedergelegt sind.

Die Ergebnisse der Untersuchung der mittelst Duodenalschlauchs gewonnenen Galle werden von Medack und Pribram (14) in lesenswerter Arbeit besonders für die innere Medizin und von Burril B. Crohn (3) für die Chirurgie verwertet.

E. Milz.

1. Bernstein, E. P., Gaucher-splenomegaly diagnosed by spleen puncture before operation. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 22. p. 1907.
2. Dowd, Cavernous angioma of the spleen. Annals of Surg. August. Nr. 2. Amer. Surg. Assoc. number. (37jährige Frau; Tod an perniziöser Anämie.)
3. *Elting, Abscess of the spleen. Annals of Surg. August. Nr. 2. Amer. Surg. Assoc. number.
4. *Gerster, John, Ligation of the splenic and gastro-epiploica sinistra arteries in the surgery of the spleen. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol 65. Nr. 6. p. 527.
5. Giffin, Clinical notes on splenectomy. Annals of Surg. August. Nr. 2. Amer. Surg. Assoc. number. (Übersicht über die Operationen der Mayoschen Klinik.)
6. *Kokoris, D., Über die Splenektomie bei Kala-azar. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30.
7. *Krull, J., Über die Bantische Krankheit. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Nr. 4.
8. Krumbhaar, E. B., A classification and analysis of clinical types of splenomegaly accompanied by anemia. Amer. Journ. of the Med. Scienc. 150. 2.
9. Kumaris, Joh., Milzdermoid und Wandermilz. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 4. p. 699. (Operation unter der Diagnose Ovarialkystom, Exstirpation war nicht möglich.)
10. Lee, Roger, Beth Vicent and Oswald Robertson, Immediate results of splenectomy in pernicious anemia. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 3. p. 215. (Weitgehende Besserung, so dass sich bei perniziöser Anämie die Exstirpation empfiehlt.)
11. Levy, S., Milzruptur beim Rodeln. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 889—900. (Exstirpation gleich nach dem Unfall, geheilt.)
12. *Lindbom, Oskar, Zur Kenntnis der chronischen Milzvenen- und Pfortaderthrombose, ein Banti-ähnliches Krankheitsbild. Hygiea. Bd. 77. Heft 13. (Schwedisch.)
13. *Mayo, Surgical considerations of splenectomy. Annals of Surg., August Nr. 2. Amer. Surg. Assoc. number. (Technische Anweisungen.)
14. *Paus, Nikolai, Milzabszess. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 133. p. 233.
15. Roblee, Splenectomy in primary pernicious anemia. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 44. Nr. 10. p. 796.
16. Tenani, O., Ricerche sperimentali sulla splenopessia intra- ed extraperitoneale. Clin. chir. XXIII. 2.
17. Wilson, Splenic anaemia. Annals of Surg. August. Nr. 2. Amer. Surg. Assoc. number. (Untersuchungen von 31 wegen Anämie verschiedener Art entfernten Milzen.)
18. Zaccarini, Ciacomo, Ein Fall von Splenomegalie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 132. p. 406. (Ausgiebige histologische Untersuchungen, Literatur.)

Paus (14) und Elting (3) teilen je einen Milzabszess mit. Nach Paus kommen Milzabszesse am häufigsten vor bei Rekurrens, seltener bei Pyämie, Leukämie, Malaria und Typhus abdominalis. Elting hält Typhus für die häufigste Ursache, dem sich Malaria und Trauma anschliesst. Diagnose schwierig. Behandlung Einschnitt oder Splenektomie.

Nach Krull (7) ist die Bantische Krankheit eine abweichende Form der Leberzirrhose nach Laennec. Der splenogene Charakter der Leberzirrhose wird mehr und mehr unwahrscheinlich. Die Bantische Krankheit ist ein Symptomenkomplex, der aus den verschiedensten Ursachen entstehen kann. Nähere Beziehungen zwischen der Bantischen Krankheit und den primären oder idiopathischen Splenomegalien bestehen nicht. Lindbom (12) unterscheidet ein durch Milzvenen- und Pfortaderthrombose infolge Lues entstandenes bantiähnliches Krankheitsbild vom echten Banti, da die primären Veränderungen nicht in der Milz, sondern in den venösen Gefässen zu suchen seien.

Entgegen der bisherigen Erfahrung, nach der bei Kala-azar die Splenektomie meist nur vorübergehende Besserung zur Folge hat, sah Kokoris (6) unter drei Ektomien einen Fall mit dauernder, jetzt schon drei Jahre anhaltender günstiger Wirkung.

Mayo (13) benutzt zur Splenektomie einen dem linken Rippenbogen parallel laufenden, in der Mittellinie beginnenden Schnitt. Die Gefässe am Hilus müssen gut isoliert werden. Die Schlagadern müssen vor den Blutadern unterbunden werden. Operationsmortalität 8—9%. Gerster (4) empfiehlt wegen der schwierigen Zugänglichkeit der Hilusgefässe die zeitweise oder dauernde Unterbindung der A. lienalis und gastroepiploica sinistra.

F. Bauchspeicheldrüse.

1. Bindslev, H., Drei Fälle von Pancreatitis haemorrhagica acuta. Hospitalstidende. Jahrg. 57. Nr. 15. (Dänisch.)
2. Gelpke, Ein Fall von Pankreaszyste nach Unfall. Schweizer Zeitschr. f. Unfallmed. Nr. 4. 1914. (Fünf Monate nach einem Fall auf den Bauch aufgetreten, Operation, Heilung.)
3. Ipsen, Johs., Pankreaszysten. Hospitalstidende. Jahrg. 57. Nr. 29. u 30. (Dänisch.)
4. Linder, W., Acute hemorrhagic pancreatitis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 4. Febr.
5. Mehlis, Über akute Pankreatitis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13 u. 14.
6. Sobotta, J., Anatomie der Bauchspeicheldrüse (Pankreas). 26. Lieferung des Handbuchs der Anatomie des Menschen bei Gustav Fischer, Jena.
7. Sweet and Simons, Some experiments of the surgery of the pancreas. Annals of Surg. March. Nr. 3. (Zwischen Pankreas und Darm ist künstliche Anastomose möglich.)

VII.

Ligamente und Tuben.

Referent i. V.: Prof. Dr. J. Veit, Halle.

a) Vordere Bauchwand, Hernien.

1. Andersch, E., Bauchdeckenfibrome der Frau, Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie. Inaug.-Diss. Greifswald 1913. (Sechs Fälle derart.)
2. *Bantelmann, F., Über Dauererfolge der Operation von Bauchnarbenhernien. Inaug.-Diss. Kiel.
3. *Du Bosc, New Operation for Umbilical Hernia. Surg., Gyn. and Obst. Dec.
4. *Fairfield, Operation for Cure of Hernia Between Abdominal Recti. Surg., Gyn. and Obst. Dec.
5. Kalb, Über die Behandlung der ausgedehnten Rektusdiastasen mittelst der Mengeschen Operation. Wiss. Verein der Ärzte zu Stettin. 8. Sept. Berl. klin. Wochenschr. 1916. p. 21. (Bericht über Erfolge derart.)
6. Keyes, A. B., Bauchwandhernien. Amer. Journ. of Obst. Sept. 14. (Gute Zusammenstellung, ohne Neues zu bringen.)
7. Landmann, K., Über Radikaloperation der umbilikalen, subumbilikalen und postoperativen Hernien der Linea alba nach Menge. Wiener klin. Rundschau. 1914. Nr. 31. (48 Fälle, rezidivfrei, soweit bekannt.)
8. Mc Glannan, A., Massive Umbilical and Ventral Hernias. Surg., Gyn. and Obst. June.
9. Morestin, H., Hernie ombilicale gigantesque et lipome sous-péritonéal de dimensions énormes. Symphyse à peu près complète des feuillets du péritoine. Ascite partielle. Ulcération des enveloppes de la hernie et infection de la loge péritonéale persistante. Ann. de gyn. Tome 41. p. 404. (Ursache vielleicht früher überstandener Aszites aus unbekannter Ursache. Tod an den Folgen der Operationsversuche.)
10. Pinkham, A case of visceroptosis with results of operation. New York. Obst. Soc. March 9. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 321. (1. Laparotomie, Nephropexie. 2. Laparotomie, Magenfixation!)

11. Späth, Plattes, walnussgrosses Fibroid der Bauchfaszien. Geb. Ges. Hamburg. 16. Febr. Zentralbl. f. Gyn. p. 249.
12. *Sprengel, Ursache und Behandlung der postoperativen Bauchbrüche. Arch. f. klin. Chir. Bd. 105. Heft 1.
13. Strassmann, P., Bauchdeckengeschwülste. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 529.
14. v. Wrzeniowski, Die Überlappung der Bauchwand bei Operationen von Brüchen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 1. (Siehe vorigen Jahresbericht. p. 95/96. Nr. 21.)
15. Zikmund, Desmoidgeschwülste der Bauchwand. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte. 1914. (Vier Fälle. Ausgang tiefe Schichten der Bauchwand. Ein Tumor war besonders gewachsen unter dem Einfluss einer Gravidität.)

Sprengel (12) unterscheidet die Bauchdeckenlähmung infolge von Nervendurchschneidung von der Bauchdeckendehnung und diese von den eigentlichen Bauchbrüchen. Prophylaktisch wird besonders die Einschränkung der Drainage empfohlen. Zur Naht der Bauchhernien wird Freilegung der gesunden Umgebung eventuell mit freier Faszientransplantation empfohlen.

Bantelmann (2) kommt zu dem Schluss, dass in bezug auf die Bildung der Hernien der Längsschnitt dem Querschnitt gleichsteht. Es ist das Hauptgewicht auf gute Versorgung der Faszie zu legen.

Du Bosc (3) will bei Nabelbruch den Sack isolieren, öffnen, den Inhalt reponieren und den Sack abschneiden; dann macht er einen queren Schnitt am oberen, und einen gleichen am unteren Ende des Bruches durch die Faszie; so bildet er zwei Lappen, die er mobilisiert. Nach Abschluss der Bauchhöhle gelingt es so, in mehrfacher Lage durch die Faszie oder Rekti den Bruch zu schliessen.

Fairfields (4) Operation will die beiden Faszien der Rekti so vereinen, dass die beiden Rekti in einer einzigen Faszienlage sich befinden.

---

b) Hämatocele.

(Nichts zu referieren.)

---

c) Adnexe im allgemeinen, Lig. latum und rotundum.

1. Abel, K., Acetonal-Vaginalkugeln bei der Behandlung chronisch-entzündlicher Adnexerkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. p. 1067. (Zuerst Alsol-Vaginalkugeln; jetzt Azetonal empfohlen, weil ohne Reizwirkung Alsol hier konzentriert vorliegt. Besserung erzielt auch, wenn Patientinnen die Kugeln sich selbst einführen.)
2. Amberger, Beiträge zur operativen Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen und deren Beziehungen zu Peritonitis. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 91. Heft 2. (Will bei Pyosalpinx sowie bei akuter Peritonitis stets operieren. Wendet ausgiebig die Drainage an.)
3. Aubert, L., L'excision transversale cunéiforme du fond de la matrice d'après O. Beuttner. Revue de gyn. 1914. p. 465. (Grundsätzlich warme Empfehlung des Verfahrens.)
4. Coopman, H. L., Über konservierende und operative Behandlung chronischer Adnexerkrankung. Zentralbl. f. Gyn. p. 257. (Vier Fälle. Grundsätzlich konservativ; wenn vergeblich, Kolpotomie; bei Rezidiv Laparotomie mit Erhaltung von Ovarialrest. Uterusentfernung möglichst selten. Appendix soll stets mit entfernt werden.)
5. Fothergill, W. E., Varicocele in the Female. Clin. Journ. March 3. (Will Leibschmerzen ohne objektiven Befund im Becken als Varicocele deuten und durch Venenunterbindung heilen [!]).

6. *Fromme, Über die Behandlung chronischer Entzündungen des Genitalapparates mit ultravioletten Strahlen. Geb.-gyn. Ges. Berlin. 10. Juli 1914. Zentralbl. f. Gyn. p. 598.
7. Heller, J., Über Tumoren des Ligamentum rotundum uteri. Inaug.-Diss. Berlin 1913. (Ein Myom mit Nekrose, ein zweites mit epithelialen Elementen.)
8. Jacobi, A., Kreuzschmerz und Parametritis posterior. Med. Record. 26. Sept. 1914. (Betonung der grossen Bedeutung der Parametritis posterior. Therapie Resorbentien.)
9. Jaque, Case of Pelvic Cellulitis or Phlegmon Ligneux of Pelvic. Amer. Journ. of Obst. Jan. 1916.
10. Mayer, A., Operative Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen und ihre Beziehung zur Peritonitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 134. Heft 4. (Darstellung der heutigen Indikationsstellung in ihrem Unterschied gegen die Appendizitis.)
11. *Neisser, A., Zur Frage der Adnexerkrankungen. Med. Klinik. Nr. 18.
12. Recasens, Die Diathermie als Behandlungsmittel bei anexialen Entzündungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 130. (Warme Empfehlung des Verfahrens auf Grund klinischer Beobachtungen.)
13. De Rouville, Quelques réflexions sur un cas de tuberculose annexielle. Réun. obst. et gyn. de Montpellier. 3 Juin 1914. Ann. de gyn. Tome 41. p. 480. (Mangelhafte Anlage oft in Verbindung mit Tuberkulose. Amenorrhoe, Fehlen der Corpora lutea.)
14. Schmidt, H., Heilung entzündlicher Beckentumoren mittelst galvanischer Schwachströme. Therap. d. Gegenw. 12. (Gute Erfolge.)
15. Schönwitz, W., Biozyme-Bolus in der gynäkologischen Praxis. Therap. d. Gegenw. 12. (Medizinische Kulturhefe und kieselhaltige Tonerde. Trockenantiseptikum bei Fluor, Kolpitis, Vulvitis.)
16. Simpson, F. F., A Precise Method of Chovsing a safe Time for Operation in Pelvic Inflammation of Tubal Origin. Amer. Gyn. Soc. May. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 693. (Das akute Stadium muss vorbei sein; Fieber darf seit drei Wochen nicht mehr bestehen; auch nach der kombinierten Untersuchung darf kein Fieber mehr auftreten; alles Exsudative muss resorbiert sein.)
17. Taylor, N. C., Tuberkulose der uterinen Adnexorgane. Journ. Amer. Med. Assoc. 11. Sept. p. 950.
18. *Ward, G. G., Clinical observations on the treatment of acute pelvic inflammation. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 882.
19. *Xatruch, Barbera, Colpotomie et laparotomie, leurs indications dans les suppurations pelviennes. Boletin de la Assoc. de Med. Julio. Ref. La Presse méd. 11 Nov. p. 456.

Xatruch (19) will die Eröffnung der Bauchhöhle von der Scheide aus vornehmen bei Tumoren, die den Douglasschen Raum vorwölben, bei akuten Erkrankungen und schweren Veränderungen der Tube, in letzterem Fall als Vorbereitung zur Laparotomie. Bei puerperaler Infektion mit Beckenexsudation neigt er zur vaginalen Uterusexstirpation behufs besserer Drainage. Bei einseitiger Tubenerkrankung zieht er die Laparotomie von oben vor.

Fromme (6) berichtet vortreffliche Erfolge von der Bestrahlung entzündlicher Anhangserkrankungen mit der Höhensonne.

Ward (18) ist der Meinung, dass viele Fälle von puerperaler Parametritis und manche Fälle von Perimetritis ohne Abszessbildung ausheilen; Curettieren oder sonstige intrauterine Eingriffe führen oft zur Vereiterung dieser Prozesse. Inzision ist nicht immer nötig; sie ist nur bei sicherer Lokalisation und gleichzeitiger Allgemeininfektion angezeigt. Die Operation, welche den Vorzug hier verdient, ist der Einschnitt und die Drainage von der Scheide; doch soll das Drainrohr nicht zu früh entfernt werden.

A. Neisser (11) meint, dass keineswegs alle Adnexerkrankungen gonorrhoisch seien. Nur exakte bakteriologische Untersuchungen sind imstande, diese Frage zu entscheiden. Sie ist wichtig wegen der Unwirksamkeit der Vakzine in manchem Fall; dies ist erklärlich, wenn gar keine Gonorrhoe vorliegt.

---

d) Tuben.

1. *Auvray, Pyosalpinx mit Durchbruch in die Blase. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Juill. 1914. (Drei Fälle derart. Entstehung ohne Erscheinungen. Abdominale Exstirpation des Uterus und der Adnexe. Führte nur einmal zum Erfolg; zwei Fälle starben.)
2. — Eitrige Salpingitis. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nov. 1914.
3. Frankl, O., Zur Pathologie der Salpingitis. Wiener med. Wochenschr. Nr. 42. p. 1568. Geb.-gyn. Ges. Wien. Wiener klin. Wochenschr. p. 774. (Tubenverschluss entsteht durch Pseudomembranen, durch Anlagerung von Ovarialzysten und durch Endosalpingitis. Ein Präparat der letzteren Art demonstriert.)
4. Gibbon, Fitz Gibbon, Ein Fall von Tubentuberkulose unter toxischen Erscheinungen. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Jan. p. 23. (Nach Uterusexstirpation wegen Adnextuberkulose Besserung auch der Sehschärfe. Verf. nimmt Aufhebung der Intoxikation als Ursache der Besserung an.)
5. Goldstine, Operative Treatment of Salpingitis. Surg., Gyn. and Obst. August.
6. Gouilloud, Salpingolysis pour stérilité. Grossesse consécutive. Ann. de gyn. Tome 41. p. 394. (Ein Fall derart.)
7. Hoffmann, L. N., Polypus of Fallopian Tube. Journ. Amer. Med. Assoc. Oct. 26. p. 1360. (Ein Fall, der Tubenschwangerschaft vortäuschte und wohl auch ein solcher war.)
8. Luck, Über einen Fall von primärem Tubenkarzinom. Inaug.-Diss. Berlin.
9. *Mouchotte, J., Hydrosalpinx und Hydrorrhoe. Revue de gyn. 1914. Juin.
10. Ogórek, Spontantrennung der Tube und Verlagerung der Adnexe bei Kollumkarzinom. Geb.-gyn. Ges. Wien. 10. März 1914. Zentralbl. f. Gyn. p. 175.
11. — Ein merkwürdiger Fall von Spontantrennung der Tube und Verlagerung der Adnexe. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 2. p. 284. (Derselbe Fall wie Nr. 10. Trennung einer Zyste durch Trauma angenommen.)
12. Rapin, Salpingostomie; sieben Fälle. Revue méd. de la Suisse Rom. Nov.
13. Rüder, Hämatosalpinx mit Hämatom des Ovarium durch Stieldrehung. Geb. Ges. Hamburg. 19. Febr. Zentralbl. f. Gyn. 249.
14. — Hochgradig sugilliertes Ovar und Tube. Geb. Ges. Hamburg. 27. Okt. 1914. Zentralbl. f. Gyn. p. 139. (Ob das Ostium abdominale offen war, wird nicht berichtet. Nur „Hämatosalpinx" berichtet und „Ätiologie unklar".)
15. — Tubovarialhämatom. Geb. Ges. Hamburg. 22. Dez. 1914. Zentralbl. f. Gyn. p. 139. (Angeblich Überanstrengung beim Turnen.)
16. Smith, B. F., Postoperative Hemorrhage of Fallopian Tubes. Texas State Journ. of Med. Fort Worth. May. Nr. 1.
17. Stoeckel, W., Die extraperitoneale Tubenverlagerung als Methode der Sterilisierung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 1161. (Verlagerung beider Tuben ausserhalb des Leistenkanals zwischen Bauchdeckenmuskulatur und Bauchdeckenfaszie.)
18. Strassmann, P., Tubenkarzinom. Exstirpation und Koloninvagination. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 22. Mai 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 213. (Vorläufig erfolgreiche Operation. Kolon zufällig verletzt, durch Invagination verheilt.)
19. *Tehornaia, E., Schwierigkeiten in der Erkenntnis des primären Tubenkarzinoms. Ann. di ost. 31. Okt. 1914.
20. Wagner, H., Ein Fall von Salpingitis isthmica nodosa. Inaug.-Diss. Breslau.
21. Wiener, Grosse Hydrosalpinx. Med. Record. 9. Okt. p. 626.

Mouchotte (9) erblickt die Ursache der Hydrorrhose in Myomen des Uterus und Adnexerkrankungen. Das zeitweise Ansammeln der Flüssigkeit bringt er in Verbindung mit der menstruellen Kongestion.

Auvray (1) beobachtete drei Fälle von Durchbruch einer Pyosalpinx in die Blase. Er rät am meisten die Radikaloperation (vaginal oder abdominal) an.

In dem Fall von Tuboovarialzyste von Tehornaia (19) war die Tube und das Ovarium karzinomatös; nur weil der Tumor langsam wuchs und weil er papillär war, nimmt Verfasserin an, dass die Tube primär erkrankt war (? Ref.).

VIII.

Gynäkologische Operationslehre.

Referent: Prof. Dr. H. W. Freund, Strassburg.

Instrumente.

1. Ahlfeld, F., Die Utero-Zervikalkanüle. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 4. (Längsdurchbohrte Hartgummistifte mit knopfartigem Ende in verschiedener Stärke. Mit Erfolg bei Dysmenorrhoe und Sterilität anzuwenden.)
2. Bucky, Diathermieschädigungen und ihre Vermeidung durch den Pulsator unter gleichzeitiger Erhöhung der therapeutischen Wirkung. (Der Pulsator der Firma Siemens und Halske erzeugt intermittierende Ströme und verhindert Verbrennungen.)
3. Van Buren, F., Urethral syringe. Journ. Amer. Med. Assoc. Oct. 16.
4. Burk, W., Ein neuer Verschlussapparat für den Anus praeternaturalis inguinalis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. (Hüftgurt mit Metallring, Gummipelotte und Tasche.)
5. Grotte, Zur Cervixdilatation. Gyn. Rundschau. Heft 5/6, S. 110. (Längsgespaltene Hegarstifte; ein im Innern befindlicher Konus wird durch Druck in einen Hohlkonus gedrängt.)
6. Hartz, F. J., A new vaginal speculum. Amer. Journ. of Obst. Jan.
7. Kaliski, David, Kanüle und Nadel für Bluttransfusion und intravenöse Infusion. Med. Record. Vol. 87. Nr. 12.
8. Lange, Joh., Neues über die Klammern von Herff. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. (Die Schenkel sind abgeplattet und haben nur einen kleinen herausstehenden Dorn.)
9. Lenhossėck, M. v., Zur Behandlung der Hämorrhoiden. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4. p. 104. (Spritze mit Gummiball.)
10. Norton, An improved pessary and tampon holder. Journ. Amer. Med. Assoc. March 27.
11. Outland, John, An simplified technic for vaginal hysterectomy. Ebendas. (Lange Fasszange mit mehreren breiten Zähnen, die nicht nur sicher fassen, sondern auch Blut und Sekrete von der Wunde abhalten sollen.)
12. Riedl, Mastisol zum Abdichten und Befestigen schlechtsitzender Injektionsnadeln. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41.
13. Schmidt, L., Ein einfacher Heissluftapparat. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. (Mit Wellpappe ausgeschlagene Kiste. Blechrohr und Spiritusbrenner.)
14. Störck, Erich, Ein gebrauchsfertiger Infusionsapparat für Feld und Landpraxis. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44.
15. Weiss, Rich., Ein neues Besteck zur Ausführung der Wassermannreaktion im Sprechzimmer des Arztes. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40.
16. Wertheim, L., Demonstration zur Prolapsoperation. Gyn. Rundschau. Heft 13/14. p. 232. (Phantom zur Veranschaulichung der Suspension der Portio an den Ligg. sacrouterin. und der Einnähung des Corpus uteri in die Levatoröffnung.)

Neue Operationsmethoden.

1. Aubert, L., Keilförmige Exzision des Fundus uteri. Rev. de gyn. Juni 1914.

1a. Bernstein, H. A., Improved Method for Repair of Lacerated Perineum. New York. Med. Journ. Sept. 25.

2. Cramer, Über die Resektion der vorderen Bauchwand bei der Operation von Riesentumoren. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XLI. Heft 2.

3. Dorrance, George, Transfusion vermittelst der Spritzenmethode. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 5. (Vier Glasspritzen zu 50 und zwei zu 100 ccm Inhalt sind dazu nötig, ferner zwei grosse und zwei kleine Trokare mit abgerundeter Spitze. Spritzen und Kanülen müssen innen mit steriler Vaseline überzogen sein, damit keine Blutgerinnung eintritt.)
4. Duckering, Plastic Surgery in Procidentia. Report of Twenty Five Cases. Boston Med. and Surg. Journ. CLXXII.' Febr. 25.
5. Duffy, R., Local Anesthesia in Operations for Hernia and Lacerated Peritoneum Kentucky Med. Journ. CXIII. Nr. 1.
6. Fothergill, W., Anterior colporrhaphy and its combination with amputation of the cervix as a single operation. Journ. Obst. and Gyn. March-May.
7. Halban, Zur Kompressenfrage. Wiener med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1046. (An jede Kompresse wird ein vernickelter Eisenring genäht, der bei etwaigem Zurücklassen im Abdomen später röntgenologisch aufzufinden ist.)
8. Heineberg, Alfred, An improved Method of Closing the abdominal incision. Amer. Journ. of Obst. May. p. 747.
9. — An improved Method of Suturing the Flaps in Amputation of the Cervix. Ebendas. p. 751.
10. Holz, S., Zur Technik der Transversus-Levatornaht. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
11. Lewisohn, Rich., Eine neue, sehr einfache Methode der Blttransfusion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
12. Lichtenstein, Eigenbluttransfusion bei Extrauterin- und Uterusruptur. Ebendas. Nr. 47.
13. Philipowicz, Über autoplastische Blutstillungsmethoden und aseptische Thrombose. Arch. f. klin. Chir. 106. Heft 1.
14. Sack, Paul, Die Retroversioflexio uteri und ihre operative Behandlung unter besonderer Berücksichtigung von 14 in der Erlanger Frauenklinik operierten Fälle. Diss. Erlangen.
15. Sauerbruch, Eine einfache Technik der arterio-venösen Bluttransfusion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45.
16. Schepelmann, Klinische Erfahrungen mit meiner Methode der plastischen Aszitesdrainage. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 4.
17. Sippel, Eine neue Operationsmethode des Mastdarmvorfalls der Frau. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50.
18. Stoeckel, W., Die extraperitoneale Tubenverlagerung als Methode der Sterilisierung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11.
19. Tillmann, Eine unblutige Radikaloperation der Hämorrhoiden durch einfache Naht. Zentralbl. f. Chir. Nr. 41.
20. Walbaum, Otto, Zur Heilung hochgradiger Prolapse und Prolapsrezidive. Ebendas. Nr. 35.

Einen experimentellen Beitrag zur autoplastischen Blutstillung verdanken wir Philipowicz (13). Danach ist jede Organtransplantation zur Stillung parenchymatöser Blutungen stets wirksam. Jedes Gewebe ist dazu geeignet, im Bauch am besten das Netz, mit dem man nur eine bis zwei Minuten komprimieren braucht. Die Wirkung ist eine mechanische und fermentative.

Bezüglich der Bluttransfusion liegen einige bemerkenswerte Arbeiten vor. Dorance (3) hat die Spritzenmethode vereinfacht. Sauerbruch (15) gelang es, eine einfache Technik der arterio-venösen Bluttransfusion auszugestalten und die isolierte Art. radialis des Spenders in die Vena mediana cubiti des Empfängers wie eine Kanüle hineinzuschieben. Der Empfänger wird mit dem Rücken auf den Operationstisch gelagert und ein Arm in rechtwinkliger Abduktion des Ober- und Supination des Unterarms auf einen kleinen Tisch befestigt. Der Spender sitzt auf einem hohen Stuhl, so dass er sein Handgelenk auf den Arm des Empfängers legen kann. Die beiden Gefässe werden freigelegt, die Radialis des Spenders auf 5—6 cm und letztere möglichst weit distal durchschnitten. Das distale Ende wird unterbunden, das proximale nicht. Man lässt in ein Messgefäss etwa 1 ccm Blut abfliessen unter Kontrolle der dazu nötigen

Zeit. Die Vena cubiti, schlitzförmig geöffnet, wird durch Haltefäden klaffend gemacht. Dann wird mit einer Pinzette das blutende Radialisende in die Vene geschoben und durch die nun überkreuzten Haltefäden angepresst. 10—12 Minuten genügen meist zum Einfluss von 120—200 ccm. Die wieder vorgezogene Arterie wird unterbunden und das überstehende Stück abgeschnitten. Hautnaht. Die Venenwunde verschliesst man durch Bindung der Haltefäden.

In einfacher Weise verfährt Lewisohn (11), der von der Erfahrung ausgeht, dass neutrales Natriumzitrat während einer halben Stunde die Blutgerinnung verhindert. 25 ccm einer sterilen 2⁰/₀igen Lösung befinden sich in einem Gefäss, in das man das Blut des Gebers aus der Vene in kräftigem Strahl einfliessen lässt. Es muss mit einem Glasstab umgerührt werden. Weitere 25 ccm Zitratlösung werden zugesetzt und das Blut dann mittelst des gewöhnlichen Salvarsanapparates dem Empfänger in eine Vene injiziert.

Eine Eigenbluttransfusion bei Extrauteringravidität und Uterusruptur empfiehlt Lichtenstein (12). Das aus der Bauchhöhle ausgelöffelte Blut wird unter Schlagen mit Holzstäbchen in einen weiten Topf gebracht, in dem sich eine nicht zu grosse Menge Ringersche Lösung befindet. Es folgt ein Durchseihen durch Tupfermull in ein zweites Gefäss mit Ringerlösung von Körperwärme. Die Flüssigkeit wird dann in die freigelegte linke Armvene mittelst Kanüle, Gummischlauch und Glastrichter infundiert. In letzter Zeit verwendet Lichtenstein statt des letzteren einen etwas komplizierten Ventilspritzenapparat. (1914 hat Thiess-Leipzig ein ähnliches Vorgehen empfohlen.)

Schepelmann (16) berichtet über vier neue Fälle von plastischer Aszitesdrainage bei Pfortaderstauung mittelst formalinisierter Kalbsaorten, die in die Bauchhaut eingenäht werden. Die Aorten müssen beiderseits unter dem Nabel von konvexen Hautschnitten aus etwa zwei Querfinger tief in die Bauchhöhle eingeführt werden.

Die Bauchnaht führt Heineberg (8) in drei Schichten aus: fortlaufende Catgutnaht des Bauchfells, dann Silkwormnähte, die die ganze Bauchwand mit Ausnahme des Peritoneums umfassen. Diese werden aber erst geknotet, nachdem die Faszie mit Catgut vereinigt ist.

Die von Cramer (2) empfohlene Resektion überschüssiger Bauchwand nach der Entfernung grosser Geschwülste ist eine bekannte Sekundäroperation. Auf eine gute Vernähung der medialen Rektusränder muss besonderes Gewicht gelegt werden. Bei einem Fetthängebauch entfernte Cramer ein 16 Pfund schweres Fettstück in Form einer queren Ellipse im Anschluss an eine Ovariotomie.

Zum Zweck fakultativer Sterilisierung eröffnet Stoeckel (18) die Bauchhöhle beiderseits wie beim Alexander-Adams, wischt die Tuben, ohne mit dem Finger einzugehen, mittelst eines Stieltupfers aus dem Leistenkanal heraus, zieht sie möglichst stark an und säumt das Peritoneum herum. Dabei soll nur die Tubenserosa gefasst werden. Etwaige restierende Spalten im Bauchfell müssen exakt vernäht werden. Die so grösstenteils extraperitoneal verlagerten Tuben werden möglichst weit lateralwärts zwischen Faszie und Bauchmuskulatur versenkt.

Als neu will Aubert (1) die Beuttnersche transversale Keilexzision des Fundus uteri bei solchen Adnexerkrankungen erscheinen lassen, bei denen eine Erhaltung von Eierstocksteilen, und somit der Menstruation beabsichtigt ist. Indikation und Technik unterscheidet sich aber nicht von derjenigen Beuttners.

Führt man beim Prolaps die vordere Kolporrhaphie allein aus, so soll man nach Fothergill (6) Wert darauf legen, ein Dreieck zu exzidieren, dessen breite Basis quer über die Cervix bis weit in die seitlichen Scheidengewölbe reicht, weil er annimmt, dass nach der queren Vereinigung und Heilung eine Rückwärtsverdrängung des Kollums folgen müsse. Muss die Amputation des

letzteren zugefügt werden, so erfolgt sie im Zusammenhang, in einem Stück mit der exzidierten Scheidenpartie. Die Nähte gehen auch gleichzeitig durch Scheiden- und Cervixwand, was ebenfalls eine Retroflexio uteri verhüten soll. — Heineberg (9) bewirkt bei der Amputation der Portio ein gutes Aneinanderpassen der Wundränder beider Lippen, indem er einen langen, an beiden Ende mit Nadeln armierten Catgutfaden beiderseits nahe der Mittellinie durch beide Lippen führt, dann bogenförmig durch die Wunde der vorderen Lippe quer und median, so dass sich die Fäden hier kreuzen. Zieht man sie dann fest an, so erfolgt eine Inversion der Wundränder, die gut schliesst. Der Rest der Wunden wird durch Knopfnähte vereinigt. — Walbaum (20) frischt beim Scheidenvorfall und Rezidiven die vordere und hintere Wand breit elliptisch an, rafft Blase und Mastdarm und vernäht nicht nur, wie Neugebauer-Lefort, die beiden Vaginalwände, sondern auch, was wenig zweckmässig erscheint, Blase und Mastdarm miteinander. Die Bildung eines hohen Dammes dürfte dabei das Wesentlichste sein. — Holz (10) legt besonderes Gewicht auf die Transversus-Levatornaht. Da man die Levatorenränder per rectum besser als per vaginam fühlt, soll man während der Prolapsoperation, die stets eine Levatornaht mit einschliessen muss, die Muskeln aneinander nähen, während der linke Zeigefinger vom Mastdarm aus kontrolliert.

Eine unblutige Radikaloperation der Hämorrhoiden teilt Tillmann (19) mit. Der Knoten wird mit einer Kocherschen Klemme gefasst und abgetragen. Eine Naht direkt vor der Klemme wird geknotet, eine zweite hart hinter der Klemme als Matratzennaht angelegt und nach Abnahme des Instruments rückläufig zur Vereinigung beider Wundränder verwendet. Anfang- und Endfaden werden dann miteinander verknüpft.

Behufs Heilung des Mastdarmvorfalls spaltet Sippel (17) die hintere Cervix- und Scheidenwand, anschliessend auch den Damm bis zum Sphincter ani. Aufwärtsschieben des Douglasperitoneums und Einfalzen des Mastdarmdivertikels durch Jodcatgutnähte. Vernähung der Cervix- und oberen Scheidenwunde unter kräftigem Mitfassen der Mastdarmwand. Es folgt die Vereinigung der Faszienmuskelplatte des Puborektalis, ebenfalls unter Mitfassen der vorderen Mastdarmwand. Schluss der übrigen Wunde. Schliesslich wird die erweiterte Analöffnung dreieckig so angefrischt, dass die Basis an der hinteren Wand, die Spitze im Rektum liegt, und diese Wunde vernäht.

IX.

Pathologie des Beckenbindegewebes.

Referent: Prof. Dr. Fritz Kermauner.

1. Amann, J. A., Über Fibroadenoma fornieale (Serositis fibroadenomatosa rectocervicalis). Münchn. gyn. Ges. 20. Mai. Zentralbl. f. Gyn. p. 525. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 923. (37jährige Nullipara. Vor neun Jahren Operation wegen Verlagerung der Gebärmutter; dabei hinter dem Uterus kleine Knötchen auf der Serosa konstatiert. Menses in letzter Zeit unregelmässig geworden, mit Schmerzen; zuletzt alle 2—3 Wochen. Hinter der Portio walnussgrosser höckeriger Tumor, mit Cervix, Rektum und hinterer Beckenwand innig zusammenhängend. Exstirpation mit oberem Teile der Scheide

und einem Teil der Rektummuskularis. Heilung. Mikroskopisch Adenomyom. Zwei weitere Fälle werden erwähnt, in welchen gleichzeitig Myome des Uterus vorhanden waren. Zwei Fälle hat Amann seit 15 und 20 Jahren ohne Operation in Beobachtung; keine Veränderung des Befundes. Trotz der Gutartigkeit wird man aber in der Mehrzahl der Fälle ohne Operation nicht auskommen, weil die Einengung des Darmes fortschreiten kann.)

2. Amann, J. A., Stieltorquiertes Fibrom des Ligamentum latum mit ausserordentlicher ödematöser Durchtränkung des Tumors. Ebenda. p. 527. (Keine Angaben.)

3. — Papilläres Fibrom des Septum urethro-vaginale. Ebenda. p. 527. (Aus der Oberfläche des Tumors sehr starke Blutung, deshalb Exstirpation.)

4. Cullen, A., A further case of adenomyoma of the recto-vaginal septum. Der Frauenarzt. 1915. Nr. 3.

5. — Unusual cases; points in diagnosis and treatment: 1. Calcified lymph glands producing symptoms of gall stones. 3. Case of adenomyoma of rectovaginal septum. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. March. Vol. 20. Nr. 3.

6. Cumston, Charles Greene, Die Pathogenese und Differentialdiagnose des perirenalen Abszesses im Puerperium. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1914. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 28.

7. Van Dam, J. M., Fibromyxoom van het bekkenbindweefsel. (Fibromyxom des Beckenbindegewebes.) Nederl. Vereen. v. Heelk. Sitzg. vom 2. Mai. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 21. S. 2348. (Holländisch.) (Die 34 jährige Frau hatte seit einem Jahre eine langsam an Grösse zunehmende Geschwulst der rechten Gesässbacke über dem Foramen obturatorium und eine sich aus der Vulva vorwölbende Geschwulst unter der rechten Vaginalwand. Im Abdomen Tumormassen an der rechten Seite bis in Höhe des Nabels. Bei der Operation, über deren Befund ausführlich berichtet wird, zeigt sich die Geschwulst als extraperitoneal entwickeltes Fibrom mit Neigung zu myxomatöser (nicht sarkomatöser) Entartung des rechtsseitigen parametranen Gewebes, das durch den Canalus obturatorius und zwischen Blase und Vagina vorgedrungen ist. Die Geschwulstmasse konnte ausgeschält werden. Die Patientin heilte. Jetzt musste aber nach einem Jahr die Patientin von neuem operiert werden, weil beide Stellen von neuem sich ausbuchteten.) (Lamers.)

8. Döderlein, Über Venenunterbindung bei Thrombophlebitis puerperalis. Münchn. gyn. Ges. 16. Juli 1914. Bericht Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 55. (Anscheinend recht frühe Operation. Unterbindung beider Spermatikalbündel im Lig. infundibulo-pelvicum und beider Venae hypogastricae. Keine Fröste nach der Operation, Fieberabfall in kurzer Zeit. Als aussichtsreich gilt der Eingriff, wenn das Fieber spät auftritt, die Intervalle zwischen den Frösten grösser sind.)

9. Fries, Friedrich Karl, Über zwei Fälle von Adenomyositis uteri mit Übergreifen auf das rektale Gewebe. Inaug.-Diss. Heidelberg.

10. Furniss, Henry Dawson, Two cases of broad ligament varicocele. Transact. of the New York Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Oct. 27. 1914. Bericht im Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Jan. Vol. 71. p. 143. (Zwei Fälle; in beiden Wahrscheinlichkeitsdiagnose vor der Operation gestellt, durch die Operation guter Erfolg erreicht. 25 jährige und 23 jährige Frau, Beschwerden bald nach der Entbindung aufgetreten, zum Teil lokal, zum Teil allgemein (Kopfschmerz). Fingerdicke Venen im Ligament. Mehrfache Ligaturen.)

11. Gray, Ward, Clinical observations on the treatment of acute pelvic inflammations. Amer. Journ. of Obst. Nr. 6.

12. Heller, Joseph, Über Tumoren des Ligamentum rotundum uteri. Inaug.-Diss. Berlin 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 388. (59 Fälle der Literatur, 2 eigene. Der erste Myom mit Nekrosen, der zweite Myom mit epithelialen Elementen, die angeblich vom kaudalen Ende des Wolffschen Körpers stammen.)

13. Hellman, A. M., Fibroid of ligamentum ovarii proprium. New York. Med. Journ. Nov. 6. Vol. 102. Nr. 19.

14. Holz, S., Die Heilung der Parametritis posterior chronica durch automatische Kolpeuryntermassage und Fixation der Ligamenta rotunda. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 441. (Ein 50—100 ccm fassender Gummikolpeurynter wird 2—4 Tage ununterbrochen getragen, dann zwecks Reinigung entfernt. Spannungsgefühl darf beim Aufspritzen des Ballons nicht eintreten. Behandlung mehrere Wochen. Resultat günstig. Nach

einiger Zeit erneuern sich jedoch die alten Beschwerden. Verf. glaubt, die erzielte Dehnung der Ligamente durch eine Operation nach Alexander-Adams dauernd erhalten zu können.)

15. Jacobi, Adolph, Kreuzschmerz und Parametritis posterior. Med. Record. New York. 1914. Vol. 86. Nr. 13. Sept. 26. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 388. (Verf. findet bei 86% der Fälle von Kreuzschmerz eine Parametritis posterior. Zur Behandlung: Bettruhe, Eis, flüssige Kost in akuten Fällen. Wenn kein Fieber besteht, Jodpinselung von Cervix und Scheidengewölbe, Glyzeringazetamponade, heisse Spülungen. In chronischen Fällen Massage, Solsitzbäder, heisse (Fango-) Packung, Behandlung von Cervixkatarrhen.)

16. Jessup, D. S. D., Adenomyom des Septum rectovaginale. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1914. August 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 384. (Zwei Fälle, klinisch für bösartig gehalten. Rektalschleimhaut nicht verschieblich. Es wäre gut, in solchen Fällen Probeexzision zu machen.)

17. Kosmak, Beckenhämatom. New York. Obst. Soc. 13. Jan. 1914. Ref. Gyn. Rundschau. Nr. 17—18. p. 297. (18jährige Patientin, 8 Monate nach normaler Geburt, seit sechs Monaten amenorrhoisch. Vor sechs Wochen leichte Blutung und Schmerzen im Unterleib. Blutung wiederholt sich. Cervix hoch oberhalb der Symphyse, etwas eröffnet, blutend. Uterus etwas vergrössert, nicht freibeweglich. Linke Regio il. auffallend empfindlich; daselbst weiche Masse tastbar. Uterus $5^1/_2$ Zoll lang (?), leer. Laparotomie. Hinter dem Uterus ein grosser Sack, an dem Darmschlingen haften. Er platzt, es entleert sich dunkles, geruchloses, dünnflüssiges Blut. Tuben verdickt. Bei der anatomischen Untersuchung keine Plazentarbestandteile gefunden. — Das Hämatom war wohl zweifellos intraperitoneal gelegen. Ref.)

18. Van Leeuwen, G. A., Over een zeer groot retroperitoneaal gelegen cysto-myo-liposarco-fibroma. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Helft. Nr. 6. Ned. Gyn. Ver. 29. Nov. 1914. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. XXIV. 2/3. (Kasuistische Mitteilung mit kurzer Literatur-Übersicht. 13 kg schwer, links vor der Niere. Laparotomie.)
(Mendes de Leon.)

19. Mayer, August, Über Parametritis und Paravaginitis posterior mit heterotoper Epithelwucherung (Adenomyositis uteri et recti). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 925. (Sehr interessanter Fall, da nach der Exstirpation des Uterus mit Zurücklassung des einen Eierstockes aus den teilweise verbliebenen Schwielen noch länger als 1 Jahr anfangs regelmässige, später unregelmässige Blutungen aufgetreten sind, die erst nach wiederholter Behandlung, Auskratzung aufhörten. — Mayer bespricht sehr eingehend Genese der Bildungen, spez. Abstammung von der Serosa, die Frage der Malignität, die er als nicht ganz spruchreif bezeichnet und die Differentialdiagnose.)

20. Oehlecker, Pfählungsverletzung. Ärztl. Verein in Hamburg. 5. Okt. Ber. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 1436. (12jähriges Mädchen. Eine Eisenstange war in die Scheide gedrungen, hat vorderes und hinteres Scheidengewölbe, Beckenorgane, Blase, Dünndarm, Mesenterium usw. verändert. Sieben Stunden nach der Verletzung Operation [keine weiteren Angaben]. Heilung.)

21. Pinkham, Edward W., Pelvic varicocele. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 8. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 825. (Symptome oft für neurotisch gehalten. Dauernder dumpfer Schmerz in der Unterbauchgegend, häufiger links, meist vor und während der Menstruation stärker. Auch bei Nulliparen. Manchmal findet man ein vergrössertes Ovar. Beschwerden trotzen jeder Behandlung. Beseitigung der Obstipation kann sie bessern. Verf. hat bei der Laparotomie in mehreren Fällen Varizen im Plexus pampiniformis gefunden, nach deren doppelter Ligatur die Beschwerden prompt verschwinden.)

22. Rimann, H., Über retroperitoneale Zystenbildung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 666.

23. Schauta, F., Echinococcus als Geburtshindernis. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 8. Juni. Gyn. Rundschau. Nr. 21—22. p. 359. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 545. (24jährige Frau, Ende der Schwangerschaft; seit zwei Tagen keine Kindesbewegungen. Prallzystischer Tumor links vorn, ganz unbeweglich, Portio rechts hochstehend. Wehen. Laparotomie, Ausschälung des Tumors, Serosanaht. Danach sofort Kranioklastextraktion. Kind 3000 g. Plazentalösung. Glatte Heilung. Schauta bezeichnet

dieses kausale Vorgehen als die idealere Behandlung gegenüber der Sektio, bei der der Tumor zurückbleibt.)

24. Schmidt, Hugo, Über Heilung entzündlicher Beckentumoren mittelst galvanischer Schwachströme. Therap. d. Gegenw. 1914. Heft 12. (20—30 Milliampère, + Pol eines galvanischen Gleichstromes in die Scheide, — auf den Leib. Auch bei subakuter und chronischer Parametritis.)

25. Staehlin, E., Study of multilocular cystadenoma of retroperitoneal origin. Annals of Surg. Philadelphia. March. Vol. 61. Nr. 3.

26. Williams, The rôle of the pelvic fascia as a uterine support. Amer. Journ. of Obst. Nr. 4.

X.

Neubildungen des Uterus.

Referent: Dr. A. J. M. Lamers, Amsterdam.

Myome.

1. Ackermann, H., Zystisch degenerierte Fibrome des Uterus. Diss. in München. Febr. (Mit sechs Photographien.)

2. Amann, J. A., Über Fibroadenoma fornicale (Serositis fibroadenomatosa recto-cervicalis). Gyn. Ges. in München, Sitzg. vom 20. Mai. Bericht: Münchn. med. Wochenschrift Nr. 27. S. 923. Als Original erschienen i. d. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 6. S. 492. (Analoger Fall wie der von seinem Assistenten Renisch publizierte — cf. Jahresbericht 1912, dieses Kapitel Nr. 14. — Bei einer 37 jährigen Nullipara wurde von Amann der Uterus mit dem retrozervikalen höckerigen Tumor und einem Teil der vorderen Rektumwand abdominal exstirpiert. Der Heilungsverlauf war ein reaktionsloser. Mikroskopisch ganz analoge Bilder wie im Falle Renisch. Vortr. erwähnt noch zwei weitere Fälle, bei denen er myomatöse Uteri zugleich mit fornikalen Adenomyomen exstirpiert hat und die gleichen histologischen Befunde erheben konnte. Die mehr flache diffuse Form [Serositis fibroadenomatosa] hat Amann in drei Fällen von aussergewöhnlich stark verwachsenen Retroflexionen des Uterus beobachtet. Ferner erwähnt Vortr. zwei Fälle, die die Gutartigkeit der meisten dieser Tumoren illustrieren; vor 15 bzw. 20 Jahren hat Amann durch Probeinzision den fibroadenomatösen Charakter der fornikalen Tumoren festgestellt und da keine Störungen von seiten der Nachbarorgane eintraten, nicht operiert. Die Tumoren sind bis jetzt vollkommen stabil geblieben. Die diffuse Form entspricht klinisch manchmal dem Bild einer aussergewöhnlich harten, jeglicher Therapie trotzenden Parametritis posterior. Trotz der Gutartigkeit muss doch in der Mehrzahl der Fälle operiert werden, da die Darmfunktion durch fortschreitende Einengung durch die Tumormassen behindert wird. Zylinderepithelmetaplasien der Serosa auf entzündlicher Basis mit Bindegewebswucherung sind an der Dünndarmserosa, in Bauchnarben, am Perikard und an der Pleura beobachtet worden.)

3. — Demonstration eines intramuralen Fleischmyoms mit Drucknekrose der Wand und Durchbruch in die Korpushöhle. Gyn. Ges. in München, Sitzg. vom 16. Dez. Bericht: Münchn. med. Wochenschr. 1916. Nr. 4. S. 130.

4. Amster, J. L., Acute intestinal obstruction complicating uterine fibromyomata. New York. Med. Journ. Bd. 102. Heft 8. S. 412.
5. Artault de Vevey, Traitement des fibromes utérins par la thiosinamine. Soc. de thérapeutique de Paris, Sitzg. vom 15. April. Bericht: Presse méd. Nr. 17. S. 131. (Erfahrung mit intramuskulärer Injektion dieses Mittels seit 1903. Die Geschwülste nehmen an Grösse ab oder verschwinden ganz, ebenso wie die Schmerzen. Nur bei älteren Frauen soll man vorsichtig sein, da Vortr. in einem Falle gesehen hat, wie ein Karzinom sich aus dem Myom zu entwickeln anfing, wohl infolge Freiwerden von Karzinomzellen, die vorher im fibrösen Gewebe gefangen sassen.)
6. Barr, R. A., Cholecystgastrostomy — Duodenal Ulcer — Uterine fibroids and pyloric obstruction. Tennessee State Med. Assoc. Journ. Bd. 7. Nr. 2. S. 449.
7. Basso, G. L., Sulla suppurazione dei fibromi uterini. Ginecologia. 1914. Bd. 11. Nr. 1. (Überblick über Diagnose, Prognose und Therapie der vereiterten Myome, im Anschluss an einen eigenen Fall. Eine 46jährige Nullipara hatte einen myomatösen Uterus in der Grösse einer Schwangerschaft im fünften Monat. Wegen Behinderung der Miktion und starker Obstipation supravaginale Amputation des Uterus. Beim Aufschneiden zeigte sich ein interstitieller Knoten vereitert. Aus dem Eiter konnte der Diplococcus capsulatus pneumoniae Fränkel einwandsfrei gezüchtet werden. Etwa drei Monate vor der Operation hatte die Patientin eine Pneumonie durchgemacht. Die Keime sollen nach Ansicht des Verf. auf dem Blutwege in den vermutlich sich schon in Nekrose befindlichen Fibromknoten gelangt sein. Charakteristische Symptome der Vereiterung gibt es nicht. — Literatur.)
8. Blake, L. A., 1. Degenerated cervical fibroid. 2. Fibromyoma undergoing hyaline degeneration. Assoc. of regist. med. Women, Sitzg. vom 13. Juli. Bericht: Brit. Med. Journ. Nr. 2849. S. 220. (Kasuistisch; 49jährige verheiratete Frau, schmieriger Ausfluss, regelmässige starke Menstruation. Das Myom sass subperitoneal, war aber in die Uterushöhle durchgebrochen. — 2. 53jährige verheiratete Frau. Sechs Monate nach der Uterusexstirpation hatte Patientin ein inoperables Sarkomrezidiv.)
9. Brettauer, J., Drei Fälle von Fibroid, kompliziert durch Darmkrebs. Resektion. Heilung. New York Acad. of Med. Abt. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 23. Febr. Bericht: Med. Record. 9. Okt. S. 626.
10. Campione, Due fibromi dell' utero complicate a lesioni inflammatorie degli annessi. La Gin. mod. 1914. Mai. S. 290.
11. De Arman, M. M., Uterine fibroids. Oklahoma State Med. Assoc. Journ. Bd. 7. Nr. 11. S. 356.
12. Decker, R., Ein Fall von Leiomyoma sarcomatodes und Schwangerschaft. Dissert. München. Febr.
13. Ferroni, E., Una cosistica di fibromiomi uterini a parziale o totale sviluppo sotto peritoneale. Ann. di Ost. e Gin. Bd. 37. Nr. 5. S. 292.
14. Fischer, M., Über die vaginale Korpusamputation des Uterus. Dissert. Freiburg i. Br. Jan.
15. Fothergill, W. E., Marsupialization of degenerated and infected fibroid. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 26. Heft 4/6. S. 234. (Fall I. 60jährige Frau mit einem seit zwei Monaten stark gewachsenen Tumor von der Grösse einer ausgetragenen Schwangerschaft. Bei der Eröffnung des Bauches ist das Myom überall mit dem Inhalt desselben verwachsen und entleert beim Aufschneiden die für Degeneration und Infektion charakteristischen Massen. Die Reste des Tumors werden mit der Hand entfernt, der Sack marsupialisiert und austamponiert. Heilung mit Fistel. — Fall II. Spontaner Durchbruch des vereiterten Tumors im Nabel bei einer 21jährigen Frau. Drei Monate später Inzision. Entfernung der Geschwulst mit der Hand, Gegenöffnung in der Scheide und abdomino-vaginale Drainage. Heilung.)
16. Frank, R. T., The choice between operation and Röntgenization of uterine fibroids. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 453. S. 409. (Auszug siehe im Kapitel „Strahlentherapie der Myome", Nr. 5.)
17. Frankl, O., Uterusstumpf nach supravaginaler Amputation. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 9. März. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. S. 263. Wiener med. Wochenschrift Nr. 37. S. 1382. (Der Fall war deswegen merkwürdig, weil Patientin drei Jahre lang nach der Korpusamputation ganz regelmässig menstruiert hatte. Dann fing eine anhaltende starke Blutung an, bei der Röntgenbestrahlung nichts fruchtete und der Stumpf musste exstirpiert werden. Auf ihm fand sich ein weniger denn walnussgrosses Myom. Anscheinend fehlte jede Korpusschleimhaut. Bei genauer mikro-

skopischer Untersuchung wurde jedoch im obersten Pole der Stumpfhöhle ein minimal kleines Areal menstruationsfähiger Schleimhaut gefunden. Auf keinem Schnitte durch die Mukosa der ganzen Höhle waren mehr als sechs bis acht sichere Korpusdrüsen nachweisbar.)

18. Frankl, O., Demonstration eines traubigen Myoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. v. 9. Nov. Bericht: Wiener klin. Wochenschr. Nr. 52. S. 1456. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. S. 905. (Weitgehende Verästelung und Doldenbildung; reiche Vaskularisation der Myomträubchen. Histologisch allenthalben gut erkennbares, gutartiges Myomgewebe. Die Entstehung dieser Tumoren durch „multizentrisches Wachstum" kann Verf. nicht annehmen. Verf. glaubt an Myomkeime, die weder subserös, noch submukös, noch interstitiell entstanden sind, sondern in der Schleimhaut selbst ihren Ausgangspunkt nehmen. Er hat im Laufe der letzten sieben Jahre etwa ein halbes Dutzend einschlägiger Präparate von intramukös entstandenen, ringsum von Schleimhaut umgebenen Myome gesehen. Was die formale Genese betrifft, glaubt Verf. an den Ausgang dieser Myome von den Muskelbündeln, die vom Myometrium aus in die Schleimhaut ziehend den Drüsengrund umspinnen.)
19. Gaither, J. G., Uterine myomata and malignancy. Kentucky Med. Journ. Bd. 12. Nr. 22. S. 729.
20. Halban, J., Vereiterung eines Myoms auf dem Wege der Blutbahn. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 9. Dez. 1914. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. S. 341. Wiener med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1185. (45jährige Nullipara, die niemals eine entzündliche Krankheit des Abdomens durchgemacht, niemals Fluor oder Blasenkatarrh gehabt hat. Wegen abendlicher Temperatursteigerungen in Verbindung mit anderen Symptomen Verdacht auf Nekrose des nachgewiesenen Myoma uteri. Laparotomie. Beim Anbohren des Tumors entleerte sich grüner, ziemlich flüssiger, nicht riechender Eiter. Nach Abklemmen der Öffnung supravaginale Amputation des Uterus. Das Fieber hörte mit einem Schlage auf. Die Menge des Eiters betrug ungefähr $^1/_2$ Liter; die bakteriologische Untersuchung ergab als Erreger Streptokokken. Da das Peritoneum überall einen normalen Eindruck machte, Adhäsionen fehlten und die Peritonealisierung vollkommen gelang, hat Vortr. nicht drainiert. Ungestörte Heilung. — Besprechung: Frankl weist auf Arbeiten von v. Franqué und Sitzenfrey hin.)
21. — Ruptur eines sarkomatös degenerierten Myoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 9. Dez. 1914. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. S. 342. Wiener med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1185. (Akute Erscheinungen liessen entweder an eine stielgedrehte Zyste oder an eine geplatzte Extrauteringravidität denken. Wegen Zunahme der Schmerzen und des Brechreizes bei steigender Pulszahl Laparotomie. Im Bauche ca $^1/_2$ l Blut, von einem subserösen gestielten, doppeltfaustgrossen Tumor der Hinterfläche des linken Uterushorns herstammend. Die Geschwulst ist in ihrem oberen Teil nekrotisch, zerfallen und zersprengt, im Stiel um 180° torquiert. Beide Adnexe eitrig entzündet, in festen Adhäsionen eingebettet und mit dem Cökum verwachsen. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich die sarkomatöse Entartung des Myoms. Sarkomatöse Entartung gestielter Myome ist selten.)
22. Hilliger, G., Über Polypen an der Aussenfläche der Portio vaginalis uteri. Dissert. Berlin. März.
23. Impallomeni, G., Stitichezza abituale da fibromiomatosi uterina. La Clin. ost. Bd. 17. Nr. 5.
24. Johnston, R. B., Inversion of the uterus in a nullipara due to a submucous fibromyoma. Brit. Med. Journ. Nr. 2850. S. 254.
25. Keitler, H., und K. Lindner, Über die Abderhaldensche Dialysiermethode. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. S. 549. (Auszug siehe im Kapitel „Karzinome" Nr. 106.)
26. Lahm, W., Zur Frage des malignen Uterusmyoms. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 2. S. 340. (Bericht über eine Form des Myoms, welche ihrem Wachstum und ihrer Ausbreitung nach dem sog. intravaskulären Myom zugezählt werden muss, die ihrem histologischen Aufbau nach aber zu den malignen Myomen gehört. Der sarkomatöse Charakter solcher Fälle lässt sich besser als maligne ansprechen. — Zwei Abbildungen mikroskopischer Präparate. Kurze Übersicht der bisher veröffentlichten Fälle dieser Art.)
27. Legal-Lassale, Des fibromes du col de l'utérus. Thèse de Paris. 1914. (Ausführliches Studium über diese Tumoren, deren Ätiologie, pathologische Anatomie, Symptome, Diagnostik, Prognose, Behandlung in und ausserhalb der Schwangerschaft. Frequenz

etwa 8,5% der gesamten Uterusmyome. In der Symptomatologie tritt die Seltenheit der Blutungen und die Häufigkeit der Blasenbeschwerden, besonders der Retention, in den Vordergrund. Den Fortgang der Schwangerschaft stören sie meistens nicht, geben aber oft bei der Entbindung ein Geburtshindernis ab, wenn auch spontaner Ablauf des Partus nichts Seltenes ist. Die operative Technik wird durch die Fürsorge für die Blase und die Ureteren beherrscht. Enukleation erweist sich oft als ratsam. Bei der Entbindung ist der Kaiserschnitt mit nachfolgender Hysterektomie den geburtshilflichen Eingriffen vorzuziehen.)

28. Lejars, F., Les gros utérus saignants d'apparence fibromateuse. Sem. méd. 1914. 13. Mai.

29. Macnaughton Jones, H., Multiple myoma. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Bd. 8. Nr. 3. S. 30.

30. Malcolm, J. D., Demonstration. 1. Papilliferous carcinoma of the ovary associated with adenomyoma of the uterus. 2. Fibromyoma free from attachments in a pelvic abscess. Geb. u. gyn. Abt. der Royal Soc. of Med., Sitzg. vom 1. Juli. Bericht: Proceed. of the Royal Soc. of Med. Bd. 8. Heft 9. S. 103. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 27. Heft 3/5. S. 149.

31. Mandl, L., Retrovesikales Zervikalmyom. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 10. März 1914. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. S. 166. Wiener med. Wochenschr. Nr. 3. S. 149. (Anschliessend an einen selbstbeobachteten Fall, dessen Krankengeschichte, Operationsbericht und pathologisch-anatomischer Befund ausführlich mitgeteilt wird, befasst Vortr. sich eingehend mit der Entwicklungsgeschichte, Anatomie, Pathologie und Klinik [Operation] der echten Zervikalmyome. Aussprache: Schottlaender geht näher ein auf die Ätiologie und Histologie, Schauta auf die operative Technik bei der Exstirpation dieser Tumoren. Durch einen Querschnitt über der Plica vesicouterina wird das Myom freigelegt und dasselbe nicht zwischen Blase und Uterus, sondern in der Myomkapsel abgelöst. Dadurch gelang es Schauta auch bei sehr grossen Tumoren, wo die Blase so verdünnt war, dass eine Verletzung derselben nicht zu vermeiden gewesen wäre, die Blase jedesmal zu erhalten.)

32. Mayer, A., Die Störung der Eierstockfunktion bei Myom. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn., Sitzg. vom 8. März 1914. Bericht: Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Ergänzungsheft. S. 115. (Es wurde das Verhalten des Blutserums von 30 Myompatientinnen gegen Ovarialsubstanz untersucht. Als Substrat wurden verwendet die individuumeigenen, bei der Operation gewonnenen Eierstöcke und individuumfremde von anderen Myompatientinnen, von Uteruskarzinomkranken, Graviden und, soweit es ging, von Genitalgesunden. Es wurde gefunden, dass die Eierstöcke von Genitalgesunden und Karzinomkranken nie abgebaut wurden. Dagegen bauten die Myompatientinnen das eigene Ovarium weitaus in der Mehrzahl der Fälle ab, das Ovarium anderer Myompatientinnen aber nur in 50% der Fälle. Letztere Befunde beweisen, dass beim Myom eine Dysfunktion des Eierstocks besteht und weisen auf eine ausserordentlich weitgehende Spezifität der Fermente hin. Die Dysfunktion der Ovarien bei Myomen soll keine zufällige, sondern Ursache des Myomwachstums sein. Bezüglich der Sterilität bei Myomkranken glaubt Verf., dass diese weder die Ursache noch die Folge des Tumors ist, sondern die Folge der gestörten Eierstockstätigkeit, also zusammen mit dem Myom ein Symptom der Dysfunktion des Eierstocks. Verf. glaubt, mit einer primären Funktionsstörung der Ovarien beim Myom die verschiedensten Erscheinungen zwanglos von einem ganz einheitlichen Gesichtspunkt aus erklären zu können. — Aussprache: Walcher hat die Erfahrung gemacht, dass wenn bei Myomen Sterilität besteht, durch die Enukleation die Sterilität behoben werden kann. Schickele will wissen, ob nicht auch die eine oder andere von den übrigen endokrinen Drüsen abgebaut wird und ist nicht überzeugt, dass aus dem Abbau von Ovariumgewebe auf eine Funktionsstörung dieses Organs geschlossen werden kann. Menge ist aus eigenen Beobachtungen zum Gedanken gekommen, dass durch die Generationstätigkeit des Uterus Myomanlagen abgebaut werden können, dass somit eine gewisse Fruchtbarkeit des Weibes geradezu ein Präservativ gegen die Myomatosis uteri sein könnte. Sippel weist auf die herdweise Entstehung der Myome hin, für die die Wirkung des Ovars keine Ursache, sondern höchstens Anregung sein kann. Menge und Fehling glauben festgestellt zu haben, dass auch die willkürliche fakultative Sterilität die Entstehung der Myome begünstigt.)

33. Meyer, R., Sarkomatöse „Entartung" von Myomen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 12. Juni 1914. Bericht: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1. S. 240.

(Diskussionsbemerkung. Es steht nichts im Wege anzunehmen, dass in Myomen oder Adenomen indifferente Zelldepots liegen, aus denen bei Gelegenheit eine Wucherung indifferenter Zellen vor sich geht. Vortr. will damit der unwahrscheinlichen Vorstellung ausweichen, dass irgend eine beliebige reife Tumorzelle, wie die reife Muskelzelle des Myoms, plötzlich sarkomatös werden könne. Meyer macht in dieser Beziehung keinen Unterschied zwischen reifen Zellen in Tumoren oder in normalen Geweben, ebensowenig zwischen Myom und Adenom; auch die ausgereifte Epithelzelle wird schwerlich karzinomatös werden. Man kann danach sehr wohl die Frage bejahen, dass benigne Tumoren erst in späterer Zeit maligne werden; das ist aber nicht so zu verstehen, als ob sie dann im ganzen maligne ausarten, sondern von einzelnen Stellen aus, die indifferente Zelldepots enthalten, geht die destruktive karzinomatöse oder sarkomatöse Wucherung aus und wächst auf Unkosten des Adenoms bzw. Myoms, indem es diese zerstörend durchsetzt, ebenso wie die maligne Neubildung in einem normalen Organ dieses destruktiv durchwächst.)

34. Moraller, F. K., Demonstration eines Cervixmyoms. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 8. Mai 1914. Bericht: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 3. S. 901. (Aus technischen Gründen wurde bei der 49jährigen Frau der Uterus mitentfernt. Etwa 1 cm unterhalb des inneren Muttermundes entspringt von der hinteren Cervixwand mit einem fingerdicken Stiel das reichlich kindskopfgrosse Myom, von dessen Oberfläche aus noch zahlreiche Bindegewebsstränge nach der rechten Hälfte der hinteren Cervixwand hinziehen. Es hatte zu zeitweiser Harnverhaltung geführt. — Aussprache: Franz, Moraller.)

35. Oldekop, A. M., Intraligamentäres lymphangiektatisches Riesenmyom. Journ. akush. i shensk. bol. Juni 1913. (Russisch.) (7,7 kg schwerer Tumor per laparotomiam exstirpiert. Genesung.)

36. Olow, J., Sur la présence simultanée de myomes et de tumeurs malignes et de l'importance de cette coexistence sur la question du traitement des myomes. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Bd. 4. Nr. 10. S. 369. (Seit 1909 wurden sämtliche wegen Myom exstirpierte Uteri — 154 an der Zahl — auf das Vorhandensein maligner Veränderungen untersucht. Siebenmal wurde das Myomgewebe sarkomatös entartet gefunden und einmal entstand Sarkom im Amputationsstumpf ein Jahr nach der Operation. Frequenz also 5,2%. Diese Fälle werden ausführlich beschrieben. Kritik der Statistiken von Essen-Möller, Troell, Miller und Klein. Verf. rät zur grössten Vorsicht bei der Bestrahlungsbehandlung operierbarer Myome. Aus demselben Grunde soll wennmöglich immer die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen werden. Bei nicht zu jugendlichen Frauen sollen auch immer beide Ovarien mitentfernt werden.)

37. Péraire, M., Hémorragies utérines. Soc. de méd. de Paris. Sitzg. vom 24. Dez. Bericht: Presse méd. 1916. Nr. 2. S. 14. (15jähriges Mädchen. Die Blutungen waren so stark, dass man ohne innere Untersuchung hätte an Hämophilie glauben können. Es wurden jedoch in der Uterushöhle fibröse Polypen gefunden, nach deren Entfernung vollständige Heilung eintrat.)

38. Petty, O. H. and R. L. Pitfield, Enormous tumor of the uterus. Med. Record. Bd. 87. Nr. 2. S. 62.

39. Phillips, J., Malignant change in fibroid. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 27. Heft 1. S. 20. (40jährige Frau. Bei der Geburt des zweiten Kindes, vor neun Jahren, wurde ein Myom entdeckt. Curettage wegen übermässiger Menstruation hatte Erfolg. Jetzt Totalexstirpation wegen dauernder Blutung. Mikroskopische Diagnose: Haemangioendothelioma mit geringer Malignität. Heilung seit einem Jahr.)

40. — Some cases of uterine fibroid associated with pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 27. Heft 1. S. 18. (Mehrere Fälle von Infektion und Nekrose von Myomen während der Schwangerschaft. Auszug im Kapitel „Myom und Schwangerschaft", Nr. 16.)

41. Rezza, T., Gravidanza nervosa in donna affetta da fibroma uterino. Lucina. 1914. Bd. 19. Heft 1. (Kasuistisch. Die Abderhaldensche Reaktion wurde nicht angestellt.)

42. Rubin, J. C., X-ray diagnosis in gynecology with the aid of intrauterine collargol injection. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Heft 4. S. 435. (10% Kollargollösung gleich auf dem Röntgentisch in den Uterus injiziert. Ausfliessen aus den Tuben in die Bauchhöhle hatte keinerlei peritonitische Reizung zur Folge. Die Prozedur soll ohne Gefahr sein.)

43. Rüder, W., Demonstration eines Myoms, das zu Ileussymptomen führte. Geb. Ges. zu Hamburg, Sitzg. vom 22. Dez. 1914. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. S. 139. (Äusserst kachektische 59jährige Patientin, die das sehr grosse Myom schon viele Jahre getragen hatte. Ausgedehnte Netzverwachsungen mit dem Tumor. Nach gutem Verlauf in der ersten Woche post operat. traten von neuem typische Erscheinungen von Duodenalverschluss ein und brachten die schon vorher zum äussersten erschöpfte Patientin trotz aller angewandten Mittel ad exitum. Die Sektion ergab das Bild des Duodenalverschlusses mit extremer Magenerweiterung, neben Myodegeneratio cordis und Koronarsklerose. Aussprache: Prochownick, Garrens, Calmann, die den bisherigen, besonders von Albrecht vertretenen und auch in diesem Falle bewiesenen Standpunkt teilen.)
44. Schickele, G., Rezidivierende Cervixpolypen gutartiger Natur. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn., Sitzg. vom 8. März 1914. Bericht: Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Ergänzungsheft. S. 125. (Bei der 41jährigen Frau waren schon vor zwei und vor sieben Jahren ganz ähnliche, walnuss- bis haselnussgrosse gutartige Polypen von demselben histologischen Bilde wie der jetzige entfernt worden. Das auffallende an deren histologischen Bau ist der stellenweise Reichtum an kollabierten Gefässen, so dass das Bild vielfach das Aussehen eines Angioms gewinnt. Dies täuscht zuweilen einen Zellreichtum vor. — Aussprache: Menge hält doch den Polypen, dessen Zellreichtum ein ungewöhnlich grosser ist, wie man ihn in fibromatösen Uteruspolypen nicht zu sehen bekommt, für ein Sarkom. Mayer erklärt das Rezidivieren nicht als „Nachwachsen", sondern als Entwicklung aus mehrzentrischer Anlage.)
45. Schwarz, E., Brief review of the subject of adenomyoma uteri and related conditions. Bull. of the Womens Hosp. New York. Bd. 1. Heft 1. S. 49.
46. Seheult, R., A case of fibrosis uteri: vaginal hysterectomy: recovery. Brit. Med. Journ. Nr. 2859. S. 568. (Kasuistisch. Die 37jährige, leicht anämische Frau hatte viermal geboren, ohne Fehlgeburten. Das jüngste Kind ist sieben Jahre alt. Seit sechs Jahren Fluor albus; die Menstruation war bis vor einem Jahre regelmässig geblieben. Curettage hatte nur vorübergehenden Erfolg. Das Weitere ergibt sich aus der Überschrift.)
47. Shlenker, M. A., Cervical myoma; report of unusual case. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 68. Nr. 5. S. 346.
48. Shoemaker, G. E., Sarcomatous degeneration of an uterine fibromo five years after Roentgen-ray treatment for pressure and hemorrhage. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 20. S. 1653. (Der Fall legt von neuem die Bedeutung klar einer zeitigen operativen Behandlung.)
49. — Uterine fibroids. New York Med. Journ. Bd. 102. Heft 9. S. 442.
50. Spaeth, E., Demonstration eines Uterus einer früher tuberkulösen Frau, wegen Blutungen kastriert. Wegen Blutungen nach zwei Jahren Röntgenbestrahlung. Exstirpatio uteri myomatosi mit Korpuskarzinom. Geb.-gyn. Ges. in Hamburg. Sitzg. vom 11. Febr. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. S. 248.
51. Stickney, Adenomyoma diffusum uteri, daneben und davon getrennt ein Adenomyom über dem linken Ureter. Johns Hopkins Hosp. Med. Soc., Sitzg. vom 13. Mai. Bericht: Johns Hopkins Hosp. Bull. Nr. 294.
52. Stone, J. S., The temperature range after supravaginal hysterectomy for myofibromata. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 2. S. 181. (Fast die ganze Morbidität nach supravaginaler Hysterektomie wegen Myom ist auf Infektion in der Umgebung des Stumpfes zurückzuführen. Es bilden sich leicht Hämatome unter dem Peritoneum und diese haben Neigung zu vereitern. Verf. machte in diesen Fällen gute Erfahrungen mit Jodium als Antiseptikum. Wenn die Anhänge zurückgelassen worden sind, schwellen diese oft an infolge Störungen in der Blutversorgung. Die Schwellung nimmt aber nach kurzer Zeit wieder spontan ab.)
53. Strong, L. W., The morphology and histogenesis of stromatogenous uterine neoplasms. Bull. of the Womens Hosp. New York. Bd. 1. Heft 1. S. 26 und Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 71. Nr. 446. S. 230. (Eingehende genetisch histologische Betrachtungen über die Verwandtschaft zwischen Sarkomen und Leiomyoblastomata, gewöhnlich genannt „Fibrome". Verf. berücksichtigt in seinen Betrachtungen besonders die Ansichten Meyers im Veitschen Handbuch. Auf Grund seiner Anschauungen schlägt er auffallende Veränderungen in der Nomenklatur der betreffenden Tumorbildungen vor. Die lesenswerte Arbeit ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet. — 8 Mikrophotogramme.)

54. Stubbs, Uterusfibroide. Delaware State Med. Soc., Sitzg. vom 11.—12. Okt. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. 6. Nov. S. 1671.
55. Tédenat, E., Fibromes du col utérin. Réunion obst. et gyn. de Montpellier, Sitzg. vom 1. April 1944. Bericht: Annales de gyn. et d'obst. Bd. 11. Heft 8 S. 477. (Nach der Statistik des Verf. kommen auf 390 Fälle von Myomen des Uteruskörpers nur 12 von Myomen der Cervix. Sie sind meist solitär und veranlassen nur geringe Blutung. Die Myome der vorderen Wand drängen die Blase in die Höhe; sie sind leicht auszuschälen. Die der hinteren Wand wölben das Peritoneum vor und werden öfters gestielt. Am schwierigsten lassen sich die Myome der Seitenwände operieren. Der Ureter ist meist nach unten, hinten und aussen gedrängt; die Uteringefässe dagegen ziehen meist über den Tumor hinweg.)
53. Tracy, S. E., Treatment of fibromyomata uteri; whether surgery or radiotherapy. Pennsylvania Med. Journ. Bd. 18. Nr. 5. S. 353. (Auszug siehe im Kapitel „Strahlentherapie der Myome", Nr. 43.)
57. Tyler, G. T., The importance of destroying the cervical mucosa in subtotal hysterectomy as a cancer-preventing measure. Southern Med. Journ. Bd. 8. Nr. 7. S. 597.
58. Vidal, Troubles urinaires au cours de l'évolution des fibromes utérins. Thèse de Lyon 1913. Dez.
59. Vineberg, H. N., Vaginale subtotale Hysterektomie wegen Vorfall und ausgedehnter Zystorektocele bei chronischer Fibrosis uteri. New York. Acad. of Med., Abt. f. Geb. u. Gyn., Sitzg. vom 23. Febr. Bericht: Med. Record. 9. Oct. S. 626.
60. — What is the fate of the ovaries left in situ after hysterectomy. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 21, Heft 5. S. 559.
61. Ward Jr., G. Gray, Uterus duplex and double vagina complicated by interstitial fibroids. New York Obst. Soc., Sitzg. vom 10. Nov. 1914. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 71. Nr. 446. S. 322. (Unverheiratete 33jährige Frau. Die vorhin immer regelmässig und in normaler Stärke und Dauer eintretende Menstruation war vor zwei Jahren frequenter und stärker geworden. Heftige Schmerzen. Bei der Untersuchung der auch andere Degenerationszeichen (Chondrodystrophie] aufweisenden Patientin wurde der doppelte Genitalkanal gefunden. Ureteren normal; in der Blase Andeutung einer Doppelbildung [Vorbuchtung des mittleren Abschnittes der hinteren Wand]. Panhysterektomie; die normalen Adnexe wurden zurückgelassen. Zahlreiche Myome liegen in der Wand der doppelten Uterushöhle zerstreut, von denen eins Zeichen maligner Veränderungen aufweist.)
62. Zalesky, Résultats éloignés après 10 ans des oophorectomies et des hysterectomies. Thèse de Paris. 1914. Febr.

Für das genauere Verständnis der **Genese** der Myome sind die Untersuchungsresultate, über die Mayer (32) in der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie berichtet hat, von grösstem Interesse. Es wurde das Verhalten des Blutserums von 30 Myompatientinnen gegen Ovarialsubstanz untersucht. Als Substrat wurden verwendet die individuumeigenen, bei der Operation gewonnenen Eierstöcke und individuumfremde von anderen Myompatientinnen, von Uteruskarzinomkranken, Graviden und, soweit es ging, von Genitalgesunden. Es wurde gefunden, dass die Eierstöcke von Genitalgesunden und Karzinomkranken nie abgebaut wurden. Dagegen bauten die Myompatientinnen das eigene Ovarium weitaus in der Mehrzahl der Fälle ab, das Ovarium anderer Myompatientinnen aber nur in 50% der Fälle. Letztere Befunde beweisen, dass beim Myom eine Dysfunktion des Eierstocks besteht, die keine zufällige, sondern Ursache des Myomwachstums ist. Mayer glaubt mit einer primären Funktionsstörung der Ovarien beim Myom die verschiedensten Erscheinungen zwanglos von einem ganz einheitlichen Gesichtspunkt aus erklären zu können.

Zu demselben Thema ist die Arbeit von Strong (53) beachtenswert. Der Verfasser berücksichtigt in seinen Betrachtungen besonders die Ansichten Meyers im Veitschen Handbuch und schlägt auf Grund seiner Anschauungen auffallende Veränderungen in der **Nomenklatur** der betreffenden Tumorbildung vor.

Für die Annahme eines Zusammenhanges zwischen **Uterusmissbildung und Myom** der Gebärmutter könnte der von Ward (61) veröffentlichte Fall eine weitere Stütze beibringen.

Über die Rolle der **Sterilität** bei der Entstehung von Myomen im Uterus herrschen verschiedene Ansichten. Mayer (32) hält beide für ein Symptom der gestörten Eierstockstätigkeit. Dagegen ist Menge (Aussprache zu Mayer, 32) aus eigenen Beobachtungen zum Gedanken gekommen, dass durch die Generationswirksamkeit des Uterus Myomanlagen

abgebaut werden können, dass somit eine gewisse Fruchtbarkeit des Weibes geradezu ein Präservativ gegen die Myomatosis uteri sein könnte. Menge und Fehling (siehe Mayer, 32) glauben festgestellt zu haben, dass auch die willkürliche fakultative Sterilität die Entstehung der Myome begünstigt.

Zur Erweiterung unserer Kenntnisse über die **verschiedene Art der Entwicklung** der Uterusmyome sei auf folgende Arbeiten hingewiesen. **Multiple Myome** im Uterus werden von Macnaughton (29), Grad („Myom und Schwangerschaft", 6) und Vineberg (60) beschrieben. In letzterem Falle handelt es sich jedoch mehr um eine chronische Fibrosis uteri. **Riesenmyome** sind von Oldekop (35) und Petty (38) beobachtet. Den Publikationen von Legal-Lassale (27), Mandl (31), Moraller (34), Shlenker (47) und Tédenat (55) liegen Fälle von **Cervixmyomen** zugrunde. Besonders die beiden ersten Verfasser haben sich eingehend mit der Genese, pathologischen Anatomie und Klinik dieser Geschwülste befasst. Nach Legal-Lassale soll die Frequenz der Cervixmyome etwa 8,5% der gesamten Uterusmyome betragen. Tédenat (55) konnte gegenüber seinen 390 Fällen von Myom des Uteruskörpers nur 12 von solchen Tumoren der Cervix in seinem Material nachweisen. Sämtliche genannten Verfasser, sowie auch Schauta [siehe bei Mandl (31)] befassen sich eingehend mit den technischen Schwierigkeiten bei der Operation dieser Geschwülste, besonders in bezug auf die Blase und die Ureteren. — Gestielte **intrauterine Polypen** werden von Péraire (37) und Schickele (44) beschrieben. Von Hilliger (22) stammt eine Dissertation über **Polypen an der Aussenfläche der Portio vaginalis uteri.** Ferroni (13) hat eine grössere Arbeit verfasst über die **subperitoneale Entwicklung** der Myome. Ein **intraligamentär** entwickeltes Riesenmyom beschreibt Oldekop (35). Amann (2) und Schwarz (45) haben Arbeiten über **Adenomyome** des Uterus veröffentlicht; die von ersterem handelt speziell über die **Serositis fibroadenomatosa recto-cervicalis.**

Zur **Diagnose** der Uterusmyome benutzt Rubin (42) die **Röntgenaufnahme** des mit 10%iger Kollargollösung angefüllten Uterus. Die Injektion wird gleich auf dem Röntgentisch gemacht und soll ohne Gefahr sein; Ausfliessen der Lösung aus den Tuben in die Bauchhöhle hatte keinerlei peritonitische Reizung zur Folge. — Die Ergebnisse, welche Keitler und Lindner (25) mit der **Abderhaldenschen Dialysiermethode** bei Myomen hatten, waren im ganzen nicht hervorragend, grossenteils aber wohl nur wegen technischer Fehler. Der Ausbau der Technik dieses Verfahrens geht zurzeit noch die Lösung komplizierter klinischer Probleme vor. Pesharskaja (Kap. „Karzinome", Nr. 161) hat bei gynäkologischen Kranken die **Alkaleszenz des Blutes** bestimmt. Er fand dieselbe bei Myomen unverändert, bei Karzinomen stark herabgesetzt und glaubt diesen Befund sogar differentialdiagnostisch verwerten zu können.

Unter den **Erscheinungen** der Myome sind die **Blasensymptome** von Wichtigkeit. Vidal (58) hat darüber eine Dissertation verfasst. Mit dem Symptom der **Blutungen** bei Myomen haben sich Lejars (28) und Péraire (37) beschäftigt. Von Amster (4), Phillips (40) und Rüder (43) werden drei Fälle von durch Myome hervorgerufene **Ileuserscheinungen** beschrieben. Im Falle Phillips waren Adhäsionen um den im Puerperium degenerierten Tumor die Ursache. Heilung durch subtotale Hysterektomie. Johnston (24) sah eine **Inversion des Uterus** bei einer Nullipara, hervorgerufen durch ein submuköses Fibromyom.

Infektion und Vereiterung von Myomen ist kein seltenes Vorkommnis, das oft erhebliche Störungen nach sich zieht. In dem von Basso (7) veröffentlichten Fall konnte aus dem Eiter der Diplococcus capsulatus pneumoniae Fraenkel gezüchtet werden. Etwa drei Monate vor der Operation hatte die Patientin eine Pneumonie durchgemacht. Die Keime sollen auf dem Blutwege in den vermutlich sich schon in Nekrose befindlichen Fibromknoten gelangt sein. Charakteristische Symptome der Vereiterung gibt es nach Bassos Ansicht nicht. Bei einer von Fothergill (15) beobachteten Patientin brach der vereiterte Tumor spontan im Nabel durch; Amann (3) und Blake (8) beobachteten Myome, die, nekrotisch geworden, in die Uterushöhle durchbrachen. Halban (20) konnte Streptokokken in dem Eiter eines im Innern zerfallenen Uterusmyoms nachweisen; die Infektion muss in diesem Falle auf dem Blutwege entstanden sein. Phillips (Kapitel „Myom und Schwangerschaft" Nr. 16) konnte bei seiner Patientin die Infektionsquelle nicht nachweisen. Malcolm (30) fand ein Fibromyom frei von Adhäsionen in einem Beckenabszess in der Bauchhöhle.

Campione (10) bespricht die **Komplikation** von Uterusmyomen **mit entzündlichen Erkrankungen der Adnexe**; Brettauer (9) fand drei Fälle von Myom durch **Darmkrebs** kompliziert. Nach Resektion trat Heilung ein.

Mehrere interessante Fälle von **Degeneration** von Uterusmyomen wurden publiziert. Blake (8) exstirpierte ein **hyalin degeneriertes Myom**; sechs Monate später hatte die Patientin

ein inoperables Sarkomrezidiv. Ackermann (1) verfasste eine Dissertation über **zystisch degenerierte Fibrome** des Uterus. Zahlreich sind die Fälle von **sarkomatöser Entartung.** Es wurden solche Fälle beschrieben von Blake (8), Decker (ein Leiomyoma sarcomatodes in der Schwangerschaft; 12), Halban (ein sarkomatös entartetes, gestieltes Myom, in die Bauchhöhle durchgebrochen; 21), Lahm (26), Meyer (33), Schickele (44) und Shoemaker (48). Olow (36) stellte an seinen 154 wegen Myom exstirpierten Uteri eine Sarkomfrequenz von 5,2% fest und übt Kritik an den Statistiken von Essen-Möller, Miller, Klein u. a. Strong (53) veröffentlicht eingehende genetisch-histologische Betrachtungen über die Verwandtschaft zwischen Sarkomen und Leiomyoblastomen. Auf Grund seiner Anschauungen schlägt er auffallende Änderungen in der Nomenklatur der betreffenden Tumorbildungen vor. Übrigens sind noch zu diesem Thema gehörige Arbeiten in dem Kapiteln „Sarkome“ und „Strahlentherapie der Myome“ nachzusehen.

Lahm (26) beschreibt eine Form des Myoms, welche ihrem Wachstum und ihrer Ausbreitung nach dem sog. intravaskulären Myom zugezählt werden muss, die ihrem histologischen Aufbau nach aber zu den **malignen Myomen** gehört. Der sarkomatöse Charakter solcher Fälle lässt sie besser als maligne ansprechen. Er gibt eine Übersicht der bisher veröffentlichten Fälle dieser Art.

Auch Fälle von **Zusammentreffen von Myom und Karzinom** im selben Uterus sind verschiedentlich publiziert worden. Artault de Vevey (5) stellt sich den Vorgang in der Weise vor, dass Karzinomzellen, die vorher in fibrösem Gewebe gefangen sassen, frei werden und sich zu vermehren anfangen. Gaither (19) und Spaeth (50) teilen kasuistische Fälle mit. Tyler (57) empfiehlt, aus Vorsorge zur Verhinderung der späteren Karzinomentwicklung, bei einer subtotalen Hysterektomie die Zervikalschleimhaut zu zerstören. Von Phillips (39) wurde die ausführliche Beschreibung des mikroskopischen Befundes in einem Falle von Haemangioendothelioma in einem myomatösen Uterus publiziert. Im Kapitel „Karzinome“ wird über einige weitere Fälle berichtet.

Als **besondere Formen von Myomen** sei noch auf die von Frankl (18) und Oldekop (35) veröffentlichten Fälle hingewiesen. Im ersteren handelt es sich um ein **traubiges Myom** mit weitgehender Verästelung und Doldenbildung und reicher Vaskularisation der Myomträubchen. Verf. glaubt an Myomkeime, die in der Schleimhaut selbst ihren Ausgangspunkt nehmen von Muskelbündeln, die vom Myometrium aus in die Schleimhaut ziehend den Drüsengrund umspinnen.

Die **Therapie** der Uterusmyome bewegt sich jetzt fast ausschliesslich auf radiologischem und chirurgischem Gebiete. Nur Artault de Vevey (5) veröffentlicht noch Erfahrungen mit intramuskulären Einspritzungen von **Thiosinamin.** Angeblich sollen die Resultate gute sein.

Die **Indikationsstellung: Operation oder Bestrahlung.** wird von R. T. Frank (16) zum Thema einer recht lesenswerten Abhandlung herangezogen. Er kommt auf Grund einer umfassenden Statistik und gründlicher Überlegung zum Schluss, dass Röntgenbehandlung bei Uterusmyomen nur in Ausnahmefällen angewiesen ist, höchstens in 5—6% sämtlicher Tumorfälle dieser Art. Auch die hohen Kosten der Bestrahlungsbehandlung, durch die die weniger bemittelten Patientinnen auszuschliessen sind, spielen dabei eine Rolle.

Von der **Oophorektomie** ist man ziemlich abgekommen. Zalesky (62) hat in einer Dissertation die Erfolge dieser Operation nach 10jährigem Zeitabschnitt zusammengestellt und mit den Resultaten der Hysterektomie verglichen.

Fischer (14) hat über die **vaginale Korpusamputation** des Uterus eine Dissertation verfasst. Interessant ist die Beobachtung von Frankl (17), dass bei einer Frau nach Korpusamputation die Menstruation regelmässig bestehen blieb und später sogar in einer anhaltenden starken Blutung ausartete, obschon auf keinem Schnitte durch die exstirpierte Cervix mehr als sechs bis acht sichere Korpusdrüsen nachweisbar waren. Tyler (57) betont die Wichtigkeit, nach subtotaler Hysterektomie die Cervixschleimhaut zu zerstören, aus Vorsorge gegen die Entstehung von Karzinom. Nach Stone (52) ist fast die ganze Morbidität nach supravaginaler Uterusexstirpation wegen Myom auf Infektion in der Umgebung des Stumpfes zurückzuführen. Es bilden sich leicht Hämatome unter dem Peritoneum und diese haben Neigung zu vereitern. Stone machte in diesen Fällen gute Erfahrungen mit Jodium als Antiseptikum. Wenn die Anhänge zurückgelassen worden sind, schwellen diese oft infolge Störungen in der Blutversorgung. Die Schwellung nimmt aber nach kurzer Zeit wieder spontan ab.

Die **Röntgentherapie** der Myome ist in einem eigenen, dem nächsten Kapitel abgehandelt.

Strahlenbehandlung der Myome.

(S. a. „Strahlenbehandlung der Karzinome“ und für die Technik „Elektrizität usw.“)

1. Abbe, R., Uterine fibroids, menorrhagia and radium. New York. Med. Record. Bd. 87. Nr. 10. S. 379. (50 bis 100 mg Radiumelement in konzentrierter Form werden in schmalen Tuben während zwei Stunden, ohne Filter, eingelegt. Wenn nach zwei Monaten die Blutung wiederkehrt, wird diese Behandlung wiederholt. Auf Stillung der Blutung ist die erste Absicht gerichtet. Nebenbei wird oft der Tumor kleiner und schwindet manchmal ganz. Nachuntersuchung alle sechs Monate. Verf. empfiehlt diese Behandlung für alle Myome, ausgenommen die gestielten.)
2. Arbassier, H., Revue critique de l'action des Rayons X sur l'ovaire en gynécologie. Thèse de Paris. 1914. Nr. 336.
3. Boerma, N. J. A. F., Stralenbehandeling bij ziekten der vrouwelijke geslachtsdeelen — een aanwinst. (Strahlenbehandlung der Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane — ein Gewinn.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Hälfte. Nr. 12. S. 1494. (Holländisch.) (Polemik gegen Kouwer — cf. Nr. 18. Röntgenbehandlung bei Myomen ist keine Kastration, sondern verfrühte und schnelle künstliche Hervorrufung des Klimakteriums, was nicht dasselbe ist. Überdies sind die Ovarien von Myompatientinnen an sich schon nicht normal. Ein mit dem Myom kombiniertes Karzinom ist, wenn danach gesucht wird, immer zu erkennen. — Verf. teilt ausführlich die Krankengeschichten von zwei Myomkranken mit, die mit ausgezeichnetem Erfolg: Aufhören der Blutung, Besserung der Anämie und des Allgemeinzustandes, Kleiner- und Härterwerden der Tumoren bestrahlt wurden.)
4. Frank, F., Myome, die sich zur Röntgenbehandlung nicht eignen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln, Sitzg. vom 2. Juli 1913. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 2. S. 174—176. (1. Submuköse Myome. Die Operation war durch Verwachsungen äusserst schwierig. 2. Ein ähnlicher Fall. Beide Frauen sind nach der Operation sehr zufrieden. Aussprache: Grässner macht die technischen Angaben über die Bestrahlung. Samuel, Löschke, Cramer.)
5. Frank, R. T., The choice between operation and Röntgenization of uterine fibroids. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 453. S. 409. (Von seinen Privatfällen erforderten 45% der Uterusmyome irgend eine Behandlung. Ferner stellt Verf. in vier Tabellen sämtliche 419 Myomfälle der gynäkologischen Abteilung des Mt. Sinai Hospitals in New-York (Dr. J. Brettauer) zusammen in bezug auf Alter der Patienten, Kontraindikationen gegen Operation, Verhältnis zwischen palliativen, radikalen und konservativen Eingriffen, Komplikationen und Mortalität. Verf. kommt daraus zum Schluss — auch wegen der hohen Kosten der Bestrahlungsbehandlung, durch die die weniger bemittelten Patienten auf alle Fälle auszuschliessen sind — dass Röntgenbehandlung bei Uterusmyomen nur in Ausnahmefällen angewiesen ist, höchstens in 5—6% sämtlicher Tumorfälle dieser Art.)
6. Freund, L., Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Med. Klinik. Nr. 3. S. 78.
7. — Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Med. Klinik. Nr. 46. S. 1296.
8. Friedrich, W. und B. Krönig, Die Strahlenbehandlung der Myome in einer einmaligen Sitzung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. S. 1669. (Vorwiegend technisch. Die bisherigen Verfahren haben den Nachteil, dass sie zu lange dauern. Verff. haben versucht, die für die Funktionsaufhebung des Ovariums notwendige Dosis in einer einzigen Sitzung zu applizieren. Es gelang ihnen, diese „Ovarialdosis“ mittelst Iontoquantimeters im Rektum festzustellen; dieselbe ist keinen sehr grossen individuellen Schwankungen unterworfen. Ausserdem haben sie zu erreichen versucht, die Zahl der Einfallspforten bei der Bestrahlung auf eine einzige zu reduzieren. Beides ist gelungen. In etwa drei Stunden wird bei einem Felde die notwendige Ovarialdosis verabreicht. Die Methode wurde bisher in 75 Fällen ausprobiert; bei 40 darf sie als abgeschlossen betrachtet werden, da die Amenorrhoe erzielt wurde; bei den übrigen sind die 2—3 Monate, nach denen die Amenorrhoe einzutreten pflegt, noch nicht verstrichen. Weiteres teilen die Verff. von ihren Erfahrungen nicht mit. Die Methode wird auch bei der Karzinombestrahlung angewendet; die Resultate sollen unvergleichlich besser sein wie mit den früheren Verfahren.)
9. Fürstenau, R., M. Immelmann und I. Schütze, Leitfaden des Röntgenverfahrens für das röntgenologische Hilfspersonal. Stuttgart 1914. F. Enke.

10. Gocht, H., Handbuch der Röntgenlehre, zum Gebrauch für Mediziner. 4. umgearbeitete und vermehrte Aufl. Stuttgart 1914. F. Enke.
11. Granger, J. B., Further observations on the production of sterility by the Roentgen rays. Med. Record. Bd. 87. Nr. 19. S. 776. (Nur der erste Fall bezieht sich auf Sterilität bei der Frau. Nach 59 Sitzungen wegen eines grossen Uterusmyoms war bei der Hysterektomie an den Ovarien mikroskopisch nicht die geringste Veränderung zu bemerken.)
11a. Heimann, F., Die physikalischen, technischen und klinischen Grundlagen der Strahlentherapie der Breslauer Frauenklinik. Therap. Monatsh. H. 11. S. 602.
12. Holzknecht, G., Röntgenologische Übersicht 1914—1915. Jahresk. f. ärztl. Fortb. Heft 8. S. 49.
13. — H. Wachtel, C. Weissenberg und R. Mayer, Die gasfreie Röntgenröhre nach J. E. Lilienfeld. Erprobung und Anpassung ihres Betriebes an die praktischen Zwecke. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. S. 837. (Wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert.)
14. Hüssy, P., und J. Wallart, Interstitielle Drüse und Röntgenkastration. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1. S. 177. (Die Röntgenstrahlen haben eine elektiv-zerstörende Wirkung auf den Follikelapparat des Ovariums. Die interstitielle Drüse wird nicht nur nicht geschädigt, sondern scheint eher zu hypertrophieren. Bei der Röntgenbehandlung der Myome handelt es sich infolgedessen wahrscheinlich nicht um eine reine Kastration. Daraus könnten sich vielleicht die von verschiedenen Autoren beobachteten weniger heftigen Ausfallserscheinungen erklären. Im Endometrium finden sich vor allem Gefässschädigungen. Rezidive nach Bestrahlung lassen sich nicht ganz sicher ausschliessen und sind als Follikelrezidive anzusehen. — Auf 1 Tafel 3 farbige Abbildungen histologischer Präparate.)
15. Janus, F., Eine Beobachtung bei Röntgenbestrahlungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. S. 1009. (Anlässlich eines warmen Vollbades nach einer Reihe von Röntgenbestrahlungen machte Verf. die Beobachtung, dass auf der noch vollständig weissen Haut eine Rötung und deutliche Abgrenzung der bestrahlten Felder gegenüber der nicht bestrahlten Haut unter dem Einfluss des warmen Bades entstand. — Siehe hierzu auch Kaestle, Nr. 16.)
16. Kaestle, C., Eine Beobachtung bei Röntgenbestrahlungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. S. 1186. (Bemerkung zur gleichnamigen Veröffentlichung von Janus, in derselben Zeitschrift — cf. Nr. 15. Hat gleiche Beobachtungen schon früher bei d'Arsonvalisation nach Röntgenbestrahlung gemacht. Zu praktischen Vorteilen haben diese aber nicht geführt.)
17. Kelly, A., Howard, The radium treatment of fibroid tumours. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Heft 3. S. 271. (Intrauterine Anwendung nach Dehnung der Cervix mit Laminariastiften. Es werden 380 bis 724 mg Radium während $1^1/_2$ bis 6 Stunden eingelegt. Hervorragende Wirkung auf die Blutungen, die zum normalen Menstruationstypus wiederkehren und auf die Grösse der Tumoren. Dieselben verschwinden oft nach 3—8stündlicher Bestrahlung, ungeachtet, ob es sich um submuköse, intramurale oder subperitoneale Geschwülste handelt. In drei Fällen blieb trotzdem die Menstruation bestehen. Kelly hält für die ideale Dosierung 500 mg Radium während zwei Stunden. In 50 % der Fälle, in denen Amenorrhoe eintrat, fehlten die Symptome des Klimakteriums vollkommen. Auch andere Schädigungen traten nicht ein. Die Resultate gehen aber nur erst über 36 Fälle, während zwei Monaten bis $1^1/_2$ Jahr.)
18. Kouwer, B. J., Stralen-behandeling bij ziekten der vrouwelijke geslachtsdeelen een gevaar. (Strahlenbehandlung bei Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane eine Gefahr.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Hälfte. Nr. 9. S. 1245. (Holländisch.) (Verf. richtet sich gegen die Strahlenbehandlung der Uterusmyome und Metropathien auf Grund der Nachteile, die an der damit verbundenen oder in der Folge drohenden Kastration verbunden sind. Auch nach Eintritt der Menopause behält das Ovar seine grosse Bedeutung für das Geschlechtsleben der Frau. Es ist Verf. unbegreiflich, wie man nach den schlechten Erfahrungen mit der operativen Kastrationsbehandlung der Myome (von der man ganz abgekommen ist), auf eine Kastration durch Strahlenbehandlung hat zurückkommen können. Zur Behandlung der Metropathien, über deren Zusammenhang mit anatomischen und biologischen Veränderungen im Ovar so gut wie gar nichts bekannt ist, ist die Kastration noch weniger geeignet. Eine willkürliche Beeinflussung der ovariellen Funktion, ohne dieselbe vollkommen aufzuheben, wie von manchen Röntgentherapeuten behauptet wird, ist nach Ansicht des Verf. unmöglich.)

19. **Lange**, S., Menorrhagia and uterine myoma treated by Roentgen ray. Lancet-Clinic. 1914. Bd. 112. Nr. 25. S. 661.
20. — Report of Roentgen-ray treatment of menorrhagia and uterine fibroids. Lancet-Clinic. Bd. 114. Nr. 3. S. 59.
21. — Röntgentherapie der Menorrhagien, Dysmenorrhagien und Uterusmyome. Amer. Röntg. Soc., Sitzg. vom 22.—25. Sept. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. 6. Nov. S. 1669.
22. — Neue Resultate bei Strahlenbehandlung von Menorrhagien, Dysmenorrhagien und Uterusmyomen. Mississippi Valey Med. Assoc., Sitzg. vom 19.—22. Okt. Bericht: Med. Record. 3. Nov. S. 851.
23. **Lockyer**, C., The future of radiology in gynecological practice. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1914. Bd. 26. S. 92. (Allgemeine Hinweise auf das schon Erreichte und noch zu Erreichende durch die Strahlentherapie. Der Gynäkologe hat zuerst Chirurg und jetzt Radiologe werden müssen!)
24. **Olow**, J., Sur la présence simultanée de myomes et de tumeurs malignes et de l'importance de cette coexistence sur la question du traitement des myomes. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Bd. 4. Nr. 10. S. 369. (Auszug siehe im Kapitel „Myome", Nr. 36.)
25. **Panner**, H. J., and S. **Kjaergaard**, Röntgenbehandlung von Metrorrhagien und Fibromen, 60 Fälle. Ugeskrift f. Laeger. Bd. 77. Nr. 40. S. 1571.
26. **Pfahler**, G. E., Röntgenotherapy in uterine fibroids and uterine hemorrhage. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 451. S. 79 und Amer. Gyn. Soc., Sitzg. vom 20. Mai. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 453. S. 703. (Die Bestrahlung soll von einem Röntgenologen in Zusammenarbeit mit dem Gynäkologen geschehen. Sowohl bei Myomen, wie bei der Metropathia lässt sich durch diese Behandlung die Blutung stillen. Die Myome nehmen an Grösse ab, auch noch lange Zeit nach Aufhören der Bestrahlung. Blutungen im Klimakterium hören auf; bessert sich nicht in Übereinstimmung damit der Allgemeinzustand, so liegt Verdacht auf Malignität vor. Auch bei inoperablen Karzinomen sind gute Resultate zu verzeichnen und die prophylaktische Bestrahlung nach Karzinomoperation ist sehr zu empfehlen.)
28. **Ponzio**, M., e **Turco**, Sulla radioterapia dei fibromiomi uterini. La Clin. ost. Bd. 17. April. Nr. 8.
29. **Ribbert**, H., Die Histogenese des Röntgen- (und des Teer-)Karzinoms. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1914. Bd. 22. Heft 5. (Auszug im Kapitel „Strahlenbehandlung der Karzinome, Nr. 87.)
30. **Roelofs**, R. J., Mijn ervaringen over de behandeling der fibro-myomen met X-stralen, vanaf Sept. 1911 tot einde 1913. (Erfahrungen mit der Röntgentherapie der Myome, von September 1911 bis Ende 1913.) Geneesk. Tijdschr. v. Nederl.-Indië. Bd. 55. Heft 1. S. 64. (Holländisch.) (Es kamen 30 Patientinnen zur Behandlung im Alter von 35—55 Jahren. Die mit kleinen Tumoren wurden leichter beeinflusst wie die mit grösseren. Sechs Patientinnen, die mit den grössten Tumoren, wurden ohne vorherige Bestrahlung operiert, vier andere nach erfolgloser Strahlenbehandlung. Mortalität 0. Die 20 übrigen sind unter Einfluss der Röntgentherapie praktisch geheilt. Die Tumoren schwanden vollständig. Verf. glaubt an eine elektive Beeinflussung der Tumorzellen durch die Röntgenstrahlen. Angaben über die Dosierung fehlen vollständig. Sechs Krankengeschichten werden mitgeteilt.)
31. **Röntgen**, W. C., Grundlegende Abhandlungen über die X-Strahlen. Zum 70. Geburtstag herausgegeben von der Physikal.-med. Gesellschaft in Würzburg. Würzburg, C. Kabitzsch. (43 S. u. 1 Porträt. Preis 70 Pf.)
32. **Rosenthal**, J., Strahlentherapie mittelst Ultradur-Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. S. 611. (Ausschliesslich Technisches, mit Angabe einer eigenen, harten Röntgenröhre.)
33. v. **Schroeder**, R., In welcher Weise wird das Uterusmyom durch Röntgenstrahlen beeinflusst? Diss. Jena. Jan. (Preisgekrönte Arbeit, Ref. unbekannten Inhalts.)
34. **Shoemaker**, G. E., Sarcomatous degeneration of a uterine fibroma five years after Roentgen-ray treatment for pressure and hemorrhage. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 20. S. 1653. (Kasuistisch. Die jetzt 56 jährige Patientin wurde im Jahre 1907 wegen eines Myoms lange Zeit röntgenbestrahlt, durch welche Behandlung die Blutungen aufhörten und der Tumor deutlich kleiner wurde. Im Jahre 1913 fingen aber die Blutungen von neuem an und der Uterus wurde wieder grösser. Abdominale Hysterektomie. Mikroskopisch wurde im Myom stellenweise starke Zellwucherung

gefunden, ohne dass die Neubildung die Kapsel durchwuchert hatte. Die Patientin zeigt jetzt nach einem Jahr noch keine Metastasen.)

35. Spaeth, E., Demonstration eines Uterus einer früher tuberkulösen Frau, wegen Blutungen kastriert. Wegen Blutungen nach zwei Jahren Röntgenbestrahlung. Exstirpatio uteri myomatosi mit Korpuskarzinom. Geb.-gyn. Ges. in Hamburg, Sitzg. vom 11. Febr. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. S. 248. (Kasuistik. — Die Bestrahlung eines Uterus nach einer Kastration war ein verfehltes Vorgehen, da sie im wesentlichen auf die Ovarien wirkt.)
36. Spinelli, P. G., L'actinoterapia in ginecologia; röntgenterapia sei fibromiomi uterini. Arch. ital. di Ginec. 1914. Bd. 17. Nr. 7. S. 155 und Nr. 9. S. 225.
38. Steiger, M., Bisherige Erfahrungen und Resultate aus dem Röntgeninstitut der Universitäts-Frauenklinik Bern. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 9. 10. 11 u. 13. (Ausführlicher Bericht, mit Wiedergabe der Krankengeschichten, über die Bestrahlungsbehandlung von 23 Fällen von Myom, 6 von Menstruationsstörungen, 3 von Pruritus, 10 von Karzinom. Längste Beobachtungszeit dauert seit Januar 1914. Von den 20 für die Berechnung in Betracht kommenden Myomfällen sind 17 als vollständig geheilt zu betrachten, sowohl bezüglich Sistieren der Blutungen wie Schwinden des Tumors. Nur ein einziger Misserfolg. Technik und Indikationen. — Die Beobachtungsdauer der prophylaktisch nachbestrahlten Karzinome ist noch zu kurz; die inoperablen Tumoren (5) kamen erst in ziemlich vorgeschrittenem Stadium zur Bestrahlung.)
39. Stern, M. A., Roentgen-ray treatment of uterine myomas and metrorrhagias. Journ. Lancet. Bd. 35. Nr. 7. S. 170.
40. Stern, S., X-ray treatment of uterine fibroids. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 453. S. 396. (Verf. hat die bekannten gynäkologischen Röntgeninstitute des Festlandes besucht, sich ein komplettes Freiburger Instrumentarium mitgenommen und bei sich die Gaussche Technik eingeführt. Der Erfolg war gut und stimmt mit den bisher beschriebenen vollkommen überein. Von über 100 Fällen, die bestrahlt wurden, wird von 22 kurz ein Behandlungsbericht mitgeteilt. Gefahren kleben der Methode nicht an. In Fällen, in denen eine bleibende Amenorrhoe erzielt werden soll, ist die Intensivbestrahlung der fraktionierten Dosierung vorzuziehen. Letztere Technik empfiehlt sich bei jungen Frauen, bei denen eine vorübergehende Amenorrhoe hergestellt werden soll. Alle unkomplizierten Myomfälle sind der Bestrahlungsbehandlung zu unterziehen. Indikationen und Kontraindikationen übrigens wie bei Gauss.)
41. Strauss, Strahlentherapie. Sammelreferat. Med. Klinik. Nr. 50. S. 1404.
42. Tillmanns, Demonstration eines ungewöhnlich grossen Röntgengeschwürs der Bauchdecken. Med. Ges. zu Leipzig, Sitzg. vom 30. Nov. Bericht: Münchn. med. Wochenschrift. 1916. Nr. 5. S. 167. (Das Geschwür ist bei der 47 jährigen Frau anderweitig entstanden durch längere Zeit stattgefundene tägliche Röntgenbestrahlungen des Unterleibes wegen eines Bauchtumors.)
43. Tracy, S. E., Treatment of fibromyomata uteri; whether surgery or radiotherapy. Pennsylvania Med. Journ. Bd. 18. Nr. 5. S. 353. (Bestrahlt sollen nur die Frauen werden, deren Allgemeinzustand zu schlecht ist, um eine Operation durchmachen zu können, die sehr anämisch sind und durch Bestrahlung Zeit haben, sich zu erholen für die Operation und schliesslich solche Patientinnen, die trotz Myomektomie weiterbluten und bei denen weder im Tumor noch im Endometrium etwas Malignes nachzuweisen ist. Nach Angabe des Verf. sollen 33% der Röntgenbestrahlungen wegen Uterusmyomen Misserfolge sein.)
44. van de Velde, Th. H., Stralenbehandeling in de gynaekologie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 11. S. 819 u. Nr. 15. S. 1170. (Holländisch.) (Auszug siehe im Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 110 u. 111.)
45. Voorhoeve, N., De vrouw en het essentieel vrouwelijke bij de röntgenbehandeling van baarmoederfibromyomen. (Das Weib und das essentiell Weibliche bei der Röntgenbehandlung von Uterusmyomen.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Hälfte, Nr. 19. S. 2117. (Holländisch.) (Das essentiell Weibliche geht durch die Bestrahlung nicht verloren. Will man unter Kastration die künstliche Aufhebung der Ovulation verstehen, dann kann man allerdings von Kastration reden in Fällen, in denen Amenorrhoe hervorgerufen worden ist. In diesem Falle ist es aber möglich, eine aus bestimmten Gründen unerwünschte Kastration zu vermeiden [gewollte Oligomenorrhoe]. Versteht man jedoch unter Kastration die Beraubung der Psyche ihrer spezifisch weib-

lichen Eigenschaften, dann lehrt die Erfahrung, dass die Röntgenbehandlung nicht kastriert und dass der Beweis des Gegenteils fehlt. Die Röntgenstrahlen schädigen die germinativen Funktionen, lassen jedoch bei der Behandlung der Myome die innere Sekretion unangetastet. Es ist möglich, die Röntgenstrahlen in der Weise zu dosieren, dass eine gewollte Oligomenorrhoe an Stelle der Blutungen tritt. Myome nehmen schneller und intensiver an Umfang ab durch Röntgenbehandlung als durch Kastration.)

46. Weihmann, M., Über Radium- und Mesothoriumbestrahlung von Uterusmyomen und hämorrhagischen Metropathien. Diss. Freiburg i. Br. Okt.

Röntgenbehandlung.

Eine **Übersicht über die Fortschritte** auf dem Gebiete der Röntgenstrahlenbehandlung der Myome findet sich in den Arbeiten von Freund (6 und 7), Holzknecht (13), Lange (19—22), Pfahler (26), Spinelli (36 und 37) und Strauss (41). Lockyar (23) wirft einen Blick in die Zukunft. Er stellt fest, dass der Gynäkologe früher schon einmal Chirurg und jetzt Radiologe hat werden müssen.

Was die **Art der Wirkung der Röntgenstrahlen** betrifft, betont Boerma (3) in einer Polemik gegen Kouwer (18), dass dieselbe nicht mit einer Kastration zu vergleichen ist, sondern eine verfrühte und schnelle künstliche Hervorrufung des Klimakterium darstellt, was nicht dasselbe ist. Derselben Meinung sind Hüssy und Wallart (14) zugetan. Aus histologischen Untersuchungen bestrahlter Eierstöcke geht hervor, dass die Röntgenstrahlen eine elektiv-zerstörende Wirkung auf den Follikelapparat haben, während die interstitielle Drüse nicht nur nicht geschädigt wird, sondern sogar zu hypertrophieren scheint. Auch nach Voorhoeve (45) werden durch die Röntgenbehandlung zwar die germinativen Funktionen geschädigt, die innere Sekretion bleibt jedoch unangetastet und die Psyche wird ihrer spezifisch weiblichen Eigenschaften nicht beraubt. Eine Kastration in engerem Sinne stellt sie also nicht dar. Durch Röntgenbestrahlung nehmen Myome schneller und intensiver an Umfang ab, wie durch Kastration.

v. Schroeders Dissertation: „In welcher Weise wird das Uterusmyom durch Röntgenstrahlen beeinflusst?" wurde preisgekrönt (33).

In einer Pariser Dissertation unterzieht Arbassier (2) unsere heutigen Anschauungen über die **Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Ovarien** einer eingehenden Kritik. Auch Granger (11) hat sich mit der Hervorrufung der Sterilität durch Röntgenstrahlen beschäftigt. Auf die auch für dieses Thema wichtige Arbeit von Hüssy und Wallart (14) ist schon oben hingewiesen worden. Dieselbe enthält gute Abbildungen mikroskopischer Bilder bestrahlter Ovarien.

Zum Thema der **Indikationsstellung für die Röntgenbestrahlung** sind besonders die Publikationen von F. Frank (5), Olow (24), Shoemaker (34) und Spaeth (35) wichtig, weil sie sich an erster Stelle mit nicht für diese Behandlung geeignete Fälle beschäftigen. Auch R. T. Frank (5) und Tracy (43) behandeln in grösseren Arbeiten die Schwierigkeiten der Wahl zwischen operativer und Strahlenbehandlung der Myome. Der erste Verfasser kommt aus seinen statistischen Zusammenstellungen und Betrachtungen zum Schluss, dass Röntgenbehandlung nur in Ausnahmefällen — höchstens in 5—6% sämtlicher Myomfälle — angezeigt ist. Noch in mehreren anderen Publikationen, u. a. von Roelofs (30), Steiger (38) und Stern (40) finden sich Zusammenstellungen der Indikationen und Kontraindikationen für die Röntgenbehandlung der Uterusmyome.

Über die **Technik** der Röntgenbestrahlung wird im zweiten Kapitel dieses Jahresberichts („Elektrizität usw.") berichtet. Hier sei nur auf die Publikationen von Friedrich und Krönig (8) über die Strahlenbehandlung der Uterusmyome **in einer einmaligen Sitzung,** von Holzknecht u. a. (13) über die gasfreie Röntgenröhre nach J. E. Lilienfeld, von Rosenthal (32) über eine eigene harte Röhre und von Stern (40) hingewiesen. Letzterer gibt seine Eindrücke wieder, die er bei einer Rundreise nach den bekannten gynäkologischen Röntgeninstituten Deutschlands und Österreichs gewonnen.

Janus (15) hat die Beobachtung gemacht, dass unter Einfluss eines warmen Bades eine deutliche Abgrenzung der bestrahlten Stellen der Haut gegenüber den nichtbestrahlten sichtbar wird. Praktische Bedeutung soll diese Erscheinung nach Kaestle (16) jedoch nicht haben.

Über die **Resultate** der Röntgentherapie an einer grösseren Anzahl Patientinnen berichten u. a. Roelofs (30; 30 Fälle, davon 20 als geheilt zu betrachten), Steiger (38; 23 Fälle, davon 17 praktisch und klinisch geheilt) und Stern (40; 100 Fälle). Alle sind

über die erreichten Erfolge sehr zufrieden. **Schädigungen** kamen nicht vor. Ribbert (29) schreibt eine Abhandlung über die Histogenese des Röntgenkarzinoms.

Tillmans (42) weiss über ein ungewöhnlich grosses Röntgengeschwür der Bauchdecken infolge Myombestrahlung zu berichten.

Die grosse Bedeutung der Röntgenbestrahlung für die Myombehandlung findet jetzt allseitige Anerkennung und Beachtung. Nur Kouwer (18) richtet sich noch gegen diese Therapie auf Grund der Nachteile, die an der nach seiner Meinung damit verbundenen oder in der Folge drohenden Kastration verbunden sind.

Über den therapeutischen Wert der Röntgenbehandlung urteilt Tracy (43) sehr pessimistisch; 33% der Röntgenbestrahlungen wegen Myom sollen Misserfolge sein.

Radiumbestrahlung.

Radiumbestrahlung in der Myomtherapie wurde von Abbe (1), Kelly (17) und Weihmann (46) angewandt. Die **Erfahrungen** waren günstig. Nach ersterem Verfasser soll die erste Absicht der Behandlung auf Stillung der Blutung gerichtet sein. Nebenbei wird oft der Tumor kleiner und schwindet manchmal ganz. Nach Kelly (17) ist die Wirkung auf die Blutungen hervorragend. Der normale Menstruationstypus kehrt wieder und in den Fällen, in denen Amenorrhoe eintrat, fehlten die Symptome des Klimakteriums vollkommen. Auch andere Schädigungen traten nicht ein. Seine Erfahrungen beziehen sich auf 36 Fälle. Alle drei genannten Autoren berichten ausführlich über die **Technik** der Bestrahlung.

Myom und Schwangerschaft.

1. Applegate, J. C., Myom und Schwangerschaft. New York. Med. Journ. 4. August.
2. Bovée, J. W., A case of chorio-epithelioma malignum complicating a two months pregnancy and a degenerated uterine fibroma. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 4. S. 405.
3. Decker, R., Ein Fall von Leiomyoma sarcomatodes und Schwangerschaft. Diss. München. Febr.
4. Fontaine, De la myomectomie au cours de la grossesse. Thèse de Paris. 1914. (Zusammenfassung aller Fälle aus der Literatur seit 1874. Im Zeitraum 1874—1900 ergaben die Statistiken 90% Heilungen, 46% rechtzeitige Entbindungen, 12% vorzeitige Entbindungen, 14% mütterliche und 40% kindliche Mortalität. Seit 1900 sind diese Zahlen: 98% Heilungen, 86% rechtzeitige, 6,06% frühzeitige Entbindungen, 6,06% mütterliche und 5,3% kindliche Mortalität. Verf. kommt u. a. zu folgenden Schlüssen. Die Myomektomie, wie andere chirurgische Eingriffe, muss während der Schwangerschaft Ausnahme bleiben. Verf. stellt Indikationen und Gegenindikationen gegen die Operation zusammen. Im allgemeinen sind die Resultate des operativen Eingreifens sowohl was die Mütter wie die Kinder betrifft, ermutigend. Die Myomektomie ist die Operation der Wahl und lässt die Weiterentwicklung des Eies fast immer ungestört.)
5. Götte, Ch., Dystokie durch ein Uterusmyom. Ned. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 17. Jan. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. Heft 4. S. 287—288. (Holländisch.) (Kasuistisch. 27jährige Ipara, seit fünf Jahren verheiratet. Das ganze kleine Becken ist von dem Tumor ausgefüllt. Beim Eintritt des Partus, etwa 14 Tage vor dem berechneten Ende der Schwangerschaft, klassischer Kaiserschnitt mit Exstirpation des Tumors, der mit seinem soliden Teil der hinteren Uteruswand aufsitzt, mit seiner kystösen Hälfte unten im Douglas verwachsen ist. Lebendes Kind, ungestörte Heilung der Mutter. Empfehlung des abdominalen Operationsweges in derartigen Fällen.)
6. Grad, H., Multiple fibroids of the uterus complicated by pregnancy. New York. Med. Journ. Bd. 101. Nr. 14. S. 671.
7. Lange, J., Isochronisch heterotope Eiimplantation bei Myoma uteri und dadurch bedingter Retrodeviation des Gebärorganes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. S. 201. (Die intrauterine Schwangerschaft ging ungestört weiter trotz Exstirpation der schwangeren

Tube, Exzision zweier Myome und Ventrofixation. Übrigens wird diese Arbeit referiert im Kapitel „Pathologie der Schwangerschaft".)

8. Legal-Lassale, Des fibromes du col de l'utérus. Thèse de Paris. 1914. (Auszug siehe im Kapitel „Myome", Nr. 27.)
9. Lewis, H. F., Myoma and pregnancy. Illinois Med. Journ. Bd. 27. Heft 5.
10. Lockier, Miomectomia multipia al sesto mese di gestazione, parto a termine. La Clin. ost. Bd. 17. Nr. 8.
11. Mayer, A., Die Störung der Eierstocksfunktion bei Myom. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn., Sitzg. vom 8. März 1914. Bericht: Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Erg.-Heft. S. 115. (Sterilität bei Uterusmyom soll weder die Ursache noch die Folge des Tumors, sondern die Folge der gestörten Eierstockstätigkeit, also zusammen mit dem Myom ein Symptom der Dysfunktion des Eierstocks sein. — Aussprache: Walcher hat die Erfahrung gemacht, dass wenn bei Myomen Sterilität besteht, durch die Enukleation die Sterilität behoben werden kann. Menge ist aus eigenen Beobachtungen zum Gedanken gekommen, dass durch die Generationstätigkeit des Uterus Myomanlagen abgebaut werden können, dass somit eine gewisse Fruchtbarkeit des Weibes geradezu ein Präservativ gegen die Myomatosis uteri sein könnte. Menge und Fehling glauben festgestellt zu haben, dass auch die willkürliche fakultative Sterilität die Entstehung der Myome begünstigt.)
12. Mialiniak, Contribution à l'étude des hémorragies dans les cas d'utérus fibromateux gravides. Thèse de Paris. Nr. 26.
13. Michinard, P., Uterine fibroids in pregnancy and labor. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 67. Heft 7. S. 591.
14. Montuoro, F., Über die Intoleranz des fibromyomatösen Uterus bei Zwillingsschwangerschaften. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 3. S. 702. (In den meisten Fällen beeinflusst das Uterusmyom die Schwangerschaft nicht. Hinsichtlich der Zwillingsschwangerschaft muss dieses Axioma modifiziert werden. Hier führt der Tumor zur Unterbrechung der Gravidität. Eine aktive operative Therapie ist jedenfalls indiziert. Verf. publiziert drei eigene Fälle und stellt die insgesamt 18 Fälle betragende Kasuistik zusammen. — Zwei photographische Abbildungen der exstirpierten graviden Uteri.)
15. Phillips, M. H., A case of myomectomy during pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1914. Bd. 26. Heft 4/6. S. 223.
16. Phillips, J., Some cases of uterine fibroid associated wit pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 27. Heft 1. S. 18. (Fall I. Birnengrosses Myom per laparotomiam im IV. Monat der Schwangerschaft aus der hinteren Uteruswand ausgeschält. Rote Degeneration desselben. Die Gravidität ging ungestört weiter. — Fall II. Vereitertes Myom im III. Monat der Schwangerschaft. Die Diagnose war auf stielgedrehte Ovarialzyste gestellt worden. Subtotale Hysterektomie. Heilung. Von woher der Tumor infiziert worden ist, blieb unbekannt. — Fall III. Nekrobiose eines Myoms im Puerperium. Temperaturabfall im Anschluss an die innere Untersuchung und Heilung. Der Tumor wurde nicht entfernt. Zwei Jahre später machte die Frau ohne Störung ein neues Wochenbett durch. — Fall IV. Faulendes Myom, im Wochenbett zum Teil spontan ausgestossen, wird leicht entfernt und die Patientin heilt sofort. — Fall V. Ileus durch Adhäsionen um ein im Puerperium degeneriertes Myom. Heilung durch subtotale Hysterektomie. — Indikationen der Behandlung. Nichts Neues; möglichst konservativ. Bei ungestörtem Wochenbett soll aber noch nachher der Tumor operativ entfernt werden. — Die Krankengeschichten werden alle ausführlich mitgeteilt.)
17. Purslow, C. E., Uterus with multiple fibroids, showing gestation sac situated over internal os (placenta praevia) and empty decidual cavity in upper half of uterus. Proceed. of the Royal Soc. of Med. 1914. Bd. 7. Nr. 8. S. 300.
18. Reid, W. J., An unusual complication of a fibroid tumour in a pregnant uterus. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1914. Bd. 26. Heft 3. S. 104.
19. Rüder, W., Faustgrosses Cervixmyom als Geburtshindernis. Porro-Operation. Geb. Ges. zu Hamburg, Sitzg. vom 27. Okt. 1914. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. S. 139. (Absolutes Geburtshindernis. Der Tumor liess sich nur unter starker Läsion der Cervixwand ausschälen. Die Exstirpation war deshalb indiziert, weil der Fall viel untersucht von aussen in die Klinik gekommen war.)
20. Smyly, W., Myomatous uterus removed during parturition. Royal Acad. of Med. in Ireland, Sitzg. vom 12. Febr. Bericht: Journ. of the Brit. Emp. Bd. 27. Nr. 1. S. 38. (45jährige VIpara. Das Myom füllte das kleine Becken vollkommen aus und die Geburt

hatte schon 20 Stunden gedauert. Das Kind war tot. Abdominaler Kaiserschnitt und Entfernung des Tumors samt dem Uterus. Ungestörte Heilung. — Aussprache: Purefoy, Spencer Sheill und M. J. Gibson.)
21. Stavridès, G., Des accidents douloureux qui accompagnent les petits fibromes utérins pendant la gestation. Grèce méd. 1914. Bd. 16. Heft 21 u. 22. S. 41 und New York. med. Monatsschr. Bd. 25. Nr. 7. S. 166. — (Verf. beschreibt drei Fälle, in denen Myome, die zu klein waren, um ausserhalb der Schwangerschaft erkannt zu werden, in dem sechsten bis siebenten Monat der Gravidität plötzlich zu wachsen anfingen und Schmerzen verursachten. Jetzt waren sie auch deutlich zu fühlen. Unter Ruhe und Wärmeanwendung schwanden die Beschwerden und die Schwangerschaft ging ungestört weiter. Drei Monate nach der Entbindung war von ihnen wieder gar nichts festzustellen. Wahrscheinlich sassen sie in der Muskulatur und wurden durch die Gravidität nach aussen gedrängt, wo sie die Oberfläche vorwölbten. Einer der Fälle, der später wieder schwanger wurde, hatte dann keine Beschwerden.)
22. Strassmann, P., Demonstration eines Myoms einer Gravida. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Sitzg. v. 26. Febr. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 303. (Bei vorzeitigem Fruchtwasserabgang wurden durch Sectio caesarea Zwillinge — 1300 und 1940 g — entwickelt. Das zum Teil nekrotische Myom, welches das kleine Becken ausfüllte, wurde entfernt.)
23. Thaler, H., Myom und Tubargravidität. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 11. Mai. Bericht: Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27. S. 745.
24. — und H. Zuckermann, Über einen Fall von Frühеklampsie. Eklampsie nach Totalexstirpation des myomatösen, vierwöchig graviden Uterus in Zusammenhang mit den beiderseitigen Adnexen. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 12. Mai. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. S. 359.

Auf Grund von serologischen Untersuchungen kommt A. Mayer (11) zum Schluss, dass **Sterilität** bei Uterusmyom weder Ursache noch die Folge des Tumors, sondern die Folge einer gestörten Eierstockstätigkeit ist. In der Aussprache zu diesem Vortrage bemerkt jedoch Walcher, dass Enukleation des Tumors häufig eine bis dahin bestehende Sterilität behebt.

Über **Blutungen während der Schwangerschaft** bei Myom im Uterus hat Mialiniak (12) eine Dissertation verfasst.

Die wiederholt beobachtete, mehr oder weniger plötzlich auftretende **Grössenzunahme der Myome in der Gravidität** erklärt Stavrides (21) in der Weise, dass die Tumorknoten, in der Muskulatur sitzend, durch die Schwangerschaft nach aussen gedrängt werden, wo sie die Oberfläche vorwölben. Im Wochenbett können dann die Myome wieder vollständig verschwinden.

Fälle von Zusammentreffen von **Myom und Extrauteringravidität** werden von Lange (7) und Thaler (23) publiziert. Purslow (17) bekam einen frühen Fall von **Placenta praevia** in einem Uterus myomatosus zu Gesicht. In einem von Thaler und Zuckermann (24) beobachteten Fall von **Frühеklampsie,** in der vierten Woche der Gravidität, handelte es sich um einen myomatösen Uterus.

Montuoro (14) behandelt die **Intoleranz des fibromyomatösen Uterus bei Zwillingsschwangerschaften.** In den meisten Fällen führt hier der Tumor zur Unterbrechung der Gravidität und eine aktive operative Therapie ist jedenfalls indiziert. Der Autor beobachtete selbst drei Fälle dieser Art und stellt die 18 Fälle aus der Literatur zusammen. Zufällig berichtete Strassmann (22) in diesem Jahre über dieselbe Beobachtung; die beiden Früchte wogen nur 1300 resp. 1940 Gramm.

Zerfall und Infektion des Tumors während der Gravidität ist nichts Seltenes. Solche Komplikation wird von Bovee (2), Phillips (16) und Strassmann (22) mitgeteilt. Phillips (18) berichtet auch über mehrere Fälle von **Nekrobiose im Puerperium.** In einem derselben ging das Fieber im Anschluss an die innere Untersuchung sofort herunter und die Frau heilte ohne Entfernung des Tumors. Bei einer zweiten Patientin wurde das faulende Myom im Wochenbett zum Teil spontan ausgestossen und leicht entfernt. In einem dritten Falle wurde durch Adhäsionen **Ileus im Puerperium** hervorgerufen. Heilung nach subtotaler Hysterektomie. Phillips empfiehlt, auch bei ungestörtem Wochenbett den Tumor noch nachträglich zu entfernen.

Was die **Behandlung** der durch Myome komplizierten **Schwangerschaft** betrifft, wird jetzt allgemein ein konservatives Verhalten empfohlen. Auf Grund einer Zusammenstellung aller Fälle aus der Literatur seit 1874 kommt Fontaine (4) zum Schluss, dass **Myomektomie**

ebenso wie andere chirurgische Eingriffe während der Schwangerschaft Ausnahmen bleiben müssen. Die Myomektomie ist übrigens die Operation der Wahl und lässt die Weiterentwicklung des Eies fast immer ungestört. Lange (7) exstirpierte eine Extrauteringravidität, exzidierte zwei Myome und ventrofixierte den Uterus und trotzdem ging die gleichzeitige intrauterine Gravidität ungestört weiter. Lockier (10) und Phillips (17) publizieren ähnliche Fälle.

Bei der Entbindung machen Korpusmyome nur selten Schwierigkeiten. Anders ist es jedoch mit den Tumoren der Cervix. Götte (5) musste einen Kaiserschnitt vornehmen, weil die Geschwulst das ganze kleine Becken ausfüllte. Rüder (19) machte in einem ähnlichen Falle, der jedoch ausserhalb der Klinik vielfach untersucht worden war, die Porro-Operation. Ähnlich ging auch Smyly (20) vor. Strassmann (22) konnte in dem von ihm mitgeteilten Falle nach Entleerung des Uterus durch Kaiserschnitt das nekrotische Myom entfernen und die Gebärmutter erhalten.

Die **Indikationen** zum eventuellen Eingreifen in der Schwangerschaft und während der Geburt finden sich in den Publikationen von Fontaine (4), Legal-Lassale (8), Phillips (16) u. a. übersichtlich zusammengestellt. Während der Geburt ist nach Legal-Lassale (8) im allgemeinen bei Cervixmyomen der Kaiserschnitt mit nachfolgender Hysterektomie den geburtshilflichen Eingriffen vorzuziehen.

Karzinome.

1. van Albada, B. L., Het ontstaan van kanker. (Die Entstehung des Krebses.) (Holländisch.) Med. Weekblad. Bd. 21. Nr. 52.
2. Alglave, P. Cancer du col de l'utérus propagé au ligament large et au vagin; hystérectomie large; fistule urétérovaginale secondaire. Implantation dans la vessie de l'uretère sus-jacent à la fistule. Guérison. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1914. Nr. 27. S. 1000.
3. Allmann, J., Zur Behandlung des Gebärmutterkrebses. Geb. Ges. zu Hamburg, Sitzg. vom 23. Nov. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. 1916. Nr. 5. S. 88. (Aussprache: Prochownick, Rüder, Roesing, Calmann, Rieck. Auszug im nächsten Jahrgang dieses Jahresberichts.)
4. Argaud et H. Duboucher, Contribution à l'étude de la puissance organogénique de la cellule cancéreuse. Arch. de méd. expériment. et d'anat. pathol. 1914. Heft 4. (Erschienen im Mai 1915.)
5. Bacon, M. W., The treatment of carcinoma of the uterus. Illinois Med. Journ. Bd. 27. Nr. 6. S. 447.
6. Balfour, D. C., Treatment by heat of advanced cancer of cervix (Percys method). Journ.-Lancet. Bd. 35. Nr. 13. S. 348.
6a. — The relative merits of the operations for cancer of the uterus. Surg. Gyn. and Obst. Bd. 22. Nr. 1. S. 74.
7. Barber, R. F., Basal-celled epithelioma. Report of two hundred cases. New York. State Journ. of Med. Bd. 15. Nr. 7. S. 261.
8. Barth, J., La fréquence du cancer et la nature du sol et des eaux en Suisse. Revue méd. de la Suisse rom. 1914. Bd. 34. Nr. 11. S. 677. (Verf. findet, dass in der Schweiz in den Gegenden eruptiven Ursprungs, die am reichsten an Silizium sind, am wenigsten Krebs vorkommt, während in den kreidigen Gebieten der Krebs am verbreitetsten ist, wie auch im allgemeinen die Flüsse kreidigen Ursprungs die krebsreichen Gegenden durchfliessen. Ob Silizium, auf dessen therapeutische Verwendung Zeller neuerdings wieder zurückgekommen ist, wirklichen Schutz bietet, ist jedoch nicht bewiesen.)
9. Bassani, E., Über Kombination der bösartigen Geschwülste des Uterus und des Eierstocks. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 2. S. 457. (Bericht über drei Fälle, in denen sich im Uterus und Ovarium maligne Tumoren vorfanden. Schwierigkeiten in der Beurteilung, welches der primäre Tumor, welches die Metastase. In vielen Fällen von Geschwulstkombination ist der Mechanismus der Metastase an und für sich nicht imstande, eine Erklärung der Multiplizität der Geschwülste zu geben. — Zwei Textabbildungen und acht Mikrophotogramme auf zwei bunten Tafeln. 37 Nummern umfassendes Literaturverzeichnis.)

10. Bauer, R., R. Latzel und E. Wessely, Unsere Erfahrungen über die Wirkungen von Tumorautolysaten bei der Behandlung maligner Neoplasmen. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 81. Heft 5 u. 6. (Herstellungsverfahren. Unter den behandelten Fällen waren auch inoperable oder nicht radikal operierte Fälle von Karzinom des Uterus. Die bescheidenen Erfolge, die erzielt wurden, dürfen nicht davon abschrecken, die Methode weiter zu prüfen. Es ging aus den Versuchen hervor, dass Tumoren mit ihren Ausgangsorganen, von denen sie histologisch völlig verschieden sind, biochemische Eigenschaften gemeinsam haben. Das Auftreten positiver Abderhaldenscher Reaktion lässt an die Möglichkeit einer passiven Immunisierung denken. Die Abbaureaktion nach Abderhalden gegen eigenes Tumormaterial wurde teils positiv, teils negativ durch die Autolysatinjektionen beeinflusst.)

10a. Beebe, S. P., A treatment for inoperable cancer. New York med. Journ. Bd. 101. Nr. 20. S. 981. (Eine Mischung zahlreicher Pflanzenauszüge — Menyanthes trifoliat, Melitotus off., Mentha crispa, Brassica alba, Herba Hyssop u. v. a. — deren genauere Darstellung jedoch nicht angegeben wird, soll lokal als Einspritzung oder als Salbe in Anwendung kommen. Als Erfolg wird erhöhte Ansammlung von Leukozyten, überhaupt entzündliche Veränderung auch in der Umgebung und Nachlassen der Wucherung des Tumors beobachtet. Auch das Allgemeinbefinden bessert sich unter dieser Therapie. In den selbstbehandelten Fällen Beebes handelt es sich jedoch meist nur um oberflächliche Bildungen.)

11. Beitler, F. V., A discussion of the cancer mortality. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 16. (Statistische Betrachtungen. Es drängt sich die Wahrscheinlichkeit auf, dass der Krebs in den letzten 10 Jahren im Zunehmen begriffen ist.)

12. Bell, R., The natural history of cancer. Med. Record. Bd. 87. Nr. 23. S. 939.

13. Benthin, W., Zur Kenntnis des Carcinoma sarcomatodes des Uterus. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 60. Heft 1. S. 163. (Die beschriebene Geschwulst fand sich in der Schleimhaut des Uterusfundus einer 56jährigen Frau. Sie bestand mikroskopisch aus einem wechselnd adenomatös, adenokarzinomatös und retikulär aufgebauten Krebs und einem gefässreichen, gemischtzelligen Sarkom mit Riesenzellbildung. Das Zylinderepithel des Krebses zeigte herdweise Metaplasie in verhornendes Plattenepithel.)

14. Berghausen, O., Serumdiagnose des Karzinoms. Amer. Assoc. of Immunologist. Bericht: Med. Record. 1914. Bd. 86, Nr. 47.

15. — Erfahrungen mit der Abderhaldenschen diagnostischen Reaktion bei Karzinom. Interstate Med. Journ. Bd. 22. März.

16. Beveridge, J. W., Protein absorption as a factor in the causation of cancer. New-York. Med. Journ. Bd. 102. Heft 8. S. 387.

17. Biehn, J. F., Experience with Abderhalden serodiagnosis in pregnancy, carcinoma and nervous diseases. Illinois Med. Journ. Bd. 27. Heft 3. S. 209.

18. Biggs, M. H., Cancer and pre-cancerous conditions. Southern Med. Journ. Bd. 8. Nr. 7. S. 563.

19. Bissel, D., A comparative study of two advanced cases of cancer of the cervix uteri. Bull. of the Womens Hosp. at New York City. 1914. Bd. 1. Nr. 4. S. 32.

20. Black, W. T., Inoperable carcinoma of the uterus. Tennessee State Med. Assoc. Journ. Bd. 8. Nr. 3. S. 143.

21. Bland, P. Brooke, Carcinoma of uterus in a women twenty-four years of age. Philadelphia County Med. Soc., Sitzg. vom 24. Febr. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 13. S. 1102. (Die Menstruation war bis vor vier Monaten ohne Besonderheiten, dann etwas unregelmässig gewesen, schliesslich blutete die Frau sechs Wochen hintereinander, bis die Diagnose durch innere Untersuchung gestellt wurde. Es fand sich eine Blumenkohlgeschwulst der Cervix auf härterem, knorpelartigem Boden. Totalexstirpation nach Wertheim, bei der metastatische Geschwulstmassen an der Verzweigung der linken Iliakalgefässe gefunden wurden. Ungestörte Rekonvaleszenz seit zwei Monaten. Die seit sechs Jahren verheiratete Frau hatte zweimal spontan entbunden.)

22. Bloodgood, J. C., The cancer problem. Southern Med. Journ. Bd. 8. Nr. 7. S. 557.

23. — Results of recent propaganda of cancer control. Pennsylvania Med. Journ. Bd. 18. Nr. 10. S. 837.

24. Blumenthal, F., Bemerkungen zum Aufsatz von G. Fichera: Ausbau der Therapie des onkogenen Gleichgewichtsmangels usw. Zeitschr. f. Krebsforschung. 1914. Bd. 14. Heft 2. (Originalartikel Ficheras siehe Jahrgang 1914 dieses Jahresberichts, dieses

Kapitel Nr. 80. Blumenthal nimmt die Priorität für den Ausbau der Tumorextraktbehandlung der malignen Tumoren für v. Leyden und sich in Anspruch.)

25. Blumenthal, F., Bemerkungen zur Behandlung bösartiger Geschwülste mit Extrakten des eigenen bzw. eines analogen Tumors. Zeitschr. f. Krebsforsch. 1914. Bd. 14. Heft 2. (Verf. hält die Behandlung von Tumoren mit autolysierten und nicht autolysierten Tumorextrakten für prinzipiell wesengleich. Er empfiehlt intravenöse Injektion als die wirksamste Applikationsweise, und zwar in wiederholten kleinen Dosen mindestens während $^1/_4$ bis $^1/_2$ Jahr nach der Operation.)
26. — Diagnostische Verwertbarkeit und Theorie der Meiostagminreaktion. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Bd. 24. Heft 1. S. 42. (Die Anwendung empfiehlt sich nur für Karzinom des Magendarmtraktus und zur Schwangerschaftsdiagnose bei vollständig gesunden Frauen. Diabetes mellitus, Urämie, Infektionskrankheiten mit Fieber, Leberzirrhose, Sarkom, Lues und chronische Gelenk- und Knochenentzündungen müssen ausgeschlossen werden. Mit grosser Vorsicht ist die Methode bei Karzinomen des weiblichen Genitaltraktus zu verwenden. Weiter geht Verf. näher ein auf das Wesen, die Methodik und die Literatur der Reaktion.)
27. Boldt, H. J., Contribution to the cure of cancer of the uterus by curetting for diagnosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Heft 3. S. 313.
28. — Hohe oder niedrige Hitzegrade als palliative Behandlung vorgeschrittener Uteruskrebse. Southern. Surg. and Gyn. Assoc., Sitzg. vom 13.—15. Dez. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1916. Nr. 2. S. 142. (Aussprache: Cullen, Bovee, Mayo, Horsley, Robins, Miller, Car. Auszug im nächsten Jahrgang dieses Jahresberichts.)
29. Brancati, R., Sui tentativi di transmissione dei tumori per innesto eterogeneo. Tumori. 1914. Nr. 2. S. 129. (Nicht speziell gynäkologisch. Verf. hält Überpflanzung heterogener Tumoren nicht für möglich. Die Autoren, die diesen Vorgang beobachtet zu haben glauben, haben sich getäuscht. Es handelte sich bei den scheinbar positiven Erfolgen um überlebendes Gewebe, nicht um echte Transplantation.)
30. Braunstein, A., Zur Frage der physikalisch-chemischen Vorgänge in den malignen Tumoren. Zeitschr. f. Krebsforsch. 1914. Bd. 14. Heft 2. (Kritische Bemerkungen zu früheren Arbeiten von Sykow und Nenjukow aus dem Morosowschen Institut für Krebsforschung zu Moskau.)
31. Bristol, L. D, Cell enzymes and energesis in relation to cancer. Journ. of Med. Research. Bd. 32. Nr. 3. S. 497. (Karzinom soll die Folge lokalisierter Hyperoxydation und Stoffwechselverstärkung epithelialer Zellen sein.)
32. Bulkley, L. Duncan, Cancer: its cause and treatment. New York, P. B. Hoeber (230 Seiten, L. 1,50). (Zusammenhang zwischen Ernährung und Krebs. Empfehlung der vegetarischen Diät.)
33. — Cancer in relation to body elimination. New York Med. Journ. Bd. 102. Nr. 1. S. 14.
34. Bullock, W. E., Heterologous transplantation: mouse tumors in rats. Lancet. Nr. 4779. 3. April. (Gelungene Transplantationsversuche. In den ersten Wochen nahmen die Tumoren erheblich an Umfang zu, bis hundertmal der ursprünglichen Grösse. Dann wurden sie resorbiert. Die geimpften Tiere waren nachher für die Geschwülste immun. Der Charakter der Geschwülste änderte sich nicht: sie wuchsen wieder energisch bei Mäusen und schlecht oder garnicht bei Ratten, auch nicht bei solchen, die schon einige Tage alt waren.)
35. Busquet, L'or colloidal en thérapeutique. Acad. d. scienc. de Paris, Sitzg. vom 14. Juni. Bericht: Presse méd. Nr. 27. S. 220. (Vortr. hat gefunden, dass intramuskulär oder intravenös injiziertes kolloidales Gold ebenso wie sämtliche andere Kolloidmetalle im Körper ihren kolloidalen Zustand behalten.)
36. Butterfield, E. E., On the so-called hemo-uro-chrome test for cancer. Proceed. of the New York. path. Soc. 1914. Bd. 13. Nr. 1. S. 34. (Die von Davis [Amer. Journ. of the Med. Scienc. 1913] als charakteristisch für Karzinom und Sarkom angegebene Reaktion, bestehend in Rotfärbung des mit Salzsäure gekochten Urins bei nachträglichem Zusatz von Äther, hat nach Butterfield nichts mit der Anwesenheit von Krebs zu tun, sondern ist eine Indigoreaktion, die stets positiv ist, wenn der Urin Indikan enthält.)
37. Bux, H., Über multiple Uteruskarzinome. Dissert. München. Juni.
38. Cancer, The American association for — research. 8. Jahresversammlung in St. Louis, 1. April. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 18. S. 1525.

39. Cancer, Imperial — Research Fund. Versammlung vom 20. Juli. Bericht: Brit. Med. Journ. Nr. 2847. S. 141. (Hat sich im vergangenen Jahr vorwiegend beschäftigt mit Untersuchungen über Metastasenbildung, Immunität und Statistiken.)
40. Cannaday, J. E., Dangers of cancers and advantages of early operation. West Virginia Med. Journ. Bd. 10. Nr. 1. S. 7.
41. Cardoso-Pereira, A., Sur l'importance du dosage du soufre neutre urinaire pour le diagnostic des tumeurs malignes. Presse méd. Nr. 44. S. 368. (Empfehlung der Reaktion nach Salomon und Saxl. Gute Erfahrungen — Tabelle — an 16 Krebsfällen.)
42. Caspari, W., Die Anwendung der chemischen und physikalischen Verfahren bei der Behandlung des Krebses. Zeitschr. f. Krebsforsch. 1914. Bd. 14. Heft 2. (Die Wirksamkeit der jetzt üblichen physikalischen und chemischen Behandlung liegt wahrscheinlich in einer Steigerung der autolytischen Fermente innerhalb der Tumorzelle. Für die Durchführung einer wirksamen Therapie ist es wichtig, Mittel zu besitzen, welche nicht nur lokal, sondern vom Innern des Organismus aus wirken. Verf. berichtet kurz über seine Versuche mit dem Alanin-Silber, dem Alanin-Kupfer und Chloropentaminkobalttrichlorid, mit welchen am Menschen zweifellos Effekte zu erzielen sind.)
43. Casper, M., Recent advances in cancer problem. Lancet-Clin. Bd. 114. Nr. 1. S. 26.
44. Chotzen, Th., Über die diagnostische Bedeutung des antitryptischen Titers des Blutserums. Dissert. Breslau. Als Original erschienen i. d. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 3. S. 859. (Untersuchungen an 134 Fällen. Die Ergebnisse sind in fünf Tabellen zusammengestellt, in denen zugleich auch der Ausfall der Abderhaldenschen Reaktion verzeichnet ist, soweit diese bei den betreffenden Serien ausgeführt wurde. Verf. kommt zum Schluss, dass das Fehlen einer Steigerung des antitryptischen Titers des Blutserums bei Fällen von Karzinomverdacht für die Diagnose in negativem Sinne zu verwerten ist. Eine positive Antitrypsinreaktion ist mit Vorsicht in Verbindung mit anderen Symptomen und vor allem auch mit der Abderhaldenschen Reaktion zur Sicherung der Diagnose heranzuziehen. — Auf Wesen und Deutung der Reaktion wird näher eingegangen. — Literatur.)
45. Christides et Besse, De la nécessité clinique du curettage explorateur et de l'utilité anatomique de l'examen de tous les curettages. Gyn. Helvetica. Jahrg. 5. S. 173. (Jedes Curettement soll histologisch untersucht werden. Resultate über 164 Fälle aus der Klinik Beuttner.)
46. Clark, J. G., What do the newer methods of treatment offer the patient with malignant disease of the uterus? New York. Med. Journ. Bd. 102. Heft 10. S. 485.
47. Clark, S. M. D., Preliminary report on the use of the Percy cautery in carcinoma uteri, with especial reference to its use as a fore-runner to the Wertheim operation. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 5. S. 558.
48. — The use of Percy cauterization and internal iliac ligation as preliminary step to Wertheim hysterectomy. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 68. Nr. 1. S. 49.
49. — The value of the combination method in the treatment of cervical carcinoma. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 14. S. 1171. (Thermokauterisation nach Percy macht in vielen Fällen das Karzinom geeignet zur Operation. Die Gefahr der ernsten Nachblutung nach der Verbrennung vermeidet Verf. durch Unterbindung der Art. iliacae int. Letzterer Eingriff übt übrigens günstigen Einfluss auf das Wachstum des Tumors aus, während dann später die Operation nach Wertheim mit geringerem Blutverlust geschehen kann. Verf. beschreibt ziemlich ausführlich die Technik für verschiedene Fälle, die vorkommen können.)
50. Clark, W. L., The uses of desiccation surgery in gynecology. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 451. S. 63. (Die genau angegebene Methode wird auch zur palliativen Behandlung inoperabler Cervixkarzinome empfohlen.)
51. Cobb, F., The surgical treatment of cancer of the cervix uteri. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 173. Nr. 3. S. 85. (Verf. empfiehlt mit Begeisterung die „Percysche Methode" zur Behandlung inoperabler Uteruskarzinome, d. h. die Unterbindung der Arteriae iliacae internae und ovaricae nebst Dauererhitzung (nicht Kautersation), ohne Exkochleation. Schmerzbeseitigung und Blutstillung wurde in vorzüglicher Weise dadurch erreicht, und das Wachstum der Geschwulst monatelang aufgehalten. Verf. beschreibt eingehend seine Methoden der Anästhesie [Lumbalanästhesie mit Äther kombiniert], des Einschnittes [sehr langer Schnitt in der Mittellinie], der Isolierung der Ureteren, der Unterbindung der Iliacae internae und ovaricae und der

Nachbehandlung [starke Erhöhung des Kopfendes des Bettes in der ersten Woche, Dauerkatheter und Urotropin]. — Krankengeschichten.)

52. Coenen, H., und W. Schulemann, Zur Therapie maligner Tumoren der Tiere und des Menschen mit Selenverbindungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41. S. 1213. (Die Wirkung des Wassermannschen Eosinselen, einer Mischung von Eosinnatrium und Selenzyankalium, scheint auf einer Gefässschädigung zu beruhen, die besonders bei den Mäusetumoren zur Geltung kommt. Beim Menschen hat man mit dieser Therapie noch nichts erreicht. Die Frage bedarf noch der weiteren Klärung.)
53. Crossen, H. S., Cancer of the uterus. Southwest Journ. of Med. and Surg. Bd. 23. Nr. 7. S. 193.
54. Dahl, S., Uterine cancer. New York Med. Journ. Bd. 102. Nr. 2. S. 82.
55. Damask, M., Über die diagnostische Verwertbarkeit der Oxyproteinsäurebestimmung bei Karzinom. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 19. S. 499. (Verf. hat mit einem Verfahren, das dem von Freund und Fellner ein der Zeitschr. f. physiol. Chemie 1902 angegebenen entspricht, 121 Fälle untersucht. Von 42 Karzinomen zeigten 35 einen Oxyproteinsäurewert von 2,8—4,7%, bei Nichtkarzinomatösen beträgt derselbe in der Regel 1,5—2,7%. Eine Erhöhung über diese Ziffern analog den Karzinomen zeigte 1 von 3 Graviden und 4 von 45 schweren Tuberkulosefällen. Im ganzen haben von 76 Nichtkarzinomatösen und Nichtgraviden 5 im Sinne der Karzinomatösen reagiert, davon waren 4 schwertuberkulös, der fünfte hatte eine maligne nichtkarzinomatöse Geschwulst. Demnach bildet die positive Reaktion, wo Gravidität und schwere Tuberkulose ausgeschlossen werden können, einen wertvollen diagnostischen Hinweis auf Karzinom.)
56. Darling, C. G., How the state can help in solving the cancer problem. Michigan State Med. Soc. Journ. Bd. 14. Nr. 7. S. 369.
57. Desplas, B., Indications opératoires et techniques de l'opération de Wertheim pour cancer du col de l'utérus. Thèse de Paris. 1914. Nr. 3.
58. Dudgeon, H. R., R. W. Baird and G. D. Bond, Report of committee on the study of cancer. Texas State Journ. of Med. Bd. 11. Nr. 3. S. 151.
59. Ebeler, F., und E. Löhnberg, Weitere Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13. S. 319. (Untersuchungsergebnisse an 160 Patienten führen zum Schluss, dass die Reaktion zwar keine einwandfreien, doch immerhin ziemlich gute Resultate gibt. Über die praktische Brauchbarkeit des Verfahrens lässt sich noch nichts sagen. Bei Nichtschwangeren wurde mit Plazenta in 16% der Fälle eine positive Reaktion gefunden, u. a. bei Patienten mit Karzinom. Bei Karzinomkranken war in 82% die Ninhydrinprobe mit Krebssubstrat positiv. Es kamen die Seren von 37 Krebsfällen zur Untersuchung. — Tabelle.)
60. Eberle, J. G., Cancer of uterus. Arkansas Med. Soc. Journ. Bd. 12. Nr. 2. S. 35.
61. Engelhorn, E., Adenokarzinom und Plattenepithelkarzinom des Uterus. Med.-naturwissensch. Ges. zu Jena, Sekt. f. Heilk., Sitzg. vom 24. Juni. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34. S. 907. (50jährige Frau mit Metrorrhagien; Abrasio; Diagnose gestellt im pathologischen Institut; Exstirpation nach Wertheim; glatte Heilung. Am exstirpierten Uterus mikroskopisch kein Karzinom mehr nachweisbar.)
62. Enslow, C. R., Cancer. — Its origin, diagnosis and treatment. West Virginia Med. Journ. Bd. 10. Nr. 1. S. 1.
63. Fibiger, J., Weitere Untersuchungen über das Spiropterakarzinom der Ratte. Zeitschrift f. Krebsforsch. 1914. Bd. 14. Heft 2. (Verf. konnte feststellen, dass die Spiroptera neoplastica, deren Anwesenheit im Vormagen der Wanderratte zur Karzinombildung führen kann, von den westindischen Inseln in Dänemark eingeführt worden ist, dass sie auch auf andere Nager sowie auf den Igel übertragbar ist und dass als Zwischenwirt ausser der Schabe auch der Mehlwurm dienen kann. Von 91 weissen und bunten Ratten, welchen nematodenhaltige Küchenschaben verfüttert wurden, erkrankten 12 an Karzinom, wovon zwei mit [parasitenlosen] Metastasen in den Lungen. In Serienschnitten konnte eine plurizentrische Entwicklung des Karzinoms festgestellt werden. Die Entwicklungsdauer betrug in einem Fall nicht mehr als 66 Tage.)
64. Fichera, G., Gli autolizzati di tessuti nella terapia dei tumori. Tumori. 1914. Bd. 4. Nr. 2. S. 212.
65. — Ancora sugli autolizzati di tessuti nella terapia dei tumori. Tumori 1914. Bd. 4. Nr. 2. S. 217.
66. — Aktive Immunisierung oder histogene Chemotherapie? Zeitschr. f. Krebsforsch. 1914. Bd. 14. Heft 3. (Verf. polemisiert gegen F. Blumenthal und C. Lewin. Er

bemerkt, dass die Behandlung von Tumoren mit Tumorautolysat nicht als aktive Immunisierung aufgefasst werden dürfe.)
67. Fichera, G., Über die biologische Onkotherapie. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 15. Heft 1. Früher italienisch erschienen in Tumori. 1914. Bd. 4. Nr. 2. S. 191. (Verf. polemisiert gegen die Ausführungen Blumenthals über Tumorextraktbehandlung maligner Tumoren in Bd. 14, Heft 1 derselben Zeitschrift.)
68. Field, T. S., Carcinoma of the uterus. Florida Med. Assoc. Journ. Bd. 2. Nr. 1. S. 30.
69. Fischer, J., Geschichte der Totalexstirpation des Uterus. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 9. Febr. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. S. 211. Als Original erschienen i. d. Gyn. Rundschau. Bd. 9. Heft 7/8. S. 113 und Heft 9/10. S. 152. (Die ersten Berichte über diese Operation in der Literatur betreffen zumeist den prolabierten Uterus, der noch dazu oft nur partiell entfernt wurde, was die Fälle beweisen, die nach der Operation weiter menstruierten. Mit Anfang des 19. Jahrhunderts findet sich die Indikationsstellung zu der Operation wegen bösartiger Geschwülste, zuerst am prolabierten, später auch am normal liegenden Organ. 1801 machte Osiander als erster die Amputation der Portio, 1822 exstirpierte Sauter einen Uterus per vaginam, aber ohne jede Unterbindung. In der Mitte des vorigen Jahrhunderts verwarfen Männer wie Dieffenbach, Breslau, Kiwisch und Scanzoni die Operation als unmöglich. 1878 tritt W. A. Freund mit einer neuen Methode der Exstirpation des Uterus von den Bauchdecken aus hervor, die schon 1879 als Freundsche Operation bezeichnet wurde und allgemein begeisterte Aufnahme fand. In demselben Jahre, in dem die Freundsche Operation erstand, machte Czerny die erste vaginale Totalexstirpation fast mit der gleichen Technik wie heute. — 128 Nummern umfassendes Literaturverzeichnis und 8 Abbildungen.)
70. Fowler, R. H., Carcinoma in the young. Med. Record. Bd. 87. Nr. 18. S. 730.
71. Frank, R. T., The early diagnosis of carcinoma of the uterus. Amer. Journ. of Surg. Bd. 29. Nr. 7. S. 238.
72. Fränkel, E., und W. Klein, Studien über die chemische Ätiologie des Karzinoms nach Nowell. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 15. Heft 1. (Die Nowellsche kristallisierbare Karzinomsubstanz besteht chemisch aus Zinklaktat mit geringer organischer Beimengung, die Sarkomsubstanz aus Zinkphosphat mit geringer Beimengung von Zinklaktat. Beide Substanzen erzeugen bei subkutaner Einimpfung auf Kaninchen riesenzellenhaltige, nicht metastasierende und nicht übertragbare Granulationsgeschwülste.)
73. Fränkel, S., und E. Fürer, Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 52. S. 1433. (I. Zur Frage der aktiven und passiven Immunisierung und Therapie mit Krebssaft. Ergebnis: Der Tumorpresssaft hat keine therapeutische und keine immunisierende Wirkung. Das Serum von mit Presssaft vorbehandelten Tieren hat keine therapeutische Wirkung. Die Tumorzellen scheinen nicht mehr transplantationsfähig zu sein, wenn sie einem Druck von 450 Atmosphären ausgesetzt werden. — II. Die Fortsetzung ist in der Nr. 3 des Jahrganges 1916 derselben Zeitschrift erschienen und handelt über die Einwirkung artfremder Sera auf Neoplasmen. In keinem der vorliegenden Versuche gelang es, durch artfremdes Serum den Tumor [Ehrlich-Sarkom oder Ehrlich-Karzinom bei Mäusen zur Einschmelzung zu bringen oder das Wachstum desselben völlig zu hindern. — Der III. Teil der Arbeit, in Nr. 4, handelt über die Wirkung des Cholins. Die Arbeit wird bei Drucklegung dieses Jahresberichts noch fortgesetzt.)
74. Franz, K., Demonstration eines Rektumkarzinoms, das auf Uterus und Ovarien übergegangen und mit diesen zusammen exstirpiert worden ist. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Sitzg. vom 26. Febr. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 303.
75. Friedemann, U., Bendix, Hassel und W. Magnus, Der Pflanzenkrebserreger (Bact. tumefaciens) als Erreger menschlicher Krankheiten. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 80. Heft 1. S. 114. (Nicht gynäkologisch.)
76. Fulchiero, A., Sulla siero diagnosi dei tumori maligni col metodo della dialisi di Abderhalden. Riforma med. 1914. Bd. 30. Heft 46. S. 1261.
77. Funk, C., Transplantation von Tumoren auf fremde Spezies. Journ. of exper. Med. Bd. 21. Nr. 6. (Experimente ergaben, dass wenn Tiere mit Tumorgewebe einer gewissen Art gefüttert wurden, bei denselben ein solcher Tumor durch Inokulation viel leichter zum Wachstum gebracht wird.)
78. Gaylord, H. R., Etiology of cancer in the light of recent cancer research. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 12. S. 968. (Zusammenfassung der jüngsten

Karzinomforschungsergebnisse. Die parasitäre Theorie. Immunität gegen Krebs. Einfluss von Äther und Chloroform auf das Wachstum des Krebses. Einschlüsse in den Karzinomzellen. Karzinom als der Repräsentant einer grossen Gruppe von pathologischen Veränderungen.)

79. Gold-Haret, P. J., Klinische und chirurgische Studie über den Krebs des Gebärmutterhalses bei jungen Frauen. Dissert. Bukarest 1914. (Cervixkrebs tritt bei jungen Frauen meist unter der Form einer Metritis auf und wird dann oft verkannt. Die Fälle kommen daher viel zu spät zur Operation und sind häufig unheilbar, weil Rezidive in den meisten Fällen sehr rasch eintreten. Im allgemeinen ist die Krankheit ausserordentlich maligne, der Tumor wächst und verbreitet sich sehr rasch. Die frühzeitige abdominale totale Hysterektomie ist die einzige rationelle Behandlungsmethode, eventuell in Verbindung mit Radium- und Mesothoriumtherapie.)

80. Goodmann, C., and S. Berkowitz, The Abderhalden reaction in malignant tumors, pregnancy and angiosclerosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 21. Nr. 4. S. 463.

81. Gray, E. T., A case of pyelonephritis, complicated by adenocarcinoma and chyluria. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 173. Nr. 3. S. 95. (Kasuistisch.)

82. Green, F., Beiträge zur Serodiagnostik des Krebses. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. experim. Ther. Bd. 23. Heft 5. (Die von Ransohoff beobachteten Unterschiede zwischen dem Serum Krebskranker und dem Gesunder bei der Reinjektion der mit Karzinom vorbehandelten Tiere konnte der Autor nicht bestätigen. Auch ein nach Yamanouchi und Lytchkowsky hergestelltes Antigen — Micrococcus neoformans — ergab nicht eindeutige Resultate. Dagegen reagierten die Sera Krebskranker selbst mehr oder weniger stark positiv mit Antigenen aus Staphylo- und Streptokokken.)

83. Halban, J., Spätrezidive nach Karzinomoperation. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 9. Febr. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. S. 207. (1901 bei der 16. Gravidität Plattenepithelkarzinom der vorderen Cervixwand, bis ans parazervikale Gewebe reichend. Einfache vaginale Totalexstirpation nach Entleerung des Uterus, ohne Mitnahme der Parametrien. 1914, also 13 Jahre später, ein vom Fornix vaginae ausgehender Rezidivtumor. Parametrien frei, Lymphdrüsen nirgends karzinomatös verändert. Keine Metastasen. — Vortr. hat ferner in seiner Assistentenzeit einen Fall gesehen, bei welchem 12 Jahre nach einer von Gussenbauer ausgeführten vaginalen Totalexstirpation Rezidiv auftrat. — Aussprache. Weibel sah vor kurzem ein Rezidiv an der Beckenwand, das im 10. Jahre post op. aufgetreten war und zur Ureterkompression mit Hydronephrose führte. Spätrezidive waren nie lokal, sassen immer an der Beckenwand. Bei Korpuskarzinomen traten bisher Rezidive innerhalb von drei Jahren nach der Operation auf.)

84. Halberstädter, L., und F. Rütter, Experimentelle Untersuchungen über die biologischen Wirkungen des Enzytols. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 2. S. 787.

85. Halpern, J., Experimenteller Beitrag zur Chemotherapie der Tiergeschwülste. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 2.

86. Harris, W. H., Precancerous stage; predisposing causes of cancer; including hereditary influence. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 68. Nr. 1. S. 10.

87. Hegner, C. F., Cancer prophylaxis. Colorado Med. Bd. 12. Nr. 7. S. 175.

88. Herrick, J. B., Certain medical aspects of recurrent malignant tumors. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Bd. 101. Nr. 1. S. 25. (Die Frühdiagnose von Tumorrezidiven wird erschwert durch Fehlen eines Tumors in der Gegend des primären, operierten Tumors, die Unmöglichkeit, einen Tumor zu finden, den langen Zeitraum zwischen Operation und Erkrankung, die atypischen Symptome. Alle nach Operation maligner Tumoren auftretenden Krankheiten, die unter dem Bilde einer Lungentuberkulose, Pleuritis, Neuralgie, Knochen- oder Gelenkerkrankung verlaufen, legen den Gedanken eines Rezidivs nahe und erfordern genaue, diesbezügliche Untersuchung.)

89. Hertzler, A. E., The part the general practitioner must play in the control of cancer. Southwest. Journ. of Med. and Surg. Bd. 23. Nr. 7. S. 205.

89a. Heyman, J., Erfahrungen von Radiumbehandlung des Gebärmutterkrebses bei dem Radiumheim während 1914. Verh. d. obst.-gyn. Sect. d. Gesellsch. schwed. Ärzte. Hygiea 1915. Allm. svenska Läkartidningen 1915. (Silas Lindquist.)

90. Heymann, R., Die Krebssterblichkeit in Düsseldorf in den Jahren 1909—1913. Zeitschrift f. Krebsforsch. 1914. Bd. 14. Heft 3. (Nicht gynäkologisch. Statistisches über 1297 Krebstodesfälle.)

91. Honnore, Diagnostic précoce du cancer de l'utérus par la biopsie. Thèse de Paris. 1914. März.

92. Horwitz, E., Zur Kenntnis der Urogenitalfisteln mit besonderer Berücksichtigung der auf der kgl. Frauenklinik der Charité beobachteten Fälle der letzten drei Jahre. Dissert. Berlin.

93. Huffmann, M., Zur Bestimmung des Gesamtcholesterins im Blute an geburtshilflichen und gynäkologischen Fällen. Dissert. Freiburg i. Br. Jan. Als Original erschienen i. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. S. 33. (Physiologisch-chemische Untersuchungen. Die Cholesterinkurve sinkt bei allen malignen Tumoren, besonders bei gleichzeitiger Anämie oder Kachexie.)

94. Hunter, J. R., Operability of uterine cancer. West Virginia Med. Journ. Bd. 10. Nr. 1. S. 30.

95. Hupp, F. L., Observations on cancer with special reference to cancer of the uterus. West Virginia Med. Journ. Bd. 10. Nr. 1. S. 23.

96. Hutchins, H. T., Limitations of the radical operation for cervical cancer of the uterus. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 173 Nr. 3. S. 97. (Empfehlung der Percyschen Methode der Anwendung mässiger Hitze ohne Kauterisation bei allen den Fällen, in denen die Radikaloperation die Gefahr der Mastdarm- oder Blasenfistel bedingen würde.)

97. Hutchinson, C., The cancer problem. Florida Med. Assoc. Journ. Bd. 2. Nr. 1. S. 27.

98. Ill, E. J., Control of cancer. New Jersey State Med. Soc. Journ. Bd. 12. Nr. 1. S. 49.

99. Ishii, O., and L. Loeb, Study of growth of normal mouse carcinoma and of mouse carcinoma with an experimentally decreased virulence. Journ. of Med. Research. Bd. 31. Nr. 2. S. 246.

100. Jacobowsky, J., Die Meiostagminreaktion beim Karzinom. Hygiea. Bd. 77. Heft 11. S. 619. (Der Reaktion wurden 14 Karzinomkranke, 2 verdächtige Fälle und 17 Nichttumorkranke unterzogen. Mit vier von den fünf Antigenen waren die Resultate unzuverlässig. Die besten Erfolge wurden mit einem sauren Antigen erreicht; mit diesem fiel die Reaktion bei zwei von den vier Krebsfällen positiv und bei allen Nichtkrebsfällen negativ aus.)

101. Joest, E., und S. Ernesti, Untersuchungen über spontane Geschwülste bei Vögeln mit besonderer Berücksichtigung des Haushuhns. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 15. Heft 1. (Bericht über 112 Fälle, darunter 50 selbstbeobachtete. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um maligne Tumoren. Lieblingssitz der Primärkarzinome ist das Ovarium. Es besteht grosse Neigung zu Metastasenbildung, und zwar findet sich besonders häufig Ausbildung von Implantationsmetastasen im Peritoneum. Seltener konnte Metastasierung auf dem Lymph- und Blutwege nachgewiesen werden.)

102. Joinaux, Pyométrie dans le cancer du col de l'utérus. Thèse de Montpellier. 1914. April.

103. Kabierske, F., Über Blutveränderungen bei Tumormäusen und ihre Beziehung zu den kachektischen Blutveränderungen beim Karzinom des Menschen. Dissert. Breslau. Dez.

104. Kane, E. O., Dormancy of cancer infection. Pennsylvania Med. Journ. Bd. 18. Nr. 10. S. 798.

105. Keitler, H., und K. Lindner, Über den Einfluss der Strahlenbehandlung auf die sog. Abderhaldenschen Abwehrfermente. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 33. S. 1234. (Wie aus Versuchen an Kaninchen, die mit Plazentarbrei behandelt wurden, hervorgeht, wird durch Bestrahlung mit Röntgenstrahlen die Bildung der Abwehrfermente verhindert oder zum mindesten verzögert. Diese Versuche sind von praktischer Bedeutung für die Beurteilung der Abderhaldenschen Reaktion bei Krebskranken, die einer Strahlentherapie unterworfen worden waren.)

106. — — Über die Abderhaldensche Dialysiermethode. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. S. 549. (Die Verf. beschreiben kritisch eine grössere Zahl von Untersuchungen, u. a. bei Myom und Karzinom. Die Ergebnisse der Methode waren im ganzen nicht hervorragend, grossenteils aber wohl nur wegen technischer Fehler. Der Ausbau der Technik geht zurzeit noch der Lösung komplizierter klinischer Probleme vor.)

107. King, J. M., Treatment of cancer and precancerous conditions. Tennessee State Med. Assoc. Journ. Bd. 8. Nr. 3. S. 151.

108. Kirchner, Nehmen Krebs und andere Neubildungen zu? Ärztl. Sachverst.-Zeitg. Nr. 6. (Nach den statistischen Feststellungen von Behla hat die Krebssterblichkeit in den letzten 11 Jahren zugenommen. Von 10 000 Lebenden starben im Jahre 1903

6,59, im Jahre 1913 dagegen 8,25% an Krebs und anderen Neubildungen. Die Beteiligung des weiblichen Geschlechts an der Krebssterblichkeit ist grösser als die des männlichen.)

109. Klein, A., Demonstration eines Kollumkarzinoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 10. März 1914. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. S. 175. (Beispiel eines primär drüsigen Krebses: Carcinoma glandulare nach Schottländer-Kermauner. Die Krebskörper sind stellenweise den Drüsen der Cervix noch sehr ähnlich, doch lässt sich sofort wegen des vorhandenen ganz atypischen Epithels und wegen des teilweise destruierenden Wachstums die Krebsdiagnose stellen.)

110. Klein, Fr., und Ch. H. Walker, Über eine Urinprobe, die für Karzinom- und Sarkomdiagnose vonnutzen ist. New York. med. Wochenschr. 1914. Nr. 5. (Basierend auf der Tatsache, dass bei maligner Erkrankung Stoffe im Urin, Zystin und Tannin Reduktionsvorgänge erleiden, geben die Autoren eine Jodprobe, eine Probe mit Kaliumpermanganat und noch eine andere an, die durch ihren Ausfall ein wichtiges Kriterium für maligne Geschwülste bzw. Karzinom und Sarkom bilden soll. Die Resultate sollen sicher und genau sein. Versuche fehlen.)

111. Koenigsfeld, H., und Fr. Kabierske, Über Blutveränderungen bei Tumormäusen. Med. Klinik. S. 646. (Die Ergebnisse der Untersuchungen entsprechen im wesentlichen den Befunden beim menschlichen Karzinom und liefern einen weiteren Beweis dafür, dass die Mäusetumoren in Parallele zu menschlichen Tumoren zu stellen sind.)

112. Kohlmann, W., Radical operation (Wertheim) for carcinoma of the uterus. New-Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 68. Nr. 1. S. 61.

113. Kolb, K., Die Topographie des Krebses in Bayern. Zeitschr. f. Krebsforsch. 1914. Bd. 14. Heft 2. (Cf. diesen Jahresbericht über 1914; dieses Kapitel, Nr. 155.)

114. Krönig, B., Grenzverschiebungen zwischen operativer und nichtoperativer Behandlung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Freiburger med. Ges., Sitzg. vom 30. Nov. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 3. S. 73. Als Original erschienen i. d. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1916. Bd. 43. Heft 4. S. 289. (Auszug im nächsten Jahrgang dieses Jahresberichts.)

115. Kümmeth, K., Zur Frage der Zunahme des Karzinoms. Dissert. Breslau. Okt.

116. Ladinski, L. J., Complete removal of adenocarcinoma of the uterus by exploratory curettage. Sect. of Obst. and Gyn. of the New York. Acad. of Med., Sitzg. vom 27. Nov. 1914. Bericht: Med. Record. 1914. Nr. 49. S. 986. Als Original erschienen i. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 3. S. 325. (Drei Fälle.)

117. Lain, E. S., The non-surgical treatment of malignant g owths. Southwest Journ. of Med. and Surg. Bd. 23. Nr. 7. S. 197.

118. Lakeman, C. E., Organization of national and local forces in campaign against cancer. South Carolina Med. Assoc. Journ. Bd. 11. Nr. 7. S. 215. Florida Med. Assoc. Journ. Bd. 2. Nr. 1. S. 13. Arkansas Med. Soc. Journ. Bd. 12. Nr. 2. S. 40.

119. Lange, C., Beitrag zur Zellerschen Pastenbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 27. (Keine elektive Wirkung auf Karzinomgewebe. Gefahr der Anätzung von grossen Blutgefässen und Nerven. Bei rasch wachsenden Karzinomen ist die zerstörende Wirkung der Paste auf die peripheren Krebssprossen unsicher. Die Behandlung ist enorm schmerzhaft. Im Vergleich mit der Exzision ist sie sehr langwierig und gibt schlechte kosmetische Resultate. Sie kann zu Vergiftungserscheinungen: Somnolenz mit akuter Herzschwäche, führen. Besonders warnt Verf. vor der Anwendung beim inoperablen Uteruskarzinom wegen der gefährlichen Nähe von Peritoneum, Blase, Ureteren und Artt. uterinae. Für diese Fälle werden Fulguration und Behandlung mit Chlorzink oder Azeton empfohlen.)

120. Latzko, W., Metastase eines Korpuskarzinoms unter dem Bilde eines parametranen Abszesses. Geb.-gyn. Ges. zu Wien, Sitzg. vom 14. Dez. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. 1916. Nr. 6. S. 105.

121. Lauterborn, R., Die Entstehung wuchernder Geschwülste durch Störungen der inneren Sekretion im Bereiche des Geschlechtsapparates. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 15. Heft 1. (Bei männlichen Cerviden tritt nach Kastration oder infolge seniler Atrophie der Hoden eine geschwulstähnliche Wucherung des neugebildeten Geweihes — „Perückengeweih" — auf. Verf. weist darauf hin, dass sich, in Analogie zu diesen Beobachtungen, das Auftreten echter Blastome beim Menschen vorzugsweise in höherem Alter mit der beginnenden senilen Involution des Sexualapparates in Zusammenhang bringen lässt.)

122. Lazarus-Barlow, W. S., Die Ursache und die Heilung des Krebses im Lichte der neuen radio-biologischen Forschung. Strahlentherapie. Bd. 6. S. 172.
123. Levin, J., and D. D. van Slijke, Results of applying a quantitative method to the Abderhalden-serum test for cancer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Heft 11. (Der Versuch der Verff., quantitative Bestimmungen auszuführen, ergab keine brauchbaren Resultate.)
124. Lewis, E. S., Early signs of cancer of the womb. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 68. Nr. 1. S. 29.
125. Lewis, J. S., Diagnosis and certificates of death with special reference to cancer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 17. S. 1441. (Die Statistiken über die Todesursachen sind wenig brauchbar, wie Verf. an mehreren Beispielen klarzulegen versucht. Verf. will eine Bestimmung, durch die in der Angabe hervorgeht, ob eine Diagnose gestellt wurde oder nicht. Ferner fordert er prinzipiell Sektion, ausgenommen wenn die Verwandten sich dagegen widersetzen.)
126. Loeb, L., Present status of cancer research. Kansas Med. Soc. Journ. Bd. 15. Nr. 7. S. 227.
127. Lombardo, A., Il cloridrato di emesina como emostatico nelle emoragie da cancro dell'utero. Arch. ital. di gin., 1914. März. S. 74.
128. Long, J. W., The cancer problem. New York Med. Journ. Bd. 102. Heft 12. S. 610.
129 Long, L., Carcinoma — Early danger signals. Southwest Journ. of Med. and Surg. Bd. 23. Nr. 7. S. 220.
130. Lowy, O., The application of the van Slijke aminonitrogen determination to the diagnosis of cancer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 19. (Technisches. Einzelne Resultate, aus denen wegen der geringen Anzahl der Versuche keine Schlüsse gezogen werden.)
131. Lunkenbein, H., Über Tumorextraktbehandlung und deren Ergebnisse. Brauers Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 3. Heft 3. S. 19. (Günstige Erfolge, besonders bei Sarkomen. Verf. nimmt an, dass mit dem Tumorextrakt nicht Fermente einverleibt werden, sondern spezifische Eiweisskörper, die den Organismus erst zur Fermentbildung veranlassen.)
132. — Zur Tumorextraktbehandlung maligner Geschwülste. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. Heft 3. S. 626. (Günstig für die Behandlung mit Tumorextrakt sind vor allem die sog. weichen Karzinome, also solche der Haut, der Zunge, usw. Sarkome reagieren meist günstiger als Karzinome. Es ist erstrebenswert, eine möglichst kräftige Reaktion zu bekommen. Die Injektionen müssen sehr lange fortgesetzt werden.)
133. MacCarty, W. C., Facts versus speculation in professional conception of cancer. Texas State Journ. of Med. Bd. 11. Nr. 3. S. 160.
134. Macnaughton Jones, H., Adeno-carcinoma of the fundus uteri. Proceed. of the Royal Soc. of Med. 1914. Bd. 7. Nr. 9. S. 385.
135. Maier, F. Hurst, Cancer of the uterus. Obst. Soc. of Philadelphia, Sitzg. vom 12. Nov. 1914. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 71. Nr. 447. S. 505. (Gestieltes Zylinderzellenkarzinom bei einer 79jährigen Frau, die erst seit kurzem Erscheinungen gehabt hatte.)
136. Manara, L., Cancro dell' utero guarito col solfato di rame. Policlinico. Bd. 23. Surg. Sect. Nr. 10. S. 472. (Mikroskopische Abbildung eines mit intramuskulären Kupfersulphatinjektionen behandelten Uteruskarzinoms einer 49jährigen Frau, die sich nicht operieren lassen wollte. Heilung. Das Glykogen der Neubildung ändert das Kupfersulphat in Kupferoxyd, das kaustisch das Krebsgewebe in eine amorphe Masse umwandelt.)
137. Markleg, A. J., Acanthosis nigrans as an indication of internal malignancy. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Heft 11. (Mitteilung eines Falles. Tatsache ist, wenn auch die Erklärung des Zusammenhanges fehlt, dass Acanthosis nigrans bei Erwachsenen oft mit bösartigen Geschwülsten besonders im Abdomen zusammentrifft.)
138. Martin, A., Gynäkologie. Allgemeine Übersicht. Jahreskurse für ärztl. Fortbild. Juliheft 1914. (Unter anderem wird auch die Serodiagnose maligner Neubildungen behandelt.)
139. Massey, G. B., An improved ionization method for the treatment of carcinoma of the cervix. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 451. S. 56. (Technische Verbesserung einer schon früher veröffentlichten Methode, durch Ionisation Karzinomgewebe abzutöten. Ein erfolgreich behandelter Fall wird ausführlich mitgeteilt. Beide Elektroden, resp. eine negative und mehrere positive, werden

in die Geschwulst selbst angebracht. In Ätheranästhesie kann der Strom eine Stärke haben bis 1000 Milliampères. Eine Sitzung dauert 25—40 Minuten und wird alle 14 Tage wiederholt.)

140. Maurer, A., Les résultats de soixante hystérectomies abdominales pour cancer du col de l'utérus. Revue de gyn. et de chir. abd. 1914. August. (Mit 23 Abbildungen.)

141. May, C. R., The importance of early diagnosis of uterine cancer. South Carolina Med. Assoc. Journ. Bd. 11. Nr. 7. S. 209.

142. Mayo, W. J., The cancer problem. Journ.-Lancet. Bd. 35. Nr. 13. S. 339.

143. Mc Clurg, C. B., W. O. Sweek, H. N. Lyon, M. S. Fleisher, L. Loeb, A study of general and localised effects of intravenous injections of colloidal copper and casein in cases of human cancer. Arch. of int. Med. Bd. 15. Nr. 6. S. 974. (Einfluss der Kupferbehandlung sehr wechselnd, der Kaseininjektionen ungünstig: starke Algemeinerscheinungen, während der Tumor selbst unbeeinflusst bleibt. Bei beiden Verfahren entsteht entzündliche Reaktion des Gewebes in der Umgebung der Geschwülste. Die Wirkung des kolloidalen Kupfers beruht wahrscheinlich auf Veränderungen in der Blutversorgung des Tumorgewebes. Bisweilen trat schärfere Abgrenzung ein, so dass der Tumor operabel wurde. Nach anfänglicher Besserung meist Stillstand; mikroskopisch keine direkte Zerstörung von Tumorgewebe.)

144. Mc Glinn, J. A., The prophylactic treatment and early diagnosis of cancer of the uterus. New York State Journ. of Med. Bd. 15. Nr. 7. S. 251.

145. Meader, C. N., Medical aspects of cancer. Colorado Med. Bd. 12. Nr. 7. S. 171.

146. Meyer, G., Pflege der Krebskranken und Unterricht in dieser Pflege. Zeitschr. f. Krebsforsch. 1914. Bd. 14. Heft 2. (Verf. führt aus, dass in der Behandlung Krebskranker bei der häufigen Aussichtslosigkeit der Therapie ein besonderer Wert auf sachgemässe Pflege zu legen ist, bei welcher psychische Beeinflussung des Kranken eine hervorragende Rolle spielt. Die Pflege Krebskranker erfordert in manchen Fällen eine besondere Ausbildung und bildet daher ein Spezialfach auf dem Gebiete der Krankenpflege. Auch die Errichtung von Sonderanstalten für Krebskranke wird als notwendig erachtet.)

147. Miller, C. J., Necessity for educational campaign for control of cancer. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 68. Nr. 1. S. 1.

148. Mioni, G., Nuove ricerche comparative sui metodi d'indagine biologica per la diagnosi dei tumori maligni. Tumori. 1914. Bd. 3. Nr. 6. S. 697. (Nachprüfung einer Anzahl biologischer Methoden zum Nachweis maligner Geschwülste.)

149. Moore, J. T., Pessimism concerning treatment of cancer. Texas State Journ. of Med. Bd. 10. Nr. 9. S. 390.

150. Morgenroth, J., und R. Bieling, Ambozeptoren und Rezeptoren. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Geschwulstimmunität. Biochem. Zeitschr. Nr. 68. S. 85 bis 117. (Eingehende Versuche sprechen dafür, dass die Tumoren bei der Immunisierung andere Ambozeptoren auslösen wie die normalen Organe derselben Tiere. Dieser Befund ist ein Hinweis, dass die Tumorzellen biochemisch differenzierte Substanzen enthalten.)

151. Morpurgo, B., Influence de la parabiose sur le développement des cancers inoculés. Ann. de méd. Bd. 2. Heft 3. S. 223. (Die künstliche Symbiose übt weder Einfluss aus auf die Entwicklung eines Tumors, noch auf die individuelle oder spezifische Empfänglichkeit der Versuchstiere.)

152. Nicholson, H. G., Inoperable cancer treated with autolysin. New York Med. Journ. Bd. 102. Heft 15. S. 743.

153. Ogorek, M., Spontantrennung der Tube und Verlagerung der Adnexe bei Kollumkarzinom. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 10. März 1914. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. S. 175. (Ursache der Spontanabtrennung: Torsionen im uterinen und abdominalen Drittel. Die nachträglich durch Vermittlung eines Stranges miteinander verwachsenen Tuben gelangten infolge eines eigentümlichen Traumas in die Excavatio vesico-uterina und wurden hier bei der wegen Carcinoma colli uteri vorgenommenen Operation vorgefunden. Hier kam durch wechselnde Füllung und Entleerung der Blase eine Drehung des rechtsseitigen Verbindungsstranges zustande. Die zeitliche Reihenfolge der Torsionen konnte aus der Verlaufsrichtung der Spiraltouren mit Sicherheit erschlossen werden.)

154. Overton, J., Cancer of the uterus. Oklahoma State med. Assoc. Journ. Bd. 8. Nr. 2. S. 57.

155. Peiser, H., Zur familiären Häufung des Karzinoms. Med. Klinik. Nr. 7. S. 193. (Verf. berichtet über Krebse verschiedener Organe in drei Generationen einer Familie.)
156. Pentimalli, F., Über die Geschwülste bei Hühnern. I. Mitteilung. Allgemeine Morphologie der spontanen und der transplantablen Hühnergeschwülste. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 15. Heft 1. (Den bis jetzt beobachteten Fällen von spontanen Tumoren bei Hühnern werden 18 neue Fälle beigefügt; es handelt sich dabei u. a. 15mal um Sarkom und einmal um Karzinom [des Ovars]. In ihrem histologischen Bau entsprechen diese Geschwülste vollkommen den menschlichen Geschwülsten. Ebenso ergab das histologische Studium der Tumoren, welche bei Hühnern durch Verimpfung des getrockneten oder filtrierten Sarkomvirus von Rous, von Fujinami und von Tytler erzeugt wurden, dass es sich hierbei um echte, metastasierende Tumoren handelt.)
157. Peprawski, J., Förderung der Karzinomdiagnose durch das Röntgenbild. Dissert. Strassburg. (Berlin, Med. Ant. m. b. H. Preis Mk. 1.—.) (Mit 13 Figuren.)
158. Percy, J. F., Inoperable uterine carcinoma. A method of applying heat in its treatment. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 173. Nr. 3. S. 93. (Percy ergreift selbst das Wort zu der nach ihm benannten Methode. Er geht von der Erfahrung aus, dass Krebszellen bei einer Temperatur von 45^0 C in 10 Minuten ihre Lebensfähigkeit einbüssen, während normale Gewebszellen 55—60^0 vertragen. Er verwirft durchaus die eigentliche Kauterisation mit Verschorfung, teils wegen ihrer Gefahren für den Mastdarm, Blase und Ureteren, teils weil durch längere Zeit fortgesetzte Einwirkung eines mässig erhitzten Glüheisens nach seiner Ansicht eine viel ausgiebigere Hitzedurchdringung erreicht wird. Er führt das mit Watte umwickelte elektrische Glüheisen mit Hilfe eines wassergekühlten Spekulums durch die Scheide in den Fundus uteri, wo er es bis zu 40 Minuten liegen lässt, und zwar an jeder Stelle der Geschwulst solange, bis die durch die Bauchwunde den Uterus umfassende behandschuhte Hand die Hitze nicht mehr ertragen kann. Als besonders günstige Nebenwirkung betont er die Veränderung der kleineren Blutgefässe, der Lymphbahnen und Nerven, wodurch eine weitere Verschleppung der Krebszellen [auch bei etwa nachfolgender Totalexstirpation], sowie eine prompte Beseitigung der Schmerzen erzielt werde. Charakteristisch für die Methode ist Percys Vorschrift, das Abdomen stets ausgiebig zu öffnen, um die nötige Übersicht über die Geschwulst zu gewinnen und durch Umfassung des Uterus mit der behandschuhten Hand den Hitzegrad abschätzen zu können. Er scheut auch vor der wiederholten Eröffnung nicht zurück, ja, in zwei Fällen ist er bis zum fünfmaligen Bauchschnitt gegangen. Beide Fälle, der eine sieben Monate nach der letzten Anwendung wegen Rezidivs, sind wohlauf und werden einer Nachbehandlung mit tiefdringenden Röntgenstrahlen unterworfen. Verf. legt viel Gewicht auf die Vermeidung von Adhäsionen; er verwendet zu diesem Zweck eine Kompresse von Kinderflanell, die mit $2^0/_0$iger Lösung von Natr. citr. in physiologischer Kochsalzlösung getränkt wird. In Fällen, wo die Unterbindung der Art. iliacae int. und ovaricae unterlassen worden war, hat Verf. tödliche Blutung nach zwei Wochen erlebt. Die Behandlung soll in einer Sitzung die gesamte gröbere Masse eines Karzinoms beseitigen. Ein noch nicht erwähnter Vorzug gegenüber der Kauterisation ist die Verhinderung der Resorption sekundärinfizierter zerfallender Massen, wie sie unter dem Brandschorf stattfindet.)
158a. — Heat in the treatment of carcinoma of the uterus. Surg. Gyn. and Obst. Bd. 22. Nr. 1. S. 77.
159. — Technic of applying heat in treatment of inoperable uterine carcinoma. New York State Journ. of Med. Bd. 15. Nr. 7. S. 256.
160. — The technic of applying heat in the treatment of inoperable uterine carcinoma. New York Acad. of Med., Sitzg. vom 15. April. Als Original erschienen i. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 452. S. 298. (Die Methode beruht auf der Erfahrung, dass Karzinomgewebe abstirbt bei 45^0 C. Hitze und normales Gewebe erst bei 55—60^0 C. Es soll Koagulation, nicht Verkohlung des Gewebes zustande kommen. Die mässige Hitze dringt weit tiefer ins Gewebe durch wie Verbrennungswärme. Ausführliche Beschreibung der Methode, mit 12 photographischen Abbildungen des Instrumentariums und der Anwendung desselben. Das Abdomen wird dabei eröffnet und der Uterus mit der linken Hand umfasst. Weil sonst Nachblutungen vorkommen können [in $2^1/_2{}^0/_0$ der Fälle], unterbindet Verf. jetzt auch vorher die Art. iliacae int. und hat seitdem keine Blutungen mehr gesehen. — Literatur. — Aussprache: H. Taylor, H. Boldt, G. Mallet, Le Roy Broun, Percy [dieselbe

Nummer, S. 345]. Alle sind über diese Behandlungsmethode nicht zu weit vorgeschrittener inoperabler Karzinome sehr zufrieden.)

161. Pesharskaja, W., Die latente (potentielle) Alkaleszenz des Blutes, ihre Schwankungen bei gynäkologischen Kranken und ihre Bestimmung nach Engel. Russky Wratsch. 1913. Nr. 16 u. 17. (Siehe auch Auszug im Jahrgang 1913 dieses Jahresberichts, Kapitel 3 E, Nr. 137. — Bei Krebskrankheiten ist die Alkaleszenz des Blutes am stärksten herabgesetzt, was durch die Krankheit selbst bedingt ist. Dieselbe Erscheinung wird auch durch Sepsis hervorgerufen. Bei Myomen, Kystomen und Sarkomen blieb die Alkaleszenz unverändert, ebensowenig wurde sie durch die Temperatur beeinflusst. Diese Resultate könnten vielleicht differentialdiagnostisch so verwertet werden, dass bei bedeutender Herabsetzung der Alkaleszenz Krebs, bei unveränderter Alkaleszenz Sarkom oder Myom diagnostiziert werden müsste.)

162. Peterson, R., The treatment of cancer of the uterus. Michigan State Med. Soc. Journ. Bd. 14. Nr. 7. S. 379.

163. Piazza, C., Il contenuto in colesterina del siero di sangue nei tumori. Considerationi sui rapporti tra lipoidemia e reazine meiostagminica. Rivista critica di clin. med. Nr. 35 u. 36. (Italienisch.) (An erster Stelle wurde der Cholesteringehalt des Blutserums bei bösartigen Geschwülsten und dem Zusammenhang mit der Lipoidämie bestimmt und an zweiter Stelle der Zusammenhang zwischen dem Lipoidgehalt des Blutes und der Meiostagminreaktion festgestellt. Während für den normalen Cholesteringehalt des Blutserums, in Übereinstimmung mit den Erfahrungen von Grigaut, 1,6 pro Mille gefunden wurde, war in 65°/₀ der Karzinomfälle dieser Gehalt ein höherer, wenn auch nicht sehr erheblich. Eine ausschlaggebende Bedeutung hat diese Reaktion also nicht. Ferner stellte sich heraus, dass bei bösartigen Neubildungen keine vollkommene Übereinstimmung, kein wahrer Parallelismus besteht zwischen dem Cholesteringehalt des Blutserums und der Meiostagminreaktion. Während nur in 65°/₀ der Fälle ein erhöhter Cholesteringehalt gefunden wurde, ist die Meiostagminreaktion in einer viel höheren Prozentzahl der Fälle positiv. Obschon diese Reaktion der Ausdruck eines Status lipaemicus ist, als Folge eines veränderten Lipoidstoffwechsels darf dieselbe doch nicht ausschliesslich zugeschrieben werden. Diese Reaktion ist abhängig von einem veränderten Stoffwechsel, sei es nicht von allen Lipoiden, so doch mindestens von anderen Lipoiden ausser Cholesterin, das jedoch bei dieser Reaktion eine wichtige Rolle spielt.)

164. Pope, C., The autolysin treatment for cancer. New York Med. Journ. Bd. 102. Heft 15. S. 739.

165. Pozzi, S., et G. Rouhier, De l'hystérectomie restreinte complétée par la radiumthérapie dans les cancers de l'utérus. Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 23. Heft 3. S. 209. (Auf Grund statistisch gewonnener Zahlen über Operabilität und Mortalität der operativen Karzinombehandlung wollen Verff. zur beschränkten Uterusexstirpation zurückkehren, womöglich vaginal, mit nachfolgender Radiumbestrahlung. Die Radiumtuben werden in der Tamponade eingelegt und bleiben 48 Stunden liegen. Verff. haben dieses Verfahren in sieben Fällen, über die sie ausführlich berichten, mit gutem Erfolg angewandt. Die Technik wird an Hand von 25 Figuren klargelegt.)

166. Prinzing, Der Krebs in Württemberg und sein Auftreten in krebsarmen und krebsreichen Oberämtern. Zeitschr. f. Krebsforsch. 1914. Bd. 14. Heft 2. (Aus der Arbeit sei nur folgendes hervorgehoben. Das weibliche Geschlecht war überall häufiger befallen wie das männliche; in krebsreichen Gegenden war dieses Überwiegen der Frauen weniger ausgesprochen als in krebsarmen. Besonders hohe Krebssterblichkeit fand sich immer da, wo viel mooriges, fliessendes oder stehendes Gewässer vorhanden ist. Es fanden sich einzelne Gemeinden mit besonders hoher Krebssterblichkeit und auffallender zeitlicher Steigerung im Vorkommen des Krebses. Erblichkeit liess sich nicht nachweisen, ebenso kein deutlicher Einfluss des Berufes. Uteruskrebs wurde bei Verheirateten besonders häufig beobachtet, Brustkrebs bei ledigen, kinderlosen und Frauen mit wenigen Kindern.)

167. Prochownik, L., Behandlung und Statistik des Gebärmutterkrebses im Kleinbetrieb. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. S. 627. (In dieser wesentlich statistischen Arbeit berichtet Verf. über seine Erfahrungen während der Jahre 1877—1913. Für die eigene Beurteilung verblieben 521 Fälle, von denen 405 operiert wurden. Verf. unterscheidet drei operative Zeitabschnitte, einen fast nur palliativen von 1877—1881, einen der Radikaloperation bis Oktober 1913 und einen letzten von systematischer Verwendung der Strahlentherapie. Die Operabilität betrug im ganzen etwa 60°/₀. Von den supra-

vaginal amputierten ist keine Patientin gestorben, von den Korpuskarzinomen $7^1/_2$%, von den vaginal Operierten 11%, von den abdominal Operierten 20,3%. Metastasen nach den Operationen sah Prochownik nur zweimal. Dauererfolge über fünf Jahre waren bei den Supravaginalamputationen 65%, bei den vaginal operierten Körperkrebsen 71,4%, bei allen von der Scheide aus Operierten aber nur 13,4%, oder bei Abrechnung der an der Operation Gestorbenen 15%. Bei den abdominal Operierten betrug der Dauerheilungsprozentsatz 16,2 bzw. 21%. Nach den Vorschriften Winters und Waldsteins vorgenommenen Berechnungen ergaben sich für die vaginal Operierten 7,5 bzw. 6,9%, für die Laparotomierten 8,9 bzw. 7,7%, für die Gesamtheit der vaginalen und abdominalen Operationen 8,1 bzw. 6,9%. Verf. selbst bezeichnet das Ergebnis dieser Statistik, die mit strenger Kritik aufgestellt ist, als ein recht bescheidenes. Er hofft von der Strahlenbehandlung, über die naturgemäss noch keine Dauererfolge berichtet werden können, dass sie uns wieder einen Schritt vorwärts im Kampfe gegen den Krebs bringen wird.)

168. Rapp, H., Unsere Erfahrungen mit „Kankroin". Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. S. 845. (Erfolg an drei — nicht gynäkologischen — Probefällen absolut negativ. Das von Adamkiewicz beschriebene Nekrotischwerden mit nachfolgender Ausstossung grösserer Karzinompartien wurde nicht beobachtet. Das Institut für Krebsforschung in Heidelberg ist hiermit von der vollkommenen Unwirksamkeit des Kankroins überzeugt.)

169. Régamey, Recherches sur le micro-organisme du cancer des plantes. Soc. de Pathol. comparée de Paris, Sitzg. vom 12. Jan. Bericht: Presse méd. Nr. 4. S. 29. (Vortr. zeigt Präparate von Keimen, die er isoliert hat. Es gelang ihm, mit diesen Mikroben richtiges Karzinom bei Pflanzen zu erregen.)

170. Reynolds, E., Control of cancer. Amer. Journ. of Public Health. Bd. 5. Heft 7. S. 651.

171. — Newer vieuws of „cancer" and their present relation to responsibility of the practitioner. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 173. Nr. 3. S. 75. (Verf. betont eindringlich an der Hand von Krankengeschichten die Notwendigkeit frühzeitiger Operation auch in solchen Fällen, wo die Diagnose noch zweifelhaft ist.)

172. Ribbert, H., Die Histogenese des Röntgen- (und des Teer-)Karzinoms. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1914. Bd. 22. Heft 5. (Auszug im Kapitel „Strahlenbehandlung der Karzinome", Nr. 87.)

173. Ritter, H., und F. Tamm, Weitere Beiträge zur Cholinwirkung. Strahlentherapie. 1914. Bd. 5. Heft 1.

174. Roberts, H., Cancer of the cervix with pyometra. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Bd. 8. Nr. 3. S. 30.

175. Robertson, T. B., and T. C. Burnett, Influence of anterior lobe of pituitary on growth of carcinomata. Journ. of exper. Med. Bd. 21. Nr. 3. S. 280. (Tierversuche. Technik wird ausführlich mitgeteilt. Das Wachstum der Tumoren wurde deutlich angeregt, bei kleineren Geschwülsten stärker wie bei grösseren und besonders bei solchen, die sich etwa am 20. Tage ihres Wachstums [nach der Inokulation] befanden. Metastasenbildung fand nicht in stärkerem Masse statt. Unter Einfluss von Injektionen von Leberzellenemulsionen wurden diese Erscheinungen nicht festgestellt.)

176. Roger, H., La glyconurie dans le cancer. Soc. méd. d. hôp. de Paris, Sitzg. vom 18. Juni. Bericht: Presse méd. Nr. 30. S. 243. (Bei 46 Karzinomfällen war in 43 die Glykonurie verringert oder fehlte ganz. Die drei anderen Fälle waren einer mit Hautkrebs und zwei klinisch anscheinend geheilte nach Operation. Der Krebs scheint also eine funktionelle Insuffizienz der Leber hervorzurufen, was die Wirkung auf Körpergifte betrifft. Die Reaktion hat prognostische Bedeutung.)

177. Rohdenburg, G. L., and F. D. Bullock, The influence of autolytic products on tumor growth. New York Med. Rec. Bd. 88. Nr. 6. S. 233. (Mäuseversuche. Es wurden absolut keine Erfolge von den Injektionen gesehen. Die Wirkung bei Menschen soll, wie die eines jeden neuen Mittels, nur eine psychisch günstige sein.)

178. Rohdenburg, G. L., Colloidal silver with Lecithin in treatment of malignant tumors. Journ. of Med. Research. Bd. 31. Nr. 3. S. 331.

179. Roncali, D. R., Intorno al vario modo di generalizzarsi del carcinoma. Tumori. 1914. Nr. 2. S. 164. (1. Metastase durch spezifische Wirkung der differenzierten Geschwulstzellen; 2. Metastase durch spezifische Wirkung der embryonalen, nicht differenzierten Geschwulstzellen; 3. Metastase durch direkt infektiöse Wirkung der Krebszellen; und 4. Metastase durch indirekt infektiöse Wirkung der Geschwulstzellen und

direkt infektiöse Wirkung der Parasiten in ihrem Protoplasma mit Bildung granulomähnlicher Geschwülste.)

180. Runte, J. F., Ein Beitrag zur Therapie bösartiger Geschwülste. Dissert. Freiburg i. Br. März. (Ref. unbekannten Inhalts.)

181. Sachs, E., Ein Beitrag zur Lehre von dem infektiösen Ursprung des Karzinoms. Prager med. Wochenschr. Nr. 9. (Sachs berichtet die Tatsache, dass in einem Ort von 974 Einwohnern in den Jahren 1902—1914 20 Karzinomfälle vorkamen, nur in Häusern, die von einem bestimmten gemeinsamen Brunnen ihr Wasser bezogen, während in den Häusern mit eigenem Brunnen kein Karzinom auftrat.)

182. Scharlieb, M., Adenocarcinoma. Assoc. of regist. med. Women, Sitzg. vom 13. Juli. Bericht: Brit. Med. Journ. Nr. 2849. S. 219. (58jährige unverheiratete Frau, seit fünf Jahren in der Menopause, hatte Schmerzen und Ausfluss. Diagnose durch die Curettage gestellt. Der durch Panhysterektomie entfernte Uterus zeigte grobanatomisch keine Abweichungen.)

183. Schepelmann, E., Trauma und Gewächse. Med. Klinik. Nr. 27. S. 741.

184. Schindler, R., Histologische Untersuchungen an mit intravenösen Injektionen kolloidaler Metalle behandelten Fällen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 5. S. 389. (Es handelte sich um 11 operable und 5 inoperable Uteruskarzinome, einem Ovarialkarzinom mit Peritonealmetastasen, einem Bauchdeckendesmoid, vier Fälle von chronisch-entzündlichen Prozessen des inneren Genitales und einem Mischtumor der Mamma eines Hundes. Vor und nach der Behandlung wurde das Tumorgewebe histologisch untersucht; eventuell am operativ entfernten Organ. Die Veränderungen gingen auf folgendes hinaus. Einerseits Abbau der Geschwulstzellen selbst: feinkörnige, trübe Schwellung des Protoplasmas [wie bei der parenchymatösen Degeneration der Leber oder Niere], Synzytiumbildung, Entstehung kleinerer und grösserer Vakuolen und Hohlräume zwischen den Zellgruppen, die oft dicht mit Leukozyten erfüllt sind; Karyorhexis und Pyknose der Kerne; schliesslich Nekrose der ganzen Geschwulst, ausgehend vom Zentrum. — Andererseits reaktive Vorgänge in der Umgebung: zellige Infiltration, bestehend aus grösseren epitheloiden oder mehr rundlichen, lymphozytenähnlichen Zellformen mit intensiv gefärbtem runden Kern und polynukleären Leukozyten, die zwischen die Karzinomzellen vordringen, dieselben oft förmlich auseinandersprengen, vielfach auch in die bereits regressiv veränderten Zelleiber eindringen und durch Phagozytose zum Zerfall bringen. Ferner Hyperämie der Gefässe. Die Bindesubstanzen zeigen keine bemerkenswerte Veränderungen. Im entzündlich veränderten Gewebe fällt noch eine Art Fettmetamorphose der Zellen oder eine Art infiltrative Fettablagerung in Wanderzellen und Endothelien der Lymphgefässe in der Umgebung zerfallener Zellen auf. Alle hier geschilderten regressiven Veränderungen haben im allgemeinen nichts Spezifisches an sich, sie kommen auch sonst in malignen Neoplasmen und chronisch entzündlichen Geweben vor. Jedoch sind sie in den behandelten Fällen vor allem in quantitativ höherem Masse vorhanden. Schindler stellt sich nun die Wirkung der kolloiden Schwermetallverbindungen bei Neoplasmen und Entzündungsprozessen so vor, dass die feinst verteilten Körnchen der kolloidalen Lösung von den Geschwulst- resp. Exsudatzellen aufgenommen werden und im Plasma derselben physikalisch-chemische Reaktionen hervorrufen. Deren Wesen ist allerdings noch unklar, sie führen aber jedenfalls zu einer Schädigung zunächst des Zellplasmas und weiterhin auch des Kernes und haben die beschriebenen degenerativen und regressiven Veränderungen zur Folge. Durch gleichzeitige Steigerung der natürlichen Abwehrkräfte des Organismus [Hyperämie, Leukozytose, Phagozytose] kommt es dann zum raschen Zerfall der so veränderten Zellen, zur Resorption der Zerfallsprodukte und damit zum Abbau des Tumors, bzw. des Entzündungsherdes. Wenn auch bisher beim Menschen Heilung durch Injektion kolloidaler Metallverbindungen noch nicht gelungen ist, so stellen diese Agentien doch ein wertvolles Hilfsmittel in der Therapie der bösartigen Geschwülste dar, namentlich in Kombination mit der Strahlentherapie. Ausserdem können sie als ein wichtiger Faktor im Kampfe gegen etwa zurückgebliebene oder entfernt vom Hauptherd sitzende Tumorkeime betrachtet werden, da diese letzteren auf dem Wege der Blutbahn jedenfalls wirksamer beeinflusst werden dürften, als durch die Bestrahlung allein. Als besonders wertvoll haben sie sich ferner nach Schindlers Erfahrungen herausgestellt bei der Behandlung chronisch-entzündlicher Prozesse. Die Behandlungsdauer wird dadurch erheblich abgekürzt. Über Zahl und Quantität der Einspritzungen macht Verf. in der ausführlich mitgeteilten Kranken-

geschichte jedes einzelnen Falles genaue Angaben. Ebenso über die klinischen und histologischen Erfolge derselben.)

185. Schmitz, H., Cancer of the uterus. New York Med. Journ. Bd. 102. Heft 5. S. 235.

186. Schottländer, J., Genitalkarzinom (Demonstration). Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 10. März 1914. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. S. 170. (Getrennte Krebsherde im Septum rectovaginale und in beiden Eierstöcken. Der Septumknoten kommuniziert nahe dem hinteren Scheidengewölbe mit dem Cavum vaginae, während die hintere Scheidenwand sonst intakt ist. Er ist in die hintere Kollumwand des sonst krebsfreien Uterus eingewachsen und von intakter Rektummuskulatur und distalwärts auch von Rektalschleimhaut umrandet. Histologisch drüsig-papilläres Karzinom, in den Eierstocksherden gegenüber den sekundär soliden Nestern [Anaplasie] zurücktretend. — Anschliessend Betrachtungen über den primären Herd, von dem diese Tumoren ausgegangen sind. Vortr. hält es nicht für unmöglich, dass bei der Sektion ein verborgenes kleines Karzinom eines Bauchorgans, vor allem vielleicht des Darmes, übersehen worden ist. Ist doch die Neigung der Intestinalkrebse, in die Eierstöcke und den Douglas zu metastasieren, hinreichend bekannt.)

187. Schwartz, A., Epithélioma du col utérin propagé auligament large. Bull. de la Soc. chir. 1914. 26. Mai.

188. Scott, A. C., What public should know about cancer. Texas State Journ. of Med. Bd. 11. Nr. 3. S. 170.

189. — A new technique designed for total hysterectomy in difficult case especially for cancer of the uterus. Southern Surg. and Gyn. Assoc. Bd. 26. S. 119.

190. Sherman, W. O., Value of early diagnosis of cancer. Pennsylvania Med. Journ. Bd. 18. Nr. 10. S. 789.

191. Simpson, J. K., The cancer problem. Florida Med. Assoc. Journ. Bd. 2. Nr. 1. S. 7.

192. Sommer, M. P., Über die Ovarialveränderungen bei Mäusen und Kaninchen nach Cholininjektionen. Dissert. Freiburg i. Br. Okt.

193. Spaeth, F., Demonstration eines Korpuskarzinoms. Geb. Ges. in Hamburg, Sitzg. vom 16. Febr. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. S. 249. (Bei der Patientin war vorher von anderer Seite wegen Blutungen eine Auskratzung gemacht worden, weiterhin war sie noch mehrmals in Krankenhäusern und von Gynäkologen in Narkose untersucht worden, ohne positives Resultat. Spaeth stellte durch Probecurettage das Karzinom fest und exstirpierte den Uterus. Er nimmt an, dass das Karzinom schon drei Jahre bestanden hat. — Dauererfolg noch unbekannt.)

194. Steensma, F. A., Het ontstaan van kanker. Een werkhypothese voor het wetenschappelijk kankeronderzoek. (Die Entstehung des Krebses. Eine Arbeitshypothese zur wissenschaftlichen Krebsforschung.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 10. S. 728. (Holländisch.)

195. Stirny, L. W., Typen des Uteruskarzinoms. Amer. Gyn. Soc., Sitzg. vom 20. Mai. Bericht: Med. Record. 4. Sept. S. 418.

196. Stomps, Th. J., Nieuwe banen voor kankeronderzoek. (Neue Bahnen für die Karzinomforschung.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Hälfte. Nr. 3. S. 587. (Holländisch.)

197. Stresemann, F., Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens bei Schwangerschaft und gynäkologischen Erkrankungen, einschliesslich Karzinom. Dissert. Breslau 1914. (Urban u. Schwarzenberg, Berlin u. Wien.) Als Original erschienen i. d. Gyn. Rundschau. Heft 17/18. (Versuche an 105 Frauen, aus denen Verf. zu folgenden Schlüssen kommt, die die Neubildungen des Uterus betreffen: Die Sera gravider Frauen bauen Karzinomgewebe nicht ab. Bei Karzinom wird Karzinomgewebe abgebaut, nicht Plazentargewebe. Bei fehlender positiver Reaktion kann Karzinom ausgeschlossen werden. Technik. Die Abderhaldensche Reaktion ist nach der Überzeugung des Verf. eine spezifische. Es ist ihr eine praktische Bedeutung nicht abzusprechen. Jedoch ist wegen der vielen Fehlerquellen und der Schwierigkeit in der Technik eine Anwendung in der allgemeinen Praxis vorderhand nicht möglich. Sogar im gut eingerichteten Laboratorium kommen Versager des öfteren vor.)

198. Strong, L. W., Heteroplasia in carcinoma uteri. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 71 Nr. 445. S. 30. (Vier Mikrophotogramme. Dieselbe Arbeit ist deutsch erschienen; siehe Nr. 199.)

199. — Über Heteroplasie beim Karzinom des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 104. Heft 2. S. 189. (Es handelt sich um ein auf den Fundus uteri beschränktes Adenokarzinom, in welchem aber auf der einen Seite plötzlich Drüsenbildungen auftraten, deren Zellen

Plattenepithelcharakter trugen. Da sowohl eine Metastasierung vom Ovarium her wie von der Cervix nach Verf. Ansicht ausgeschlossen ist, würde man also das Auftreten dieser Zellnester nur durch Metaplasie des Epithels erklären können.)

200. Strong, L. W., Types of carcinoma of the uterus. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 453. S. 431.
201. — Adenocarcinoma uteri mit Metastasen in beiden Tuben. New York Path. Soc. Nr. 1 u. 2.
202. Stubbs, H. J., Carcinoma of the uterus. Delaware State Med. Journ. Bd. 5. Nr. 11. S. 1.
203. Sullivan, J. C., Fundamentals of cancer. Pennsylvania Med. Journ. Bd. 18. Nr. 10. S. 833.
204. Sykoff, Der heutige Stand der Frage über maligne Geschwülste. Wratsch. Gaz. 1913. Nr. 47. (Russisch.) (In Russland sterben jährlich an Krebs 170 000 Menschen. Im Moskauer Morosoffschen Krebsinstitut wurden Versuche angestellt, die ergaben, dass epitheliale Tumoren sich an Stellen mit herabgesetzter Oxydation befinden, dagegen Sarkome von erhöhten Oxydationsprozessen begleitet werden, was bei der Therapie zu berücksichtigen ist.)
205. Taylor, H. C., Cancer of the female genital organs. Amer. Journ. of Surg. Heft 10. S. 371.
206. — Cancer. Its study and prevention. Philadelphia, Lea and Febiger. (330 Seiten, Preis 2,5 Dollar.)
207. Tennant, C. E., Hitze bei Behandlung inoperabler Karzinome. Colorado State Med. Soc., Sitzg. vom 5.—7. Okt. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc., 6. Nov. S. 1672.
208. Thaler, H., Zur erweiterten vaginalen Karzinomoperation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. S. 731. (Bericht aus der Schautaschen Klinik über die Jahre 1912—1914. Operable Fälle wurden stets operiert. Die Operabilität ging aber von 70,2% im Jahre 1909 auf 48,5% im Jahre 1914 herunter. Dieser Rückgang steht in direkter Beziehung zu der ausgedehnteren Anwendung des Radium. Die Mortalitätsziffern betrugen für die drei Jahre 1,6, 6,2 resp. 4,0%, die Gesamtmortalität aller 14 Beobachtungsjahre 7,6%. Das Gesamtdauerheilungsprozent [fünf Jahre rezidivfrei] betrug 38%. Einer kleineren primären Mortalität entsprachen ungünstige Dauerheilungsresultate. Das absolute Heilungsprozent [Winter III] betrug für alle neun Jahre 17,4%, für die letzten fünf Jahre sogar 20%. Im letzten Jahre wurden mehrere Fälle unter ausschliesslicher Lokalanästhesie, parametraner Leitungsanästhesie, operiert. In bezug auf die Wahl der Methode tritt Verf. nochmals für die erweiterte vaginale Totalexstirpation ein, welche die geringste Mortalität abgibt.)
209. — Zur Anwendung der Lokalanästhesie bei grösseren vaginalen Operationen. Mit einem Berichte über fünf erweiterte vaginale Karzinomoperationen nach Schauta, ausgeführt unter Lokalanästhesie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 5. S. 438. (Die parametrane Leitungsanästhesie kann nach den eigenen Erfahrungen des Verf. auch bei der erweiterten vaginalen Totalexstirpation als leistungsfähiges Verfahren angesehen werden. Die Beobachtungen zeigten, dass parametrane Novokaindepots im Verein mit der entsprechenden Anästhesierung des äusseren Genitales und seiner Umgebung die Vornahme aller extraperitonealen Akte der Operation unter völliger Analgesie gestatten. Weiters bewirkte die parametrane Leitungsunterbrechung in allen Versuchsfällen auch im Bereiche des Beckenperitoneums hinlängliche Schmerzherabsetzung, die auch die breitere Eröffnung und die ausgedehntere Inanspruchnahme bei der erweiterten Abtragung des Uterus ohne Zuhilfenahme von Allgemeinnarkose ermöglichte. Der Suprareninzusatz zum Anästhetikum führte in jedem Falle zu einer sichtlichen Anämie des gesamten Operationsgebietes. Über die Technik, Indikationen und Kontraindikationen Näheres im Kapitel „Anästhesierungsmethoden".)
209a. Torggler, Mischgeschwülste der Gebärmutter. Verein der Ärzte in Kärnten, 2. März 1914. Ärztl. Standeszeitg. 15. Mai 1914. p. 123/4. (a) Fall von Kollumkarzinom, kombiniert mit submukösem Myom, vaginale Uterusexstirpation. b) Fibromata uteri, vergesellschaftet mit Adenocarcinoma corporis uteri. Supravaginale Amputation des Uterus; später Rezidiv.)
210. La Torre, F., Pro e contro il raschiamento endouterine. Clin. Ostetr. Bd. 13. Nr. 3.
211. Tigert, H. M., Cancer of the cervix. Tennessee State Med. Assoc. Journ. Bd. 8. Nr. 3. S. 126.
212. Turnbull, A., The origin of cancer. Zeitschr. f. Krebsforsch. 1914. Bd. 14. Heft 2. (Verf. begründet in einer theoretischen Auseinandersetzung die Ansicht, dass das Karzinom nicht aus äusseren, sondern aus inneren Ursachen entsteht.)

213. Tyler, G. T., The importance of destroying the cervical mucosa in subtotal hysterectomy as a cancer-preventing measure. Southern Med. Journ. Bd. 8. Nr. 7. S. 583. (Umfrage, auf die 123 Antworten einliefen. 22% exzidieren die Mukosa, 13,5% benutzen die Kauterisation, 3,4% ziehen in allen Fällen die Totalexstirpation vor, 12,7% benutzt Karbolsäure, 1% curettiert und 44% tun garnichts an der Mukosa.)

214. Veit, J., Demonstration eines wegen Korpuskarzinom und zwei Metastasen in der Scheide totalexstirpierten Genitalkanals. Verein d. Ärzte in Halle a. S., Sitzg. vom 8. Dez. Bericht: Münchn. med. Wochenschr. 1916. Nr. 7. S. 242. (Trotz aller Erfolge durch Röntgen und Radium bleiben diese Fälle der operativen Tätigkeit vorbehalten. Der schwere Eingriff wurde abdominal begonnen, dann an der Vagina auf der Aussenseite des Hymens fortgefahren, die Vagina lospräpariert und zum Schluss der Uterus abdominal exstirpiert. Der Patientin geht es gut; sie hat vom ersten Tage an das Bett verlassen. Hinterher wird noch röntgenbestrahlt werden.)

215. Vineberg, H. N., An unusual case of adenocarcinoma of the uterus. New York Acad. of Med., Sitzg. vom 26. Jan. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 71. Nr. 449. S. 811. (28jährige Patientin, die vor drei Jahren zuletzt geboren hatte. Die letzten vier Monate hatte die Regel bis 11 Tage gedauert und wegen der gleichmässigen Vergrösserung des Uterus, wie in der achten Woche einer Gravidität, wurde die Diagnose auf Myom gestellt. Es wurde versucht, das Myom zu enukleieren, was auch gelang. Da sich jedoch aus der Geschwulst missfarbene Flüssigkeit entleerte, kam der Verdacht auf, dass maligne Entartung vorliege und wurde der Uterus totalexstirpiert. Mikroskopisch wurde Adenokarzinom festgestellt. — Dieser Fall zeigt, wie gefährlich die Röntgenbestrahlung von Myomen sein kann, da vorher die Diagnose unmöglich richtig hätte gestellt werden können.)

216. Violet, H., Korpuskarzinom bei einer 78jährigen Greisin. Lyon méd. 1914. Nr. 23. (Trotz ihrer Jahre sehr mobile Frau; eine recht geräumige Scheide erleichterte die vaginale Operation, unter Rachianästhesie vorgenommen. Entlassung nach 14 Tagen.)

217. Waegeli, M. C., Le traitement opératoire du cancer utérin à la clinique gynécologique de l'Université de Genève. Revue de gyn. et de chir. abd. 1914. Juli. S. 29. (Resultate der Genfer gynäkologischen Klinik in den Jahren 1890—1912. Es kamen in dieser Zeit 358 Fälle von Uterus- oder Scheidenkrebs zur Beobachtung. Davon waren nur 91 operabel. Es wurden ausgeführt: 8 Cervixamputationen, ohne Todesfall, und eine Dauerheilung; 18 vaginale Hysterektomien mit zwei Todesfällen und zwei Dauerheilungen; 18 vaginale Totalexstirpationen mit drei Todesfällen und drei Dauerheilungen; und 37 abdominale Totalexstirpationen nach Wertheim mit 13 Todesfällen und sieben Dauerheilungen. — Technik.)

218. Wainwright, J. M., The opportunity of large clinics in campaign against cancer. Pennsylvania Med. Journ. Bd. 18. Nr. 10. S. 794.

219. Wall, G. A., Uterine carcinoma. — A plea for early diagnosis. Oklahoma State Med. Assoc. Journ. Bd. 7. Nr. 11. S. 367.

220. Warthin, A. Scott, The occurence of malignant neoplasms in the young. Arch. of int. Med. Bd. 15. S. 444. (2000 Tumorfälle, als Material des pathologischen Instituts in Michigan, wurden gemustert. Dabei ergab sich der Schluss, dass vor der Geschlechtsreife die Zahl der malignen Tumoren relativ klein ist. Sie wächst mit dem Pubertätsalter andauernd bis zum 62. Jahre, um dann wieder nachzulassen. Sarkom und Karzinom zeigen ein paralleles Auftreten und die kongenitale Lehre findet für die jugendlichen Neoplasmen Unterstützung.)

221. Weil, R., Chemotherapy and tumors. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 16. S. 1283. (Die Chemotherapie ist beim Menschen in ihrer jetzigen Gestalt aussichtslos. Die bei Tieren erreichten Resultate erforderten intravenöse Einspritzungen von fast tödlichen Quantitäten, die beim Menschen nicht zulässig sind. Die „ermutigenden Resultate", über die manche Untersucher berichten, sind nichts anderes wie die gewöhnlichen Schwankungen in Wachstumsintensität und Heilung nebensächlicher Ulzerationen.)

222. Weiss, E., Wassermannsche Reaktion und maligne Neubildungen. Dissert. Würzburg. August.

223. Weiss, E. A., Cancer of the uterus and its early recognition. Journ.-Lancet. Bd. 35. Nr. 13. S. 345.

224. Wetherill, H. G., Cancer in women. Colorado Med. Bd. 12. Nr. 7. S. 179.

225. Whilshen, B. R., Uteruskarzinom und seine rechtzeitige Diagnose. Interstate Med. Journ. Nr. 4.

226. White, R. R., Cautery in treatment of cancer. Texas State Journ. of Med. Bd. 11. Nr. 3. S. 179.
227. Wijn, C. L., Kanker, beschouwd als gevolg van een overmatigen prikkel in den ectodermalen tak van het neurotoom in een of meer segmenten. (Der Krebs, betrachtet als Folge eines übermässigen Reizes im ektodermalen Ast des Neurotoms in einem oder mehrerer Segmente.) Medisch Weekblad. Bd. 22. Nr. 10—16. (Holländisch.) (Nicht speziell gynäkologisch.)
228. Williams, E. H., Inoperable cancer treated with autolysin. New York Med. Journ. Bd. 102. Heft 15. S. 741.
229. Williams, H. S., Cancer treated with autolysin. New York Med. Journ. Bd. 102. Nr. 20. S. 991. (Von 494 inoperablen Krebsfällen hatte die Behandlung geringen Erfolg in 58 Fällen. In bemerkenswerter Weise gebessert wurden 103 Fälle, doch ist die Prognose bei denselben immer noch zweifelhaft. 65 Fälle zeigten grosse Besserung und die Prognose erscheint günstig. 43 Fälle scheinen geheilt zu sein, obschon die Spuren der Krankheit nicht ganz verschwunden sind. In 50 Fällen sind jedoch alle Spuren des Krankheitsprozesses gänzlich verschwunden und die Heilung ist eine vollständige. Der Verf. setzt grosse Hoffnungen auf diese Bestrahlungsmethode.)
230. — and J. W. Beveridge, The autolysin treatment of cancer in the light of the proteomorphic theory. New York. Med. Journ. Bd. 102. Heft 14. S. 696.
231. Wilson, A., Cases of inoperable cancer treated with goat serum. Brit. Med. Journ. Nr. 2821. (Intravenöse Anwendung. Die Reaktion ist sehr heftig. Bei einer 60jährigen Frau war der inoperable Uteruskrebs innerhalb sechs Wochen klinisch geheilt und verschwunden. Sie lebte noch zwei Jahre und starb an einer interkurrenten Krankheit. Verf. erwähnt noch fünf weitere Fälle, die ebenfalls günstig beeinflusst wurden.)
232. — The autolysin treatment of inoperable malignant neoplasm. New York Med. Journ. Bd. 102. Heft 15. S. 746.
233. Wissing, O., Zur Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. S. 998. (Auf Grund seiner umfangreichen Untersuchungen — es wurden über 350 Sera geprüft — kommt der Verf. zu dem Schluss, dass die Meiostagminreaktion, obwohl sie selbst nicht spezifisch ist, in vielen Fällen, wo die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden nicht ausreichen, wertvolle diagnostische Aufklärungen geben kann. Bei 84% der Krebskranken war die Reaktion positiv; unter diesen 9 mit Geschwülsten von Kirsch- bis Nussgrösse. Positive Reaktion tritt weiter ein bei Fällen, die nicht mit Krebs zu verwechseln sind, wie bei Fieber, in den drei letzten Monaten der Schwangerschaft, bei chronischer Nephritis, Urämie, Cirrhosis hepatis usw. Zahlreiche technische Besonderheiten sind für denjenigen, der sich mit dieser Untersuchungsmethode befasst, von grösstem Interesse.)
234. Wood, F. C., A review of the advances in our knowledge and treatment of cancer in the last thirty years. Med. Record. Bd. 88. Nr. 1. S. 1.
235. Worrall, R., Case of bilateral duplication of ureters complicating operation for cancer of the cervix uteri. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1914. Bd. 26. Heft 3. S. 154.
236. Yates, H. W., Significance of uterine hemorrhage. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 71. Heft 448.
237. Young, J. R., Cancer of female genital organs. South Carolina Med. Assoc. Journ. Bd. 11. Nr. 7. S. 204.
238. van Zwaluwenberg, J. G., Contribution of Roentgen ray to diagnosis of abdominal carcinoma. Michigan State Med. Soc. Journ. Bd. 14. Nr. 7. S. 365.

Ätiologie, Genese, Immunität, Prophylaxe, Statistik.

Beim Studium der **Ätiologie** des Krebses ist man nicht berechtigt, die Möglichkeit einer **Infektion als Ursache** der bösartigen **Gewebswucherung** auszuschliessen. Fibiger (63) hat mit Erfolg seine Tierversuche über das Spiropterakarzinom der Ratte fortgesetzt. Green (82) stellte serologische Versuche an mit Antigene aus dem Micrococcus neoformans. Friedemann mit einigen Mitarbeitern (75) publizierte eine grössere Arbeit über das Bacterium tumefaciens der Pflanze (Pflanzenkrebserreger) als Erreger menschlicher Krankheiten. Auch Regamey (169) ist es gelungen, durch Keimimpfungen richtiges Karzinom bei Pflanzen zu erzeugen. Und als Beitrag zur Lehre von dem infektiösen Ursprung des Karzinoms berichtet Sachs (181) die Tatsache, dass in einem Ort von 974 Einwohnern in den Jahren

1902—1914 20 Karzinomfälle vorkamen, nur in Häusern, die von einem bestimmten Brunnen ihr Wasser bezogen. In den Häusern mit eigenen Brunnen trat kein Krebsfall auf.

Ebenso wie Sachs (181) halten auch Barth (8) und Prinzing (166) irgend einen Zusammenhang zwischen **Wasser-, Boden-** oder **Ernährungsverhältnisse** einerseits und dem Vorkommen von Krebs andererseits nicht für unwahrscheinlich. Barth (8) fand, dass in der Schweiz in Gegenden eruptiven Ursprungs, die am reichsten an Silizium sind, am wenigsten Krebs vorkommt, während in den kreidigen Gebieten der Krebs am verbreitetsten ist, wie auch im allgemeinen die Flüsse kreidigen Ursprungs die krebsreichen Gegenden durchfliessen. Ob vielleicht Silizium gegen Krebs Schutz bietet ist aber nicht bewiesen. Bulkley (32 und 33) sucht einen Zusammenhang zwischen Ernährung und Krebs und empfiehlt vegetarische Diät. Beveridge (16) hält Proteinabsorption für einen wichtigen Faktor bei der Entstehung des Karzinoms.

Über den Einfluss von **Störungen der inneren Sekretion** auf die Entstehung von wuchernden Geschwülsten hat Lauterborn (121) seine Ansichten veröffentlicht. In Analogie mit Beobachtungen an Tieren glaubt er das Auftreten echter Blastome beim Menschen vorzugsweise in höherem Alter, mit der beginnenden senilen Involution des Sexualapparates in Zusammenhang bringen zu können. Interessant ist auch die Beobachtung von Robertson und Burnett (175) bei Tieren, dass das Wachstum von inokulierten Tumoren durch Injektion von Zirbeldrüsenextrakt deutlich angeregt wird.

Nach Bristol (31) sollen **lokale Stoffwechselverhältnisse** für die Entstehung des Krebses eine Rolle spielen. Karzinom soll die Folge lokalisierter Hyperoxydation und Stoffwechselverstärkung epithelialer Zellen sein. Dagegen fand aber Sykoff (204), dass epitheliale Tumoren gerade an Stellen mit herabgesetzter Oxydation sich befinden, während nur Sarkome von erhöhten Oxydationsprozessen begleitet sind.

Fränkel und Klein (72) haben sich mit Studien über die **chemische Ätiologie** des Karzinoms befasst und veröffentlichen Versuche mit der Nowellschen kristallisierbaren Karzinomsubstanz. Ribbert (172) schrieb eine Arbeit über die Histogenese des Röntgen- (und des Teer-)Karzinoms.

Den Zusammenhang zwischen **Trauma** und Geschwülsten hat Schepelmann (183) einer eingehenden Betrachtung unterzogen. Dagegen begründet Turnbull (212) in einer theoretischen Auseinandersetzung die Ansicht, dass das Karzinom nicht aus äusseren, sondern aus inneren Ursachen entsteht.

Neue **Arbeitshypothesen** für die wissenschaftliche Erforschung der Entstehung des Krebses werden von Steensma (194) und Stomps (196) vorgeschlagen. Wijn (227) betrachtet das Karzinom als Folge eines übermässigen Reizes im ektodermalen Ast des Neurotoms in einem oder mehreren Segmenten. Lazarus-Barlow (122) befasste sich mit einem Studium über die Ursache des Krebses im Lichte der neuen radio-biologischen Forschung.

Biggs (18) und Harris (86) haben den **präkarzinomatösen Veränderungen** ihre besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Letzterer Autor beschäftigt sich auch mit den zum Karzinom **prädisponierenden Einflüssen** und mit der Frage nach der Bedeutung der **Heredität** bei der Entstehung des Krebses. Peiser (155) teilt eine Beobachtung mit von mehrfachen Krebsfällen verschiedener Organe in drei Generationen einer Familie. Prinzing (166) konnte in seiner Statistik über das Vorkommen des Krebses in Württemberg Erblichkeit nicht nachweisen. Eine Untersuchung an einem Material von 2000 Tumorfällen durch Warthin (220) ergab Resultate, in denen die kongenitale Lehre für die jugendlichen Neoplasmen Unterstützung findet. Die Frequenz der malignen Neubildungen nimmt mit dem **Lebensalter** zu, um nach dem 62. Jahre wiederum abzunehmen. Vor der Geschlechtsreife sind maligne Tumoren selten. Fowler (70) beschäftigte sich mit dem Vorkommen von Karzinom bei jugendlichen Personen und Brooke Bland (21) teilt einen Fall mit von Uteruskrebs bei einer 24jährigen verheirateten Frau.

Zur **Biologie** des Krebses haben Argaud und Duboucher (4) das organogenetische Vermögen der Karzinomzellen studiert und Braunstein (30) befasste sich mit den physikalisch-chemischen Vorgängen in den malignen Tumoren. Bell (12) veröffentlicht eine Arbeit über die Naturgeschichte des Krebses.

Mit der **Immunität** gegen Karzinom hat sich die Englische Krebsgesellschaft beschäftigt (39). Aber auch Morgenroth und Bieling (150) bringen einen Beitrag zur Kenntnis der Geschwulstimmunität.

Besonders in Amerika hat man sich seit einigen Jahren energisch auf die organisierte **Bekämpfung** der Krebskrankheit verlegt. Unzählige Vorschläge sind in der Fachpresse dazu gemacht worden. Erwähnt seien hier die Publikationen von Bloodgood (22), Darling (56), Hegner (87), Hertzler (89), Bakeman (118), May (141), Miller (147), Rey-

nolds (170), Scott (188), Sherman (190), Simpson (191), Taylor (206), Wainwright (218) und Wall (219).

Zur Frage der **Häufigkeit** des Krebses haben statistische Zusammenstellungen von Beitler (11) ergeben, dass der Krebs in den letzten 10 Jahren im Zunehmen begriffen ist. Zu demselben Resultat ist Kirchner (108) gelangt. Kümmeth (115) verfasste über dieses Thema eine Dissertation. Nach der Ansicht Lewis (125) sind aber die **Statistiken** über die Todesursachen in ihrer heutigen Verfassung wenigstens in Amerika zu wissenschaftlichen Nachforschungen wenig brauchbar. Er macht Vorschläge, dieselben in dieser Hinsicht praktischer zu gestalten. Warthin (220) bearbeitete statistisch 2000 Tumorfälle aus dem pathologischen Institut in Michigan, hauptsächlich auf das Alter der Patienten.

Über die **Verbreitung** des Krebses in England berichtet das Imperial Cancer Research Fund (39), in Amerika die American Association for Cancer Research (38). Heymann (90) hat die Krebssterblichkeit in Düsseldorf in den Jahren 1909—1913 zusammengestellt (1297 Fälle), während Prinzing (166) eine grössere statistische Arbeit publiziert über den Krebs in Württemberg. Kolb (113) berichtet über die Topographie des Krebses in Bayern.

Histologie, pathologische Anatomie, Chemie und Stoffwechsel.

Barber (7) hat 200 Fälle von Karzinom histologisch untersucht und berichtet darüber. Benthin (13) fand in der Schleimhaut des Uterusfundus einer 56jährigen Frau ein **Carcinoma sarcomatodes.** Es bestand mikroskopisch aus einem wechselnd adenomatös, adenokarzinomatös und retikulär aufgebauten Krebs und einem gefässreichen, gemischtzelligen Sarkom mit Riesenzellenbildung. Das Zylinderepithel des Krebses zeigte herdweise Metaplasie in verhornendem Plattenepithel. Auch Engelhorn (61) und Strong (198 und 199) konnten an einem **Adenokarzinom** des Uterus an einer Stelle den **Übergang in Plattenepithelkarzinom** feststellen, welcher Vorgang nur durch Metaplasie des Epithels zu erklären ist. Weitere Fälle von Adenokarzinom beschreiben Klein (109), Macnaughton Jones (134), Scharlieb (182), Strong (201) und Vineberg (215).

Joest und Ernesti (101) und Pentimalli (156) veröffentlichen Untersuchungen über die Morphologie spontaner Geschwülste bei Hühnern. Diese entsprechen in ihrem histologischen Bau vollkommen den menschlichen Tumoren.

Über die **Kombination bösartiger Geschwülste des Uterus und des Eierstocks** hat Bassani (9) an der Hand dreier selbst beobachteter Fälle eine umfassende Arbeit geschrieben. Schwierig ist die Beurteilung, welches der primäre Tumor, welches die Metastase ist. In vielen Fällen von Geschwulstkombination ist der Mechanismus der Metastase an und für sich nicht imstande, eine Erklärung der Multiplizität der Geschwülste zu geben. Von Interesse bei dieser Frage ist auch der Fall von Schottländer (186), der getrennte Krebsherde im Septum rectovaginale und in beiden Eierstöcken aufwies. Der Autor weist aber auch auf die Möglichkeit hin, dass bei der Sektion ein verborgenes kleines Karzinom eines Bauchorgans, vor allem vielleicht des Darms, übersehen worden ist. Intestinalkrebse haben bekannterweise die Neigung, in die Eierstöcke und den Douglas zu metastasieren. Bux (37) schrieb eine Dissertation über multiple Uteruskarzinome.

Die Frage nach dem Vorgang der **Metastasenbildung** beim Gebärmutterkrebs kommt ausser in den erwähnten Arbeiten von Bassani (9) und Schottländer (186) auch in den Publikationen von Roncali (179) und Strong (201) zur Sprache. Ersterer Verfasser geht auf die verschiedenen Mechanismen der Metastasenbildung besonders ein.

Auch Versuche mit der **Transplantation** von Geschwülsten bei Tieren haben dazu geholfen, unsere Kenntnisse über den Bau, das Wachstum und die Metastasierung der malignen Tumoren zu erweitern. Nach Brancati (29) beruhen jedoch die Resultate, die bei der Überpflanzung heterogener Tumoren bei Tieren gewonnen sind, vielfach auf Täuschungen. Es handelt sich bei den scheinbar positiven Erfolgen nach seiner Ansicht um überlebendes Gewebe, jedoch nicht um echte Transplantation. Bullock (34) berichtet dagegen über gelungene Transplantationsversuche von Mäusetumoren bei Ratten. In den ersten Wochen nahmen die Tumoren erheblich an Umfang zu, bis hundertmal der ursprünglichen Grösse, dann wurden sie jedoch resorbiert. Der Charakter der Geschwülste änderte sich nicht. Funk (77) fand, dass wenn Tiere mit Tumorgewebe einer gewissen Art gefüttert wurden, bei denselben ein solcher Tumor durch Inokulation viel leichter zum Wachstum gerät. — Den Einfluss der Parabiose auf die Entwicklung inokulierter Karzinome hat Morpurgo (151) studiert. Ishii und Loeb (99) veröffentlichten eine grössere Abhandlung über das Wachstum normalen Mäusekrebses und solchen mit künstlich herabgesetzter Virulenz.

Joinaux (102) hat eine Dissertation verfasst über die **Pyometra** beim Cervixkarzinom und Roberts (174) teilt einen kasuistischen Fall von derselben Komplikation mit.

Über die **Blutveränderungen** bei Karzinomkranken, besonders über die Alkaleszenz derselben, hat Pesharskaja (161) Untersuchungen angestellt. Er glaubt die Resultate sogar differentialdiagnostisch verwenden zu können. Kabierske (103) und Koenigsfeld (111) publizieren einzeln und gemeinschaftlich ihre Untersuchungsergebnisse über die Blutveränderungen bei Tumormäusen und ihre Beziehungen zu den kachektischen Blutveränderungen beim Karzinom des Menschen. Die Verfasser sind zur Überzeugung gelangt, dass die Mäusetumoren in Parallele zu menschlichen Tumoren zu stellen sind.

Zum Verhalten des **Stoffwechsels** bei Karzinom hat schliesslich Braunstein (30) einen Beitrag geliefert durch sein Studium der physikalisch-chemischen Vorgänge in malignen Tumoren. Bristol (31) hält Krebs für die Folge lokalisierter Hyperoxydation und Stoffwechselverstärkung der epithelialen Zellen, während Sykoff (204) gerade fand, dass epitheliale Tumoren sich an Stellen mit herabgesetzter Oxydation befinden. — Zu diesem Thema sind auch einzelne der im nächsten Abschnitt erwähnten Arbeiten über den **Cholesteringehalt des Blutes** (Huffmann [93], Piazza [163]), die **Meiostagminreaktion** und **Urinuntersuchungen** (Roger [176] u. a.) bei Krebskranken von Bedeutung.

Diagnostik.

Unter den diagnostischen Verfahren hat die **Serodiagnostik** noch keine hervorragende Bedeutung gewonnen, wenn es auch nicht an Versuchen fehlt, sie zu einer zuverlässigen und praktisch brauchbaren Methode auszugestalten. Martin (138) gibt darüber eine Übersicht.

Ebeler und Löhnberg (59) haben u. a. 37 Krebsfälle mit der **Fermentreaktion nach Abderhalden** untersucht und fanden in 82% die Ninhydrinprobe positiv. Sie kommen zum Schluss, dass die Reaktion zwar keine einwandfreien, doch immerhin ziemlich gute Resultate gibt. Über die praktische Brauchbarkeit des Verfahrens lässt sich noch nichts sagen. Stresemann (197) hat das Resultat seiner Untersuchungen mit derselben Methode an 105 zum Teil schwangeren, zum Teil gynäkologisch kranken Frauen in einer Dissertation zusammengestellt. Er fand, dass bei Karzinomkranken Karzinomgewebe abgebaut wird, Plazentargewebe jedoch nicht. Umgekehrt bauen die Sera gravider Frauen Krebsgewebe nicht ab. Bei fehlender positiver Reaktion kann Karzinom ausgeschlossen werden. Nach Ansicht Stresemanns ist die Abderhaldensche Reaktion eine spezifische. Praktische Bedeutung ist ihr nicht abzusprechen. Ihre Anwendung in der allgemeinen Praxis ist jedoch wegen der vielen Fehlerquellen und der Schwierigkeit der Technik vorderhand nicht möglich. Sogar in guteingerichteten Laboratorien kommen Versager des öfteren vor. — Auch Bauer (10), Berghausen (15), Biehn (17), Chotzen (44), Fulchiero (76), Goodmann und Berkowitz (80) u. a. haben Erfahrungen mit der Reaktion nach Abderhalden mitgeteilt. — Von Levin und v. Slijke (123) stammt der Versuch mit demselben Verfahren, quantitative Bestimmungen auszuführen. Sie bekamen aber keine brauchbaren Resultate. Keitler und Lindner (105 und 106) beschreiben kritisch eine grössere Zahl von Untersuchungen nach Abderhalden, u. a. bei Karzinomen. Die Ergebnisse der Methode waren im ganzen nicht hervorragend, grösstenteils aber wohl nur wegen technischer Fehler. Der Ausbau der Technik geht zurzeit noch der Lösung komplizierter klinischer Probleme vor. Dieselben beiden Autoren haben den Einfluss der Strahlenbehandlung auf die Abderhaldenschen Abwehrfermente studiert. Es ergab sich, dass die Bildung derselben durch die Röntgenbestrahlung verhindert wird oder zum mindesten verzögert. Dieser Befund ist von praktischer Bedeutung für die Beurteilung der Abderhaldenschen Reaktion bei Krebskranken, die einer Strahlentherapie unterworfen worden waren.

Weiss (222) behandelt in einer Würzburger Dissertation die Beziehungen zwischen der v. **Wassermannschen Reaktion** und malignen Neubildungen.

Green (82) konnte die von Ransohoff beobachteten Unterschiede zwischen dem Serum Krebskranker und dem Gesunder bei der Reinjektion der mit Karzinom vorbehandelten Tiere nicht nachweisen. Auch ein nach Yamanouchi und Lytchkowsky hergestelltes **Antigen** aus Micrococcus neoformans ergab nicht eindeutige Resultate. Dagegen reagierten die Sera Krebskranker selbst mehr oder weniger stark positiv mit Antigenen aus Staphylo- und Streptokokken.

Mioni (148) berichtet über seine Nachprüfung einer Anzahl **biologischer Methoden** zum Nachweis maligner Tumoren.

Über die diagnostische Bedeutung des **antitryptischen Titers des Blutserums** hat Chotzen (44) Versuche angestellt. Das Fehlen einer Steigerung desselben bei karzinom-

verdächtigen Fällen ist für die Diagnose in negativem Sinne zu verwerten. Eine positive Antitrypsinreaktion ist mit Vorsicht, in Verbindung mit anderen Symptomen und vor allem auch mit der Abderhaldenschen Reaktion, zur Sicherung der Diagnose heranzuziehen.

Huffmann (93) und Piazza (163) haben Untersuchungen angestellt über den **Cholesteringehalt des Blutes** bei bösartigen Tumoren. Ersterer fand, dass die Cholesterinkurve sinkt bei allen malignen Tumoren, besonders bei gleichzeitiger Anämie oder Kachexie. Piazza (163) fand für den normalen Cholesteringehalt des Blutserums 1,6 pro Mille, während in 65% der Karzinomfälle dieser Gehalt ein höherer, wenn auch nicht sehr erheblich höherer war. Eine ausschlaggebende Bedeutung hat diese Reaktion also nicht. Ferner stellte er fest, dass bei bösartigen Neubildungen keine vollkommene Übereinstimmung besteht zwischen dem Cholesteringehalt des Blutserums und der Meiostagminreaktion. Letztere ist in einer viel höheren Prozentzahl der Karzinomfälle positiv wie erstere.

Nach demselben Verfasser ist die **Meiostagminreaktion** der Ausdruck eines Status lipaemicus, als Folge eines veränderten Lipoidstoffwechsels. Sie darf derselben jedoch nicht ausschliesslich zugeschrieben werden. Sie ist abhängig von einem veränderten Stoffwechsel, sei es nicht von allen Lipoiden, so doch mindestens von anderen Lipoiden ausser Cholesterin, das jedoch bei dieser Reaktion eine wichtige Rolle spielt. Nach Ansicht Blumenthals (26) empfiehlt sich die Anwendung der Meiostagminreaktion nur für Karzinom des Magendarmtraktus. Auch müssen u. a. Infektionskrankheiten mit Fieber, Lues, Sarkom, Urämie, Leberzirrhose, chronische Gelenk- und Knochenentzündungen ausgeschlossen werden. Auch die Resultate Jacobowskys (100) waren nicht sehr befriedigend; die besten Erfolge wurden mit einem sauren Antigen erreicht. Wissing (233) kommt aber doch auf Grund seiner umfangreichen Untersuchungen an mehr wie 350 Sera zum Schluss, dass die Meiostagminreaktion, obwohl sie selbst nicht spezifisch ist, in vielen Fällen, wo die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden nicht ausreichen, wertvolle diagnostische Aufklärungen geben kann. Bei 84% der Krebskranken war die Reaktion positiv. Die Arbeit enthält zahlreiche wichtige technische Besonderheiten.

Von verschiedenen Seiten wurden auch **Urinproben** zur Krebsdiagnose angegeben. Butterfield (36) spricht der von Davis als charakteristisch für Karzinom und Sarkom angegebenen Reaktion, bestehend in Rotfärbung des mit Salzsäure gekochten Urins bei nachträglichem Zusatz von Äther, jede Bedeutung ab. Dieselbe soll stets positiv ausfallen, wenn der Urin Indikan enthält. Cardoso-Pereira (41) empfiehlt die **Reaktion nach Salomon und Saxl**, mit der er an 16 Krebsfällen gute Erfahrungen hatte. Damask (55) erzielte gute Resultate mit der **Oxyproteinsäurebestimmung** nach Freund und Fellner. Er untersuchte 121 Fälle, darunter 42 Karzinome. Wo Gravidität und schwere Tuberkulose ausgeschlossen werden können, bildet die positive Reaktion einen wertvollen diagnostischen Hinweis auf Karzinom. Klein und Walker (110) geben einige Urinproben an, deren positiver Ausfall bei Krebs auf der Tatsache beruhen soll, dass bei maligner Erkrankung Stoffe im Urin, wie Zystin und Tannin, Reduktionsvorgänge erleiden. Die Resultate sollen sicher und genau sein. Eigene Versuche fehlen jedoch. Lowy (130) versuchte durch **Aminostickstoffbestimmung** nach van Slijke Karzinom zu diagnostizieren. Aus der geringen Anzahl der Versuche können jedoch keine Schlüsse gezogen werden. Roger (176) fand schliesslich bei 43 von 46 Karzinomfällen eine verringerte oder fehlende **Glykonurie.** Der Krebs scheint also eine funktionelle Insuffizienz der Leber hervorzurufen, was die Wirkung auf Körpergifte betrifft. Der Autor misst der Reaktion prognostische Bedeutung bei.

Auf die Bedeutung der **Frühdiagnose** des Krebses wird wiederholt von vielen Seiten hingewiesen und zahlreiche Mittel dazu werden vorgeschlagen. Erwähnt seien hier nur die Arbeiten von Frank (71), Lewis (124), Long (129), Mc Glinn (144), Sherman (190), Weiss (223), Whilshen (225) und Yates (236). Auf Grund eigener Erfahrungen an 164 Fällen betonen Christides und Besse (45) die Wichtigkeit, jedes **Curettement** histologisch zu untersuchen. Der von Spaeth (193) beobachtete Fall mahnt gleichfalls zur Vorsicht. Honnore (91) hebt die Bedeutung der **Biopsie** hervor. Sowohl Peprawski (157) wie v. Zwaluwenberg (238) bringen Beiträge zur **Röntgendiagnose** des Krebses. Markley (137) hat sich mit dem Vorkommen von **Acanthosis nigrans** bei Erwachsenen mit bösartigen Geschwülsten, besonders im Abdomen, beschäftigt. Die Erklärung des Zusammenhanges fehlt.

Operative Behandlung.

Krönig (114) hat interessante Betrachtungen veröffentlicht über die Grenzverschiebungen zwischen operativer und nicht operativer Behandlung in der Geburtshilfe und Gynäkologie, bei denen natürlich auch die Karzinomtherapie zur Sprache kommt. Prochownik

(167) hat das Resultat seiner Behandlung des Gebärmutterkrebses im Kleinbetrieb in den Jahren 1877 bis 1913 zusammengestellt und der Öffentlichkeit übergeben. Die **Statistik** umfasst 521 Fälle, von denen 405 operiert wurden. In gleicher Weise teilt Waegeli (217) das Resultat der operativen Karzinombehandlung der Genfer gynäkologischen Klinik in den Jahren 1890—1912 mit. Von den 358 Fällen von Uterus- oder Scheidenkrebs, die in dieser Zeit zur Beobachtung kamen, waren nur 91 operabel. Maurer (140) veröffentlicht die Erfolge von 60 abdominalen Hysterektomien bei Cervixkarzinom, Thaler (208) die Erfahrungen mit der erweiterten vaginalen Totalexstirpation in den Jahren 1912—1914.

Fischer (60) hat die **Geschichte der Totalexstirpation** des Uterus niedergeschrieben.

Ausser in den vorhin erwähnten, wesentlich statistischen Arbeiten finden sich in mehreren Publikationen, wie von Desplas (57) und Kohlmann (112), Angaben über Indikationen, Technik und Resultate **der abdominalen Totalexstirpation nach Wertheim.** Clark (48) empfiehlt, dieser Operation die Hitzebehandlung nach Percy (158—160) und Unterbindung der Artt. iliacae internae vorangehen zu lassen. Pozzi und Rouhier (165) dagegen wollen auf Grund statistisch gewonnener Zahlen über Operabilität und Mortalität der erweiterten Operation, zur beschränkten Exstirpation zurückkehren; womöglich vaginal, mit nachfolgender Radiumbestrahlung. Einzelne Autoren haben sehr **ausgedehnte Exstirpationen** vornehmen müssen und darüber berichtet: Alglave (2) bei einem Karzinom, das auf das Ligamentum latum und die Scheide übergegangen war; Franz (74) bei einem Karzinom des Uterus, des Rektum und der Ovarien, die er im Zusammenhang exstirpierte, und Veit (214) bei einem Korpuskarzinom mit zwei Metastasen in der Scheide. Letzterer ging sowohl abdominal wie vaginal vor und entfernte den ganzen Genitalkanal in toto; die Patientin hat vom ersten Tage nach der Operation an das Bett verlassen. Scott (189) gibt eine neue **Technik** an für derartige schwere Fälle.

Verletzungen des Harnapparates sind bei so tiefgreifenden Operationen nicht immer zu vermeiden. Im Falle von Alglave (2) entstand eine Uretervaginalfistel, die jedoch durch Implantation des proximalen Endes des Harnleiters in die Blase geheilt werden konnte. Horwitz (92) hat eine Dissertation verfasst über die in der kgl. Frauenklinik der Charité zur Beobachtung gekommenen Urogenitalfisteln. Worrall (235) fand bei einer Karzinomoperation beiderseits den Ureter verdoppelt.

Clark (48 und 49) und Cobb (51) empfehlen beide die **Unterbindung der Artt. iliacae, internae und ovaricae,** eventuell kombiniert mit der Hitzebehandlung nach Percy und gefolgt durch die abdominale Totalexstirpation. Es soll durch ersteren Eingriff in vorzüglicher Weise Schmerzbeseitigung und Blutstillung erreicht werden können, während das Wachstum des Tumors günstig beeinflusst wird.

Die **erweiterte vaginale Karzinomoperation** wird von Thaler (209) aus der Schautaschen Klinik warm empfohlen auf Grund ihrer geringen primären Mortalität und guten Dauererfolge. Die Gesamtmortalität in 14 Beobachtungsjahren betrug 7,6%, die Gesamtdauerheilung (fünf Jahre rezidivfrei) 38%. Das absolute Heilungsprozent (Winter III) war für die letzten fünf Jahre 20%. Die Genfer gynäkologische Frauenklinik, deren Statistiken Waegeli (217) mitteilt, hatte bei 18 vaginalen Hysterektomien zwei Todesfälle und zwei Dauerheilungen, bei 18 vaginalen Totalexstirpationen drei Todesfälle und drei Dauerheilungen. Prochownik (167) verzeichnete während der Jahre 1877—1913 für alle seine von der Scheide aus operierten Körperkrebse 13,4% Dauerheilungen über fünf Jahre oder bei Abrechnung der an der Operation Gestorbenen 15%. Nach den Vorschriften Winters und Waldsteins vorgenommenen Berechnungen ergaben für die vaginal Operierten 7,5 bzw. 6,9%. Violet (216) beschreibt ausführlich die vaginale Operation eines Korpuskarzinoms bei einer 78jährigen Greisin; die Patientin konnte nach 14 Tagen entlassen werden.

Was das **Anästhesierungsverfahren** bei der vaginalen Operation betrifft, wird von dem letztgenannten Verfasser die Rachianästhesie, von Thaler (208 und 209) die parametrane Leitungsanästhesie empfohlen. Thaler hat darüber eine grössere Arbeit veröffentlicht, in der er die Technik, Indikationen und Kontraindikationen und die Erfahrungen an fünf Fällen ausführlich mitteilt.

Einige Fälle von **Spätrezidiv nach Karzinomoperation** werden von Halban (83) veröffentlicht. Es waren 13 resp. 12 Jahre seit der vaginalen Totalexstirpation verlaufen. In der Diskussion zu Halbans Vortrag macht Weibel die Bemerkung, dass nach seiner Erfahrung die Spätrezidive niemals lokal auftraten, sondern immer an der Beckenwand sassen. Bei Korpuskarzinomen traten bisher Rezidive immer innerhalb von drei Jahren nach der Operation auf. Herrick (88) hebt die Schwierigkeiten der Frühdiagnose der Tumorrezidive hervor. Alle nach Operation maligner Tumoren auftretenden Krankheiten, die unter dem Bilde einer Lungentuberkulose, Pleuritis, Neuralgie, Knochen- oder Gelenkerkrankung ver-

laufen, legen den Gedanken eines Rezidivs nahe und erfordern genaue, diesbezügliche Untersuchung.

Heilung durch **Curettage** ist insofern nicht unmöglich, als durch den Eingriff alles Karzinomatöse vollständig aus dem Uterus entfernt werden kann. Von Boldt (27), Engelhorn (61) und Ladinski (116) wird über derartige Beobachtungen berichtet.

Nichtoperative Behandlung (ausschliesslich der Strahlentherapie).

Eine **zusammenfassende Übersicht** über die in Frage kommenden Verfahren findet sich in den Publikationen von Clark (46), King (107), Lain (117), Wood (234) u. a.

Reges Interesse hat in letzter Zeit die Behandlung des Krebses mit **Tumorautolysaten** gefunden. Die Resultate am Menschen sind jedoch nicht eindeutig. Nach Bauer, Latzel und Wessely (10), die eine grosse Erfahrung haben und auch ausführlich über die Technik berichten, sollen aber die bescheidenen Erfolge, die erzielt wurden, nicht davon abschrecken, die Methode weiter zu prüfen. Blumenthal (24) nimmt die Priorität für den Ausbau der Tumorextraktbehandlung der malignen Tumoren für v. Leyden und sich in Anspruch. Die Behandlung mit autolysierten und nicht autolysierten Extrakten soll prinzipiell wesensgleich sein. Blumenthal empfiehlt als die wirksamste Applikationsweise intravenöse Injektionen in wiederholten kleinen Dosen. Fichera (64—67) polemisiert mit letztgenanntem Verfasser über die Frage, ob die Tumorautolysatbehandlung als aktive Immunisierung aufzufassen ist. Nach Fränkel und Fürer (73) hat Tumorpressaft weder therapeutische, noch immunisierende Wirkung; auch das Serum von mit Presssaft vorbehandelten Tieren hat keinen therapeutischen Wert. Dagegen berichtet Lunkenbein (131 und 132) über günstige Erfolge bei lange fortgesetzten Injektionen. Dieser Verfasser nimmt an, dass mit dem Tumorextrakt nicht Fermente einverleibt werden, sondern spezifische Eiweisskörper, die den Organismus erst zur Fermentbildung veranlassen. Von Rohdenburg und Bullock (177) wurden in Mäuseversuchen absolut keine Erfolge von den Injektionen gesehen und nach ihrer Ansicht soll die Wirkung beim Menschen nur eine psychisch günstige sein. Ferner werden noch von Nicholson (152), Pope (164), Williams (228—230) und Wilson (232) Erfahrungen mitgeteilt.

Die **Serumtherapie** hat bisher keine hervorragenden Erfolge zu verzeichnen, obschon vieles von ihr erwartet werden könnte [Klein (Kapitel „Strahlenbehandlung der Karzinome", 60)].

Fränkel und Fürer (73) gelang es in keinem ihrer Versuche durch artfremdes Serum Geschwülste zur Einschmelzung zu bringen oder das Wachstum derselben völlig zu hindern. Dagegen berichtet Wilson (231) über günstige Resultate von Einspritzungen von Ziegenserum bei 6 Fällen inoperabler Uteruskrebse.) — Morgenroth und Bieling (150) arbeiteten, über Ambozeptoren und Rezeptoren und fanden bei ihren Versuchen, dass die Tumoren bei der Immunisierung andere Ambozeptoren auslösen wie die normalen Organe derselben Tiere. Die Tumorzellen sollen folglich biochemisch differenzierte Substanzen enthalten.

Die **Chemotherapie** der malignen Tumoren ist noch in der Entwicklung begriffen. Nach Weil (221) ist sie in ihrer jetzigen Gestalt aussichtslos und die ermutigenden Resultate, über die manche Untersucher berichten, sollen nichts anderes sein wie die gewöhnlichen Schwankungen in Wachstumsintensität und Heilung nebensächlicher Ulzerationen. Nach Caspari (42) liegt die Wirksamkeit der jetzt üblichen physikalischen und chemischen Behandlung wahrscheinlich in einer Steigerung der autolytischen Fermente innerhalb der Tumorzellen. Er hatte gute Resultate mit Alanin-Metallverbindungen. Halpern (85) liefert einen experimentellen Beitrag zur Chemotherapie der Tiergeschwülste. Sehr zahlreich sind die Versuche an malignen Menschen- und Tiergeschwülsten mit **kolloiden Metallverbindungen.** Schindler (184) hat darüber eine sehr ausführliche Arbeit verfasst. Seine Erfahrungen waren in mancher Beziehung recht günstige, wenn auch bisher beim Menschen keine Heilungen erzielt wurden. Auf die infolge der Einspritzungen in den Tumoren eintretenden histologischen Veränderungen geht dieser Autor sehr ausführlich ein. Mc Clurg und seine Mitarbeiter (143) versuchten **kolloidales Kupfer,** mit dem sie sehr wechselnde Resultate erzielten, und ferner auch **Kaseininjektionen,** die sich jedoch durch Hervorrufung starker Allgemeinerscheinungen als unbrauchbar erwiesen. Die Wirkung des ersteren Präparates soll nicht auf direkte Zerstörung des Tumorgewebes, sondern auf Veränderungen in der Blutversorgung desselben beruhen. Dieselbe Wirkung fanden Coenen und Schulemann (52) für die Einspritzungen mit **Selenverbindungen,** besonders bei Mäusetumoren. Beim Menschen wurde mit dieser Therapie noch nichts erreicht. Aus Versuchen von Busquet (35) geht hervor, dass intramuskulär oder intravenös injiziertes **kolloidales Gold** ebenso wie sämtliche

andere Kolloidmetalle im Körper ihren kolloidalen Zustand behalten. Rohdenburg (178) verwandte **kolloidales Silber** mit **Lezithin.**

Über intramuskuläre Injektionen mit **Kupfersulfat** berichtet Manara (136). Angeblich hat er damit einen Uteruskrebs geheilt.

Halberstädter und Rütter (84) stellten experimentelle Untersuchungen an über die biologischen Wirkungen des **Enzytols.** Im Kapitel „Strahlenbehandlung der Karzinome" sind mehrere Arbeiten erwähnt, die sich auf die klinische Verwendung dieses Präparates beziehen.

Auf dasselbe Kapitel sei hingewiesen für die Aufzählung der Arbeiten, die sich mit **Cholineinspritzungen** befassen. Hier seien nur genannt die Publikationen von Fränkel und Fürer (73), Ritter und Tamm (173) und Sommer (192). Letzterer Autor schrieb eine Dissertation über die Ovarialveränderungen bei Mäusen und Kaninchen nach Cholininjektionen.

Mit der **Zellerschen Pastenbehandlung** hatte Lange (119) nur schlechte Erfolge und er warnt besonders vor Anwendung derselben beim inoperablen Uteruskarzinom wegen der gefährlichen Nähe von Peritoneum, Blase, Ureteren und Artt. uterinae. Die Behandlung ist enorm schmerzhaft.

Die Erfolge des Heidelberger Krebsinstituts mit **Kankroin** waren absolut negativ; man ist dort von der Unwirksamkeit des Präparates überzeugt.

Massey (139) gibt technische Verbesserungen einer schon früher publizierten Methode der **Ionisationsbehandlung** inoperabler Krebse an. Ein erfolgreich behandelter Fall wird ausführlich mitgeteilt.

In Amerika ist die **Hitzebehandlung nach Percy** sehr in Aufschwung gekommen. Der Verfasser selbst (158—160) teilt ausführliche technische Besonderheiten mit und Balfour (6), Boldt (28), Clark (47—50), Cobb (51), Hutchins (96), Tennant (207) und White (226) veröffentlichen ihre Erfahrungen.

G. Meyer (146) verfasste eine Arbeit über die **Pflege der Krebskranken** und den Unterricht in dieser Pflege.

Strahlenbehandlung der Karzinome.

(S. a. „Strahlenbehandlung der Myome" und für die Technik Kap. II „Elektrizität usw.")

1. Abbe, R., Radium beta rays. The efficient factor in repressive action on vital cells. Med. Record. 1914. Bd. 86. Nr. 22. S. 909.
2. Ackerblom, N. v., Ein Fall von durch Radiumbehandlung scheinbar geheiltem Uteruskrebs. Nord. med. Ark. Bd. 47. Heft 3. S. 22.
3. Adler, L., Über Radiumbehandlung bei Gebärmutterkrebs. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 2. S. 145. (Resultate der Schautaschen Klinik bis zum 30. Juli 1914. „Selbst wenn all das bisher Erzielte in den folgenden Jahren zunichte gemacht werden sollte, so haben wir einer Reihe von rettungslos verlorenen Frauen Erlösung von Schmerz und Jahre des Wohlbefindens geschenkt. Das allein ist schon Grund, warum die Radiumtherapie in der Behandlung des inoperablen Karzinoms eine dominierende Stellung einnehmen muss. Über die Behandlung der operablen Fälle wird die Zukunft entscheiden." — Es kam bisher die Behandlung an 18 Frauen zum Abschluss. Eine ist gestorben, drei ungeheilt oder gebessert, 14 primär geheilt. Alle bis auf drei waren inoperabel. In der ersten Zeit kam es infolge Überdosierung zu schweren Allgemeinerscheinungen und häufiger Fistelbildung. Technik der jetzigen Behandlungsmethode.)
4. — und J. Amreich, Das Radiumexanthem. Gyn. Rundschau. Bd. 9. Heft 13/14. S. 209. (Mitteilung zweier einschlägiger Beobachtungen von allgemeinem Exanthem im Gefolge von lokalen Radiumbestrahlungen. In beiden Fällen war ein geradezu gesetzmässiger Zusammenhang zwischen Stauung der Tumorzerfallsprodukte im Uterus und dem Auftreten des Exanthems festzustellen. Die Ursache dürfte also wohl wie bei dem zuerst von Holzknecht beschriebenen Röntgenexanthem in Resorption von Toxinen zu suchen sein. — Später haben Verf. noch einen neuen, ganz ähnlichen Fall [auf ca. 100 Radiumbestrahlungen] beobachtet.)

5. Aikins, W. H. B., and K. M. B. Simon, Histological and clinical changes induced by radium in carcinoma and sarcoma. Domin. Med. Month. 1914. Sept. Auszug: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of women and Childr. Bd. 71. Nr. 446. S. 354.
6. Amann, J., Bestrahlungsbehandlung der Karzinome. Münchn. gyn. Ges., Sitzg. vom 11. Febr. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 5. S. 450. (Der persönliche Eindruck des Vortr. ist, dass es bisher kein Mittel gegeben hat, was nur im entferntesten ähnliche Resultate bei dem vorgeschrittenen Karzinom des Uterus ergeben hat. Sein Material setzt sich aus Kranken zusammen, aus denen keine Auswahl stattgefunden hat.)
7. Anspach, B. M., The treatment of advanced carcinoma of the cervix with radium. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 451. S. 97. (Verf. hat seit kurzer Zeit fünf Fälle in Behandlung, über die er kurz berichtet. Bei zweien sind die objektiven und subjektiven Erscheinungen der Krankheit infolge der Bestrahlung ganz verschwunden, bei zwei anderen hat sich der Zustand sehr gebessert, bei einem hat die Behandlung gefehlt. Verf. bestrahlt nur inoperable Fälle.)
8. Archibald, C. H., Roentgenotherapy in cancer. New York Med. Journ. Bd. 101. Nr. 23. S. 1157.
9. Aschheim, S., und S. Meidner, Erfahrungen mit intensiver Mesothorbestrahlung bei gynäkologischen Karzinomen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1. S. 82. (Operable Fälle gehören auch weiterhin dem Chirurgen; die Strahlentherapeuten haben noch den Beweis zu erbringen, dass sie bessere oder auch nur gleiche Resultate erzielen. Bei inoperablen Karzinomen leistet die Strahlentherapie oft ganz Hervorragendes und ist allen palliativen Massnahmen überlegen. Die Bestrahlung vor der Operation ist zu widerraten. — Von den 17 selbstbehandelten Fällen werden die klinischen und histologischen Befunde sehr ausführlich mitgeteilt. Auf zwei Tafeln sind vier farbige Mikrophotogramme abgebildet.)
10. Baisch, K., Erfolge der Mesothoriumbehandlung bei 100 Uteruskarzinomen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. S. 1670. (Meistens wurden 100 mg Mesothorium dreimal 24 Stunden in 2—3 wöchentlichen Zwischenräumen eingelegt; anfänglich bei schweren Fällen auch öfter, bis sechsmal. Darmerscheinungen und Scheidendarmfisteln sind dabei nicht ausgeblieben; letztere schliessen sich jedoch in manchen Fällen im Laufe von Monaten nahezu vollständig, und zwar spontan, so dass sie den Patientinnen fast keine Beschwerden mehr machen. Verf. ist bemüht, durch Einbettung der Messingkapsel in Wachs- oder Paraffinkugeln von $1^1/_2$ cm Wanddicke, dieses unangenehme Vorkommnis [neunmal] zu verhindern. Die Behandlung sämtlicher Fälle liegt $^1/_2$ bis $1^3/_4$ Jahre zurück; keine Patientin hat sich der Beobachtung entzogen. Erfolge: Von 43 nicht mehr operierbaren Patientinnen sind 20 gestorben, 22 ungeheilt, eine geheilt. Von 20 zweifelhaft operierbaren [Grenz-]Fällen sind 4 gestorben, 6 ungeheilt, und 10 [also 50%] geheilt. Von 37 leicht operierbaren Fällen sind 5 gestorben, 4 ungeheilt und 28 [also 75%] geheilt. Unter 37 letzteren Fällen waren 8 ganz beginnende; diese sind sämtlich geheilt. Alles zusammen wären also 57 von den 100 Kranken operierbar gewesen und davon sind durch Strahlenbehandlung 39 [= 68%] geheilt. Da die überwiegende Mehrzahl der Rezidive schon im ersten Jahr auftritt, wird sich die letztere Zahl im Laufe der Zeit wahrscheinlich nur wenig ungünstiger gestalten. Von den 13 bestrahlten Rezidiven nach vorheriger Totalexstirpation sind 4 geheilt, 4 ungeheilt und 5 gestorben. Auch sämtliche Korpuskarzinome [15] heilten, abgesehen von 2 sehr weit vorgeschrittenen und 2, die interkurrenten Krankheiten erlagen, alle. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Bei völlig inoperablen Fällen versagt auch in der Regel die Mesothorium- und Radiumbehandlung; sie stellt aber die beste Palliativtherapie dar; 2. Die bei operablen Fällen erzielten vorläufigen Heilungen übertreffen bisher die durch Operation in derselben Beobachtungszeit erreichbaren Resultate; 3. Operable Fälle geben für die Mesothorium- und Radiumbehandlung eine um so günstigere Prognose, je weniger weit das Karzinom vorgeschritten ist.)
11. Behne, K., und E. Opitz, Zur Technik der Tiefentherapie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 1. S. 68. (Wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert.)
12. Bergonié, J. et Spéder, Kombinierte X-Strahlen und Radiumbehandlung inoperabler Uteruskarzinome. Arch. d'électr. méd. Nr. 391. (Verff. vergleichen die X-Strahlen mit Maschinengewehren auf einer Anhöhe, die den Feind bis in die hinteren Reihen bestreichen; Radium wirkt wie eine Bombe nur in geringem Umkreise. Daher ist letzteres nur brauchbar bei wenig dicken Geschwülsten; die grosse Durchdringungsfähigkeit ist günstig für die homogene Bestrahlung. — Verff. empfehlen die kombi-

nierte Anwendung beider Strahlenarten. — Technik. — Erfahrung an fünf eigenen Fällen von inoperablem Uteruskarzinom oder Rezidiv. Eine Geschwulst ist ganz verschwunden; die anderen sind schärfer umgrenzt geworden. Die Fälle liegen erst höchstens drei Monate zurück.)

13. Bissell, J. B., Cancer destruction by radium. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 21. Nr. 1. S. 98.
14. Boggs, R. H., Value of radium, supplemented by cross-fire Roentgen rays, in treatment of malignancy. Amer. Journ. of the Med. Science Bd. 101. Nr. 1. S. 30. (Radium wirkt bei malignen Tumoren nur, wenn es ohne trennende Schicht gesunden Gewebes in direkte Verbindung mit der Tumormasse gebracht werden kann und wenn diese nicht zu dick ist. Empfehlenswert ist gleichzeitige Anwendung von Kreuzfeuerröntgenbestrahlung von aussen her.)
15. — The treatment of epithelioma by modern radiation. New York Med. Journ. Bd. 102. Nr. 1. S. 38.
16. Boughton, G. C., Treatment of cancer by the use of radium in conjunction with surgery. Med. Soc. of the State of Pennsylvania, Sitzg. vom 20.—25. Sept. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 17. S. 1483. (Empfehlung. Keine eigenen Erfahrungen. Nur Allgemeines.)
17. Burnam, C. F., A brief outline of the status of radium therapeutics. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Jubiläumsnummer. Bd. 36. Nr. 29. S. 190.
18. Burrows, Cl., Radium treatment of cancer of the cervix of the uterus. Amer. Journ. of Surg. Heft 8. S. 296.
19. Chase, W. B., Radium in gynaecological practice. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 451. S. 90. (Literaturübersicht und Mitteilung einiger eigener Fälle. Die Arbeit enthält nichts wesentlich Neues und stützt sich auf die Ansichten anderer.)
20. — A conservative estimate of radium therapy from a clinical standpoint. New York Med. Journ. Bd. 101. Heft 2. S. 63.
21. Codd, J. A., The treatment of malignant disease by x-rays: its present limitations and the lines upon which they may be overcome. Brit. Med. Journ. Nr. 2837. 15. Mai. (Nicht speziell gynäkologisch. Hauptsächlich Technisches.)
22. Cole, L. Gr., Technic and experimental application of hard rays for deep röntgentherapy. Amer. gyn. Soc., Sitzg. vom 20. Mai. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 453. S. 705. Als Original erschienen i. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 21. Heft 4. S. 522. (Ausschliesslich technisch.)
23. Dautwitz, F., Mitteilungen aus der k. k. Kuranstalt für Radiumtherapie in St. Joachimsthal. 1. Heft: Die Radiumbestrahlung. Wien, W. Braumüller (154 Seiten mit 7 Abb. und 33 Taf. Geb. 8 Mk.) (Darstellung der Technik und der Wirkungen der Radiumbestrahlung in Wort und Bild, an Hand von 40 selbst behandelten Krankheitsfällen. Verf. verwendete die sog. Joachimsthaler Radiumträger von 1,85—42,8 mg Radiumgehalt, welche auch die Verwertung der weichen Strahlen gestatten. Die beginnende Inoperabilität der Tumoren bildet das Indikationsgebiet der Strahlentherapie. Alle operablen Karzinome sollen vorerst chirurgisch entfernt und erst nachher bestrahlt werden. Bei Karzinomen sah Verf. günstigere Strahlenwirkungen als bei Sarkomen.)
24. Degrais, P., Radiumthérapie du cancer du col de l'utérus. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Heft 11. S. 609. (Allgemeine Betrachtungen über die bisher erreichten Resultate mit der Radiumtherapie und Aussichten in die Zukunft. Persönliche Erfahrungen werden nicht mitgeteilt.)
25. Democh-Maurmeier, J., Mesothoriumbehandlung eines inoperablen Uteruskarzinoms. Münchn. gyn. Ges., Sitzg. vom 11. Febr. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 5. S. 443. (Kasuistisch. Ausgezeichneter Erfolg, obschon die Frau zwei Jahre später mit Metastasen an Pneumonie und Herzschwäche zugrunde ging. Subjektive Karzinombeschwerden, wie Ausfluss und Blutung, waren absolut verschwunden und die Patientin wieder arbeitsfähig und lebensmutig geworden. Sie hatte je 5—6 Stunden Einlagen von 50—52 mg Mesothorium drei Tage lang, später Einspritzungen von Elektrokuprol erhalten.)
26. Döderlein, A., Die Radium- und Mesothoriumbehandlung der Uteruskrebse und Mammakarzinome. Münchn. gyn. Ges., Sitzg. vom 11. Febr. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 5. S. 446. (Erweitert als Original erschienen, cf. Nr. 27.)
27. — Zur Strahlenbehandlung des Krebses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. S. 185. (12 operable Karzinomfälle, nach Verf. die eigentliche Domäne der Strahlenbehandlung mit Radium

und Mesothorium, sind seit über einem Jahr nach Abbruch der Behandlung vollkommen gesund geblieben. — Technik. — Am günstigsten verhalten sich die Blumenkohlgewächse. Radium und Mesothorium sollen die Karzinomzelle zerstören, sind also spezifische Mittel, die eine elektive Wirkung auf das Karzinom ausüben. Die gesunde Zelle wird von den Mitteln zwar auch geschädigt, aber später und weniger intensiv. Aufgabe der Technik bleibt es, den richtigen Mittelweg zu finden, dass unter Schonung der gesunden Gewebe nur die kranken ergriffen werden.)

28. Döderlein A., Strahlentherapie bei Karzinom. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. Heft 3. S. 584. (Das gesamte Material umfasst 333 Fälle, darunter 200 Cervixkarzinome des Uterus, die allein hier berücksichtigt sind. Das Gesamtergebnis ist, dass bei diesem Material zurzeit 72 Kranke durch die Strahlenbehandlung in einen so günstigen Zustand überführt werden konnten, dass man bei ihnen von einer vorläufigen Heilung zu sprechen berechtigt ist.)

29. Dürck, H., Mikroskopische Befunde nach Mesothorbehandlung bei Karzinomen. Münchn. gyn. Ges., Sitzg. vom 16. Juli 1914. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 3. S. 266. (Zwei nicht-gynäkologische Fälle: ein inoperables Gesichtskarzinom und ein Gallertkarzinom des Cökum. — Aussprache: Oberndorfer, Döderlein, Amann. Döderlein fasst seine Ansichten dahin zusammen, dass die radioaktiven Substanzen nicht sekundär das Karzinom angreifen dadurch, dass durch bindegewebige Wucherungen die Karzinomnester erdrückt werden, sondern dass eine graduell spezifische Wirkung auf die Karzinomzelle ausgelöst wird, sofern deren Kern zum Zerfall gebracht wird, womit die klinischen Erfahrungen wohl in Einklang zu bringen sind.)

30. v. Eiselsberg, A., Über Radium- und Röntgenbehandlung maligner Tumoren. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 1.

31. Fabre, S., Les indications de la radiumthérapie dans le traitement du cancer de l'utérus. Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Heft 11. S. 620. (Nach einer einleitenden Übersicht über den heutigen Stand der Radiumtherapie der Uteruskarzinome teilt Verf. ihre Erfahrungen mit dieser Behandlungsmethode seit sechs Jahren an 193 Fällen inoperabler Uteruskrebse mit. Zehn typische Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt. Verf. stellt folgende Schlusssätze auf: die inoperablen und rezidivierten Karzinome gehören ausschliesslich ins Gebiet der Radiumtherapie; Karzinome an der Grenze der Operabilität sollen durch Radiumbestrahlung zur Operation vorbereitet werden; operierbare Krebse gehören ausschliesslich ins Gebiet der Chirurgie, jedoch soll prophylaktisch nachbestrahlt werden.)

32. Fischer, B., Demonstration eines mit Röntgenstrahlen behandelten ausgedehnten Uteruskarzinoms. Ärztl. Ver. in Frankfurt a. M., Sitzg. vom 1. Nov. Bericht: Münchn. med. Wochenschr. 1916. Nr. 2. S. 52. (Zerstörung des Karzinoms. Ausgedehnter Durchbruch zwischen Vagina, Rektum und Douglas. Gleichzeitige schwerste Verbrennung der Haut, einer Dünndarmschlinge und des Dickdarms.)

33. Flatau, S., Dürfen wir operable Uteruskarzinome ausschliesslich bestrahlen? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. S. 611. (Verf. bejaht die Frage und berichtet über einen Fall eines scheinbar beginnenden Portiokarzinoms, der trotz der Radikaloperation an Lendenmarkmetastase zugrunde ging. Wäre dieser Fall bestrahlt worden, so hätte man den schlechten Ablauf der Bestrahlung zur Last legen können. Flatau glaubt, dass ein beginnender Krebsherd restlos durch Radium zerstört werden kann. Er selbst hat seit Dezember 1913 kein Karzinom des Collum uteri mehr radikal operiert. Möglich wäre nur, dass trotz voller Heilung im Kollum an weit entfernten Stellen Metastasen auftreten. Jedoch ist es leicht möglich, dass die methodische Bestrahlung, wie sie Bumm vorgeschlagen hat, hier zum Resultat führt.)

34. v. Franqué, O., Über den gegenwärtigen Stand der Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1. S. 244. (Übersicht. Von drei selbstbeobachteten und behandelten Fällen werden die histologischen Veränderungen im Tumorgewebe unter Einfluss der Bestrahlung ausführlich beschrieben und in fünf mikroskopischen Zeichnungen abgebildet. — Die Literaturzusammenstellung enthält 101 Nummern.)

35. — Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn, Sitzg. vom 28. Juni. Bericht: Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. S. 1294. (Überblick über den heutigen Stand der Strahlenbehandlung. Keine eigenen Erfahrungen.)

36. v. Franqué, O., Vollständige Anurie infolge Kompression beider Ureteren durch Narbengewebe, entstanden nach lokaler Ausheilung eines inoperablen Kollumkarzinoms, bewirkt durch kombinierte Röntgen- und Radiumbestrahlung. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn, Sitzg. vom 12. Juli. Bericht: Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48. S. 1474.

37. Füth, H., und F. Ebeler, Röntgen- und Radiumtherapie des Uteruskarzinoms. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. S. 217. (56 Fälle. Verff. unterscheiden vier Gruppen. 1. 11 operable Fälle. Alle Kranken klinisch geheilt und arbeitsfähig. 2. 22 inoperable Fälle. Davon wurden fünf Fälle ausschliesslich mit Röntgenstrahlen behandelt und bekamen alle ein Rezidiv; ein Fall wurde später noch mit Radium bestrahlt und ist jetzt als geheilt zu betrachten; die übrigen 16 wurden von Anfang an mit Radium behandelt und davon konnten bisher sechs als vorläufig geheilt entlassen werden. 3. 11 Fälle, die prophylaktisch bestrahlt wurden und von denen 8 bisher rezidivfrei und arbeitsfähig blieben. 4. 10 Rezidivbestrahlungen. Davon sind 5 bereits gestorben, 3 verschwunden, 1 sehr elend und 1 ist erst zu kurz behandelt. Im ganzen muss die Strahlenbehandlung als ein grosser Fortschritt in der Krebstherapie bezeichnet werden.)

38. Garmendia, T., Tratamiento del cancer por las substancias radioactivas. Madrid. Establecimiento Tipografico de Antonio. (Die 84 Seiten umfassende Arbeit gibt eine erschöpfende Zusammenstellung aller auf diesem Gebiete bisher gemachten Erfahrungen. Das bibliographische Verzeichnis enthält 521 Nummern auf 225 Namen, von denen 123 Deutsche. Verf. schliesst mit dem Ausspruche Bumms, dass die Karzinomfrage für die Gynäkologen gelöst sein würde von dem Augenblicke an, wo es gelingen würde, die Wirkung des Radiums nur um wenige Zentimeter tiefergreifend zu gestalten.)

39. v. Graff, E., Über die bisherigen Erfahrungen mit Radium und Röntgenstrahlen bei der Krebsbehandlung. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 2. S. 502. (Mit den anfänglich ganz grossen Dosen, bis zu 250 mg Radium, wurden sehr schlechte Erfahrungen gemacht: von 11 zu stark bestrahlten Frauen sind 9 an den Folgen der Behandlung gestorben. Die Wertheimsche Klinik benutzt jetzt nur noch Dosen von 15—20—94 mg Radium (Metalläquivalent). Technik. Schädigungen wurden jetzt nicht mehr beobachtet. Im ganzen kamen 102 Karzinome in Behandlung, und zwar wurden bestrahlt 6 mit Mesothorium bzw. Mesothorium und Radium, 73 ausschliesslich mit Radium, 23 mit Radium und Röntgenstrahlen. Gerade diese kombinierte Behandlung gab sehr gute Wirkungen. Klinisch waren 21 Fälle operabel, in den übrigen Fällen handelte es sich um Rezidive nach Radikaloperationen (21) oder von vornherein um inoperable Fälle (60). Aus der klinischen Beobachtung der einzelnen Fälle, die zum Teil kritisch gewürdigt und mitgeteilt sind, zieht der Verf. den Schluss, dass wir mit Radium — namentlich im Verein mit intensiver Röntgenbestrahlung — imstande sind, bei inoperablen Krebsen Besserungen zu erzielen, wie sie bisher mit der lokalen Behandlung überhaupt nicht oder doch nur ganz ausnahmsweise erreicht werden konnten. Es ist wiederholt gelungen, gänzlich inoperable Fälle operabel zu machen, ja gelegentlich soweit zu bringen, dass die Diagnose eines Karzinoms durch die Untersuchung nicht mehr gestellt werden konnte. Nach solchen Scheinheilungen können aber rapid wachsende Rezidive auftreten. Die Wertheimsche Klinik steht nach wie vor auf dem Standpunkt, der Strahlentherapie nur inoperable Karzinome zuzuführen — von den operablen nur jene, bei denen die Operation aus irgendwelchen Gründen nicht durchgeführt werden kann.)

40. Guggisberg, H. und M. Steiger, Ein Beitrag zur Behandlung des Uteruskarzinoms durch Röntgenstrahlen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 52. S. 1633. (Mitteilung von vier günstig beeinflussten Fällen.)

41. Halban, J., Zur Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms, Arrosion der Vena hypogastrica. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 12. Mai 1914. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. S. 246. Wiener med. Wochenschr. Nr. 3. S. 151. (Klinische Krankengeschichte. Obduktionsbefund: entsprechend einem Rezidivtumor im linken Parametrium eine kleinfaustgrosse, jauchige Höhle, von welcher eine Fistelöffnung in die Flexura sigmoidea führt. Ausserdem kommuniziert die Höhle mit der Vena hypogastrica sinistra, deren hintere Wand etwa in einer Ausdehnung von 1½ cm eröffnet ist. In den Venen steckt ein älterer Thrombus, welcher offenbar von den vorhergehenden Blutungen stammt. Es hat sich dabei nicht um eine Arrosion der Venen durch das Karzinom selbst gehandelt, denn die mikroskopische Untersuchung ergab, dass in der Wand der Vena hypogastrica, speziell am Rande der Arrosionsöffnung, nirgends

eine Spur von Karzinom zu entdecken war. Dagegen zeigen diese Partien der Venne tinktoriell alle Zeichen der beginnenden Nekrose, und es ist kein Zweifel, dass die Randpartien der Arrosionsstelle bei längerem Leben der Patientin auch nekrotisch geworden wären. Es spricht dieser Fall dafür, dass man bei intratumoraler Applikation des Radiums mit Filterung und Dosierung besonders vorsichtig sein muss, da die dem Tumor eng anliegenden Organe (Darm, Venen usw.) ausserordentlich exponiert sind, so dass selbst geringe Mengen wie in diesem Falle (29 mg; Platin 0,52 mm, darüber ein Gummidrain] verheerend wirken können.)

42. Hammerschlag, S., Schädigungen und Misserfolge durch Strahlenbehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Sitzg. vom 8. Mai 1914. Bericht: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 3. S. 896. (Der eine Fall von inoperablem Uteruskarzinom ist seit sieben Monaten in Berlin von sachgemässester Seite mit Radium und Röntgenstrahlen behandelt worden. Jetziger Befund: das ganze kleine Becken mit Tumoren ausgefüllt, ausserdem besteht dauernder Kotabgang durch eine grosse Rektovaginalfistel. Die Kranke leidet unter grossen Schmerzen. — Der andere Fall ist abdominal operiert und nachher mit Röntgenstrahlen behandelt worden, um Rezidiven vorzubeugen. Effekt: Rezidiv rechts oberhalb der Vaginalnarbe und Blasen-Scheidenfistel. — Aussprache: Bumm hält die Entstehung von Fisteln infolge Mesothoriumanwendung für möglich; durch Röntgenbestrahlung ist sie jedenfalls eine Seltenheit. Die Bestrahlungstherapie hat seit zwei Jahren enorme Fortschritte gemacht. Jedoch werden die Erfolge vom finanziellen Standpunkte aus noch recht teuer erkauft.)

43. Heimann, F., Zur Strahlentiefenwirkung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. S. 1210. (Verf. verwirft die extrem hohe Dosierung von Bumm und Warnekros. Bei einigen gegen die gewöhnliche Intensivbestrahlung — 50—100 X pro Sitzung — refraktären Karzinome hat Verf. sie angewendet und mehrere Hundert X in kürzester Zeit auf eine Hautstelle appliziert. Der erwünschte Erfolg blieb jedoch aus und es entstanden schwere Allgemeinerscheinungen, Dermatitiden und Schädigungen der Nachbarorgane. Das Elektive der Röntgenstrahlen wurde niemals gesehen. Verf. empfiehlt die gemässigte Intensivbestrahlung — 50—100 X pro Feld und Sitzung — unter Anwendung geeigneter Technik, von der alles abhängt. Als Beispiele berichtet er über zwei Vulvakarzinome, die sehr günstig beeinflusst wurden und bildet vier Mikroaufnahmen der Präparate ab.)

44. — Die physikalischen, technischen und klinischen Grundlagen der Strahlentherapie der Breslauer Frauenklinik. Therap. Monatsh. Nr. 11. S. 602.

45. Heineke, H., Allgemeines Exanthem nach lokaler Radiumbestrahlung. Strahlentherapie. 1914. Bd. 5. Heft 1.

46. Heynemann, Th., Gynäkologische Strahlentherapie. Therap. Monatsh. Bd. 29. Heft 2.

47. Hirsch, G., Die Röntgenstrahlen, Radium- und Mesothoriumtherapie bei malignen Tumoren in der Gynäkologie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1914. Bd. 21.

48. van der Hoeven, P. C. T., Over de behandeling van carcinomen met Röntgenstralen. (Über die Behandlung von Karzinomen mit Röntgenstrahlen.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 1. S. 31. (Holländisch.) (Technik. Warnung vor zu schwacher Bestrahlung, die das Wachstum der Geschwulst anregt. 17 Patienten wurden bestrahlt; sechs nach abdominaler Totalexstirpation, die alle bisher noch rezidivfrei blieben und 11 inoperable Fälle. Von letzteren sind zwei gestorben, eine ist hoffnungslos und zwei sind erst kurze Zeit in Behandlung. Den übrigen geht es bis auf eine sehr gut, die Schmerzen sind verschwunden, die Tumoren entschieden kleiner geworden. Die Patientinnen nehmen an Gewicht zu oder wenigstens nicht ab. Ganz verschwunden ist noch keiner der Tumoren. Die Frauen sind seit $1^1/_2$ bis 4 Monaten mit Zwischenpausen in Behandlung. — Verf. bleibt trotzdem dabei, die operablen Fälle so früh wie möglich zu operieren.)

49. Hofmeier, M., Zur Frage der ausschliesslichen Strahlenbehandlung operierbarer Uteruskarzinome. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. S. 1. (Misserfolg an einem Drüsenkarzinom der hinteren Muttermundslippe bei einer 29jährigen Frau. Nach sechswöchigem Versuch wurde die vaginale Totalexstirpation des Uterus vorgenommen, aber nach vier Wochen trat bereits ein Beckenbindegewebsrezidiv ein, das trotz Radium, Aspirin und Röntgenstrahlen nicht mehr heilte.)

50. Holding, A., Röntgen-Tiefentherapie. Amer. Röntg. Soc., Sitzg. vom 22.—25. Sept. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. 30. Okt. S. 1581.

51. Johns, M. W., Moderne Röntgentechnik bei Krebs. Med. Record. Bd. 87. Nr. 4. S. 145.

52. Johnson, G. C., Intensive Tiefenbestrahlung. Amer. Röntg. Soc., Sitzg. vom 22. bis 25. Sept. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. 30. Okt. S. 1581.

53. Kaestle, Erfahrungen mit der Radiumbehandlung von Karzinomkranken. Münchn. gyn. Ges., Sitzg. vom 11. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 5. S. 443. (Sehr gute Erfahrungen über $1^1/_2$ Jahre. Ungünstig verlief nur ein Fall. Die Kranke erlag einer Peritonitis, wahrscheinlich infolge der Radiumeinlage. Alle anderen Kranken mit Uterus- oder Vaginalkarzinomen wurden durch die Radiumbehandlung entsprechend gebessert, sind zum Teil zurzeit subjektiv und objektiv ohne Krankheitserscheinungen. Besonders auffallend war der günstige Erfolg der Behandlung bei einer Kranken, deren bis zum Nabel reichender myomatöser Uterus ein inoperables Karzinom beherbergte und die aufs äusserste ausgeblutet in Behandlung kam. Sie ist nach kombinierter Radium-Röntgenbehandlung seit Monaten völlig beschwerdefrei und in blühendem Allgemeinzustand. — Den Versuch, die Radiumbehandlung durch die Röntgenbestrahlung zu ersetzen, lehnt Vortr. ab. — Bei chirurgischen Karzinomen war der Einfluss nicht so günstig. Über vorübergehende und symptomatische Besserungen kam Vortr. dabei nicht hinaus. — Das häufigere Manifestwerden bzw. Auftreten von Metastasen in Knochen, besonders der Wirbelsäule, seit Durchführung der Röntgen-Radiumbehandlung, ist Vortr. aufgefallen. Die Ursache soll darin liegen, dass man durch die Bestrahlung dem Tumor in loco Herr wird und die Kranken am Leben erhält, bis sie unbeeinflussten und unbeeinflussbaren Metastasen erliegen. — Klinische Ergänzung zu diesem Vortrag von Wiener.)

54. Keitler, H., und K. Lindner, Über den Einfluss der Strahlenbehandlung auf die sog. Abderhaldenschen Abwehrfermente. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 34 S. 1234. (Siehe Kap. „Karzinome", Nr. 105.)

55. Kelly, H. A., and C. F. Burnam, Radium in the treatment of carcinomas of the cervix uteri and vagina. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 22. S. 1874. (Anwendung des Radiums erhöht erheblich die Heilungsaussichten. Mitteilung der angewendeten Technik und der Resultate an 213 Fällen, von denen 14 prophylaktisch nach vorheriger Operation bestrahlt wurden. Von den 199 inoperablen, nur bestrahlten, sind 53 klinisch geheilt [ein Fall seit sechs Jahren, drei Fälle seit vier Jahren, vier seit mehr wie drei Jahren, fünf über zwei Jahre usw.], 109 sind merklich gebessert und 37 blieben unbeeinflusst. — 3 Abb. und 1 Kurve.)

56. Kempster, C., The X-ray treatment of fungating epithelioma with the introduction of „progressive-filtration". Lancet. Nr. 4807. 16. Okt. (Vorwiegend technisch und nicht speziell gynäkologisch. Bei Blumenkohlgeschwülsten fängt Verf. an mit Bestrahlung ohne Filter; die Geschwulst wird bald kleiner. Dann wird mit immer härteren und härteren Strahlen durch ein an Dicke zunehmendes Filter behandelt. Die Erfolge sollen glänzend sein und rasch zu erreichen.)

57. Kienböck, R., Radiotherapie der bösartigen Geschwülste. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 2. (In diesem erweiterten Referat, das auf dem internationalen medizinischen Kongress 1913 in London erstattet wurde, behandelt der Verf. in der Hauptsache die Radiotherapie im engeren Sinne, die Behandlung mit Röntgenstrahlen. I. Wirkung der Röntgenstrahlen auf die bösartigen Geschwülste im allgemeinen. II. Wirkung auf die einzelnen Geschwulstarten im speziellen [eigene Erfahrungen unter Mitteilung von 35 Krankengeschichten]; III. Allgemeine Technik; IV. Vergleich der Behandlung mit Röntgenstrahlen, Radium und anderen unblutigen Mitteln. Kombinierte Behandlung; V. Vergleich der Röntgenbehandlung [und Strahlenbehandlung überhaupt] mit der Operation; VI. Prophylaktische Strahlenbehandlung nach der Operation; VII. Schädigung durch Röntgenstrahlen; VIII. Bedeutung der Strahlentherapie.)

58. Klein, G., Mikroskopische Befunde nach Mesothorbehandlung bei Karzinomen. Münchn. gyn. Ges., Sitzg. vom 16. Juli 1914. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 3. S. 264. (Klinische Daten zu den Patienten mit nicht-gynäkologischen Karzinomen [inoperables Gesichtskarzinom und Gallertkarzinom des Cökum], von denen Dürck (cf. Nr. 29) die histologischen Befunde ausführlich bespricht.)

59. — Mehrjährige Erfolge der kombinierten Aktinotherapie bei Karzinom des Uterus und der Mamma. Münchn. gyn. Ges., Sitzg. vom 11. Febr. Bericht: Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. S. 407. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. S. 261. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. S. 499 und i. d. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.

Bd. 41. Heft 5. S. 435. (Kombinierte Mesothorium- und Röntgenbestrahlung mit gleichzeitigen intravenösen Injektionen von Radium-Barium-Selenat Merck. Technik. Von 25 operablen und operierten Uteruskarzinomen sind vier mit Rezidiv gebessert, vier mit Rezidiv verschlechtert, vier tot, vier verschollen, 10 vorläufig geheilt und zwar fünf primär und fünf sekundär rezidivfrei [bis zu drei Jahren]. Von 14 inoperablen Korpus- und 45 inoperablen Halskarzinomen sind 21 gebessert, vier verschollen, sechs verschlimmert, 15 tot und 14 vorläufig geheilt = 23,3% [bis zu zwei Jahren]. Die guten Ergebnisse nötigen zur Aufstellung der beiden neuen Begriffe: Heilung inoperabler Karzinome und sekundäre Rezidivfreiheit. — Aussprache: Democh-Maurmeier, Kaestle, v. Seuffert, Amann, Döderlein siehe unter den einzelnen Autoren in diesem Kapitel.)

60. Klein, G., Kombinierte Karzinombehandlung mit Mesothorium, Röntgenstrahlen und intravenösen Injektionen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. Heft 3. S. 593. (Neben der Aktinotherapie ist sowohl die intravenöse Injektion von Borcholin als von tumoraffinen Substanzen von grosser Bedeutung. Noch wichtiger wäre es, wenn es gelänge, mit Serum, welches spezifische Abwehrfermente enthält, gegen das Karzinom vorzugehen.)

61. Koch, F. J., Zur Frage der Tiefenbestrahlung von Karzinomen mittelst Röntgenmaschinen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21. S. 711. (Technische Bemerkungen zu der Arbeit von v. Seuffert — cf. Nr. 99. Empfehlung der Hochvakuumröhre von Lilienfeld.)

62. Kotzenberg, W., Bestrahlungstherapie bei bösartigen Tumoren. Ärztl. Verein in Hamburg, Sitzg. vom 1. Juni. Bericht: Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. S. 1173.

63. Krebskrankheit, Deutsches Zentralkomittee zur Erforschung und Bekämpfung der —. Gutachten für das Reichsversicherungsamt betreffend Anschaffung von Radium oder von anderen radioaktiven Präparaten. Zeitschr. f. Krebsforschung. 1914. Bd. 14. Heft 2. (Das Zentralkomitee weist darauf hin, dass Anschaffung von radioaktiven Substanzen [Mesothorium] seitens der Versicherungsanstalten zweckmässig sei, da diese Substanzen neben der operativen und der Röntgenbehandlung in der Krebstherapie eine wichtige Rolle spielen, dass jedoch eine Übereilung in der Anschaffung von Radiumpräparaten wegen der sich häufenden Kaufangebote nicht am Platze sei.)

63a. Krecke, A., Mesothoriumschädigung des Rektums. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. H. 3. S. 612.

64. Krönig, B., Zur Verhütung von Nebenschädigungen bei der Behandlung tiefliegender und tiefgreifender Karzinome mit Radium und Mesothorium. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 40. S. 1186. (Wenn die vom Metallfilter ausgehenden sekundären β-Strahlen durch Zusatzfilter ausgeschaltet werden, so sind die Nebenschädigungen in hohem Grade unabhängig von der Natur des Hartfilters. Das Messingfilter besitzt keine besonderen Vorzüge. Es ist eine entschiedene elektive Wirkung des Radiums und Mesothoriums auf verschiedene Gewebsarten anzunehmen, wahrscheinlich grösser als die der Röntgenstrahlen. Der Grad der Nebenwirkung hängt nicht von der Menge des Radiums oder Mesothoriums, sondern von der Dosis der Anwendung ab. Tiefgreifende Karzinome erfordern zur gleichmässigen Durchstrahlung grössere Mengen des Metalls, die entweder im kleinen Fokus auf Fernabstand oder in breitem Fokus auf Nahabstand zu bringen sind. So konnten Korpus- und Mammakarzinome bei Verwendung von etwa 1 g Radiumbromid zum Schwinden gebracht werden ohne nachweisliche Schädigung der Nachbargewebe. Die Ersetzung der Operation durch die Bestrahlung auch bei operablen Karzinomen hat Verf. bisher „nicht zu bereuen" gehabt. Auch die längere Nachbeobachtung spricht immer wieder zugunsten der Strahlenbehandlung.)

65. — Grenzverschiebungen zwischen operativer und nichtoperativer Behandlung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1916. Bd. 43. Nr. 4. S. 289. (Auszug siehe im Kapitel „Karzinome", Nr. 114.)

66. Lange, S., Cause and prevention of constitutional symptoms following deep Roentgen therapy. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 22. S. 1906. (Eigenartiger Geruch, Übelkeit, allgemeines Unwohlsein, Metallgeschmack, Ödem der behandelten Schleimhäute, Schwellung der Lymphdrüsen sieht man oft nach der Behandlung auftreten. Lange glaubt, dass Azidose dabei eine Rolle spiele und sah gute Erfolge von Alkaliverabreichung vor und nach der Behandlung. Wird ausführlich im Kapitel „Elektrizität usw." referiert.)

67. Lazarus-Barlow, W. S., Die Ursache und die Heilung des Krebses im Lichte der neuen radio biologischen Forschung. Strahlentherapie. Bd. 6. Heft 1. S. 172.

68. Loeb, W., Über Strahlenwirkung auf Kolloide. Biochem. Zeitschr. Bd. 71. S. 477. (Hinweis auf frühere Untersuchungen des Verf. mit Sato [Biochem. Zeitschr. Bd. 69, S. 1], die zusammen mit den Befunden von Pauli und Fernau [Biochem. Zeitschr. Bd. 70, S. 426] für die Aufklärung der biologischen Strahlenwirkung und die Strahlentherapie von Bedeutung sein dürften.)
69. Mac Intyre, J., Comparative value of Roentgen ray and radium in treatment of malignant growths. Arch. of Roentgen ray. 1914. Bd. 19. Nr. 7. S. 269.
70. Martin, A., Gynäkologie. Allgemeine Übersicht. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Juliheft 1914. (Verf. erkennt an, dass seine frühere Skepsis gegenüber den Heilerfolgen der Strahlentherapie beim Uteruskarzinom heute vielleicht nicht mehr in voller Ausdehnung berechtigt ist. Eine örtliche Heilwirkung ist sichergestellt. Schädigungen werden sich hoffentlich mit vollendeter Technik mehr und mehr vermeiden lassen. Daraus resultiert die Berechtigung der Strahlenbehandlung auch bei operablen Fällen. Das Weitere muss die Erfahrung der nächsten 3—4 Jahre bringen.)
71. Mello, A. da Silva, Experimentelle Untersuchungen über die biologische Wirkung des Thorium X, insbesondere auf das Blut. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 81. Heft 3/4. S. 285. (Das Thorium X kann nicht nur eine akute, unmittelbar tödliche, sondern auch eine chemische, eventuellnach Monaten tödliche Vergiftung erzeugen. — Nicht speziell gynäkologisch.)
72. Meyer, W., Die ersten Erfahrungen in der Behandlung inoperabler Uteruskarzinome mit radioaktiven Substanzen an der kgl. Universitäts-Frauenklinik Erlangen. Dissert. Erlangen. August. (K. b. Hof- und Univ.-Buchdruckerei von Junge und Sohn). (Einleitung über die Entwicklung dieser Therapie. Technik. In Erlangen wird immer zuerst eine Injektionskur mit Cholin bzw. Arsazetin durchgeführt, die zur Sensibilisierung des Körpers gegen die Strahlen dienen soll. Wirkung der Strahlen auf das Karzinomgewebe, physiologische und pathologische Wirkungsweise der chemischen Präparate. Überblick über die Bewertung der einzelnen Mittel. — Im zweiten Teil der Arbeit folgt unter Vorlegung der Krankengeschichten ein ausführlicher Bericht über 39 an der Erlanger Frauenklinik in der geschilderten Weise behandelte Fälle. — Tabelle. — Zufriedenstellende Resultate, mindestens das Allgemeinbefinden betreffend. Keine Nebenerscheinungen. Die Injektionen von Cholin haben sicher einen entschiedenen Einfluss auf die Zerstörung des Karzinoms. Auch das Arsazetin hat die altbekannte gute Arsenwirkung auf dem Körper.)
73. Miller, C. J., Limitations of the use of radium in cancer of the uterus. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 68. Nr. 1. S. 65.
74. Morton, W. J., Imbedded radiumtubes in the treatment of cancer. Report of a case of sarcoma remaining cured 9 years after radiation. Med. Record. 1914. Nr. 47. 28. Nov. S. 913.
75. — Radiochemicotherapy; internal therapeutics of radio-elements. Med. Record. Bd. 87. Nr. 10. S. 383.
76. Müller, E., Radiumwirkung bei malignen Tumoren. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. Heft 3. S. 615. (Nur beim inoperablen Uteruskarzinom scheint die Anwendung der Radiumkapsel in gewissen Fällen zulänglich. Bei chirurgischen Karzinomen ist sie meist erfolglos. — Vorwiegend chirurgische Arbeit.)
77. Newcomet, W. S., Uterine carcinoma treated by radium. New York Med. Journ. Bd. 102. Nr. 1. S. 14.
78. Nürnberger, L., Klinische Blutuntersuchungen bei der gynäkologischen Tiefentherapie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. S. 700. Nr. 25. S. 730. (Verf. fand im Anschluss an die vaginale Bestrahlung von 20 Karzinompatientinnen mit Mesothorium entweder unmittelbar oder nach 1—2tägiger Latenzzeit akute Zunahme der Gesamtleukozyten und Neutrophilen mit Abnahme der Lymphozyten. Nach 1—3 Tagen beginnt der Ausgleich und ist nach sechs Tagen in der Regel wieder vollkommen. Bei mehreren nacheinander folgenden Bestrahlungen pflegen die Veränderungen schwächer zu sein. Die Möglichkeit chronischer Blutschädigung durch jahrelang fortgesetzte kleine Strahlendosen ist nach der Literatur nicht zu bestreiten. Dagegen ist anzunehmen, dass bei sachverständiger Anwendung auch sehr grosse Mengen von Röntgenlicht und radioaktiven Substanzen eine dauernde, nicht auszugleichende Schädigung der Blutbildung nicht bewirkt wird. Die Leukozytose in den ersten Tagen soll die Ursache des Röntgen- resp. Mesothorium-„Katers“ sein.)
79. Pfahler, G. E., Roentgentherapy in the treatment of deep-seated malignant disease. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 18. S. 1477. (Ausführliche Mitteilung

sehr günstiger, eigener Erfahrungen. Die Strahlenbehandlung ist in der Mehrzahl der Fälle imstande, das Leben zu verlängern und das Leiden erheblich zu lindern.)

80. Pfahler, G. E., Deep Roentgen therapy. Pennsylvania Med. Journ. Bd. 18. Nr. 10. S. 779.

81. v. Pfungen, Über die therapeutische und Rezidive maligner Neoplasmen verhütende Bestrahlung nach Radikaloperationen maligner Neoplasmen. Wiener klin. Rundschau. Nr. 13/14. S. 79. (Nach einem kurzen historischen Überblick spricht Verf. die Überzeugung aus, dass nur ein Zusammenarbeiten mit Messer und Strahlen zum Erfolg führen dürfte und gibt dann einen Überblick über Art und Wirkung der Röntgenstrahlen auf Neoplasmen.)

82. — Über die Röntgentherapie maligner Neoplasmen nach den Erfahrungen der letzten Jahre. Wiener med. Wochenschr. Nr. 27. S. 1030. (Nicht speziell gynäkologisch. Zur Erhöhung der Wirkung werden Adrenalininjektionen nach Reicher und Lenz und Kompression nach Schwarz empfohlen. Bei der grossen Neigung der malignen Tumoren, sich in schwer berechenbarer Weise metastatisch zu vervielfältigen, scheint eine universelle Bestrahlungsmethode indiziert. Wenn länger bestrahlt werden muss, wird man zeitweise immer das Blutbild prüfen müssen, ob nicht Leukopenie eingetreten ist.)

83. Pinch, A. E. Hayward, A report of the work carried out at the radium institute in London in 1914. Brit. Med. Journ. Nr. 2826. 27. Febr.

84. Pobulinsky, V. A., Radiumbehandlung des Karzinoms. Russky Wratsch. Bd. 14. Heft 3. S. 65. (Unter 23 Fällen bei 9 klinische Heilung seit 8 bis 12 Monaten nach Anfang der Bestrahlung. Zwei davon waren operable, die übrigen inoperable Fälle. Eine Patientin starb während der Behandlung, bei drei hatte dieselbe gar keinen Erfolg. Nach vorübergehender Besserung trat von neuem Verschlimmerung ein bei sechs Frauen. Eine Patientin bekam eine Rektovaginalfistel. Von den übrigen bestrahlten Fällen lässt sich noch nichts Sicheres sagen oder sie haben sich der weiteren Beobachtung entzogen.)

85. Pozzi, S., et G. Rouhier, De l'hystérectomie restreinte complétée par la radiumthérapie dans les cancers de l'utérus. Revue de gyn. et de chir. abd. Bd. 23. Heft 3. S. 209. (Siehe im Kapitel „Karzinome", Nr. 165.)

86. Recasens, S., Observaciones y estadisticas personales sobre el tratamiento del cancer uterino por medio del radio y mesotorio. Madrid, Garciloso 6. (Ausführliche Wiedergabe des Inhaltes dieser Monographie in den Ann. de gyn. et d'obst. Bd. 11. Heft 11. S. 662. Erfahrungen über 75 eigene Fälle. Davon sind 38 subjektiv und objektiv geheilt.)

87. Ribbert, H., Die Histogenese des Röntgen- (und des Teer-)Karzinoms. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1914. Bd. 22. Heft 5. (Nicht gynäkologisch. Das Teerkarzinom bietet dieselben genetischen Verhältnisse wie das Röntgenkarzinom. Verf. weist, wie in früheren Abhandlungen wiederholt, so auch jetzt wieder ganz besonders auf die ausschlaggebende Bedeutung einer Untersuchung der für das Verständnis der Karzinomgenese allein massgebenden Anfangsstadien hin.)

88. Rosenthal, J., Strahlentherapie mittelst Ultradurröntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. S. 611.

89. Rothschild, K., Aktinotherapie bei Karzinom des Uterus und der Mamma. Dissert. München. Sept. Buchdruckerei Max Leutner, Augustenstr. 58. (Geschichtlicher Überblick. Bericht über 100 Fälle aus der Klinik Klein; darunter 84 Uteruskarzinome und 16 Brustkrebse. Die ältesten Fälle reichen bis ins Jahr 1910 zurück. Bis 1913 ausschliesslich Röntgenbestrahlung, seitdem wurde diese kombiniert mit Mesothoriumbehandlung und intravenösen Injektionen. Von den 84 Uteruskarzinomen waren 59 inoperabel und 25 wurden zuerst operiert — eventuell durch Bestrahlung zur Operation vorbereitet — und nachher prophylaktisch bestrahlt. Die Mammakarzinome wurden alle operiert. Die Resultate beweisen, dass die Aktinotherapie imstande ist, das Karzinom selbst in weit fortgeschrittenen Stadien zur Heilung zu bringen. Es sind von 100 Krebskranken 32 primär geheilt, 22 gestorben, 27 gebessert, 10 verschlimmert, die übrigen stehen nicht mehr unter ärztlicher Kontrolle. — Technik.)

90. Salzmann, F., Sekundärstrahlen in der Röntgentiefentherapie als Ersatz radioaktiver Substanzen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. S. 223. (Technisches. Wird an anderer Stelle referiert. Die mitgeteilten Fälle zeigen, dass es gelingt, Karzinome mit Sekundärstrahlen zu beeinflussen.)

91. Schauta, F., Zur Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien Sitzg. vom 9. Juni 1914. (Der Vortrag ist als Original erschienen im Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 27, S. 961 [siehe Auszug im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichtes dieses Kapitel Nr. 189]. Aussprache: Wertheim bleibt auf seinem früheren Standpunkt; manche Fälle zeigen überraschende Erfolge, im grossen und ganzen aber sind die Resultate der Bestrahlung recht unbefriedigende. [Zentralbl f. Gyn., Nr. 17. S. 287]; Riehl geht näher auf die elektive und allgemeine Wirkung der Radiumbestrahlung ein. Auch er bestrahlt nur operable Fälle; Latzko hatte an drei Fällen, über die er ausführlich berichtet, ausgezeichnete Resultate. Er warnt vor Schädigungen [Blasen-, Scheiden- und Darmfisteln] bei unzweckmässiger Dosierung; Peham verfügt über 28 Fälle, von denen 4 klinisch geheilt und 6 später noch operiert wurden. Bei Rezidiven hatte er keine Erfolge. Foges sah einen Fall heilen durch Bestrahlung mit kleinen Dosen auf kurze Zeit. Halban berichtet über Amenorrhoe durch Radiumbestrahlung, die nach drei Monaten wieder regelmässiger Menstruation Platz machte [Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18, S. 302].)

92. — Zur intrauterinen Radiumbehandlung. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 8. Juni. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. S. 543. (Erfahrungen an fünf Fällen von Korpuskarzinomen der letzten $1^1/_2$ Jahre, die nicht operiert werden konnten [Diabetes usw.]. In gleicher Zeit wurden 10 weniger weit vorgeschrittene Fälle operiert. Technik. Alle Fälle sind jetzt mikroskopisch als geheilt zu betrachten. Trotzdem bleibt Vortr. dabei, dass operierbare Fälle wie bisher operiert werden sollen.)

93. Schmitt, A., Strahlentherapie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. Heft 3. S. 598. (Zwischen den verschiedenen Karzinomformen herrscht bezüglich ihrer Beeinflussbarkeit durch das Mesothorium ein grosser, vielleicht prinzipieller Unterschied. So wunderbar in einer Reihe von Fällen der Einfluss bei Uteruskarzinomen ist, so unsicher scheint vorläufig der Einfluss des Mesothoriums bei den verschiedensten Arten chirurgischer Karzinome zu sein, ausser den eine Ausnahmestellung einnehmenden Karzinomen der Oberfläche, des Gesichts usw.)

94. Schmitz, H., Radium and Mesothorium in uterine cancer. Surg., Gyn. and Obst. in der Januar-Nummer.

95. — Primary results of radium treatment in uterine and rectal cancers. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 3. S. 363. (Erfahrungen an 23 Fällen von inoperablen Uterus- und Mastdarmkrebsen, die zeigen, dass Blutungen, Schmerzen, Sekretion für einige Zeit durch die Bestrahlung günstig beeinflusst werden können. Diese Besserung ist aber nur vorübergehend und weitere Behandlung ist dann erfolglos. Frühe und lokalisierte Rezidive reagieren besser als weiter vorgeschrittene auf die Bestrahlung.)

96. — The action of radium on cancers of the pelvic organs. A clinical and histologic study. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 22. S. 1879. (Mitteilung günstiger Erfahrungen an 112 Fällen verschieden lokalisierter Karzinome seit April 1914; darunter 36 des Uterus. Fünf ausführliche Tabellen. Technik. Abbildung acht mikroskopischer Präparate von bestrahlten Karzinomen.)

97. Schottländer, J., Zur histologischen Wertung und Diagnose der Radiumveränderungen beim Uteruskarzinom. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 2. S. 604.

98. v. Seuffert, E., Ersatz der radioaktiven Substanzen durch Röntgenstrahlen. Münchn. gyn. Ges., Sitzg. vom 11. Febr. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 5. S. 445. (Auf physikalischen Gründen legt Vortr. dar, dass mit Röntgenbehandlung beim Karzinom nicht gleichviel erreicht werden kann wie mit den radioaktiven Substanzen.)

99. — Zur Frage der Tiefenbestrahlung von Karzinomen mittelst Röntgenmaschinen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. S. 641. (Vorwiegend Technisches. Da, wo die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen nicht mehr durch die nur Durchschnittswerte gebende Gesamtdosis, sondern ausschliesslich durch die das Strahlenspektrum bestimmenden Faktoren kontrolliert werden kann, sind alle bisher zur Kontrolle einer Bestrahlung ausreichenden Messmethoden entwertet. Zum Beweis dafür werden auf zwei Tafeln eine grosse Anzahl Entladungskurven abgebildet, die mit einem neuen Apparat von Janus und Voltz gewonnen wurden. Abbildung des Apparates. — Bemerkung zu dieser Arbeit cf. Koch. Nr. 61.)

100. — Zur Physik der gynäkologischen Strahlentherapie. Gyn. Ges. in München, Sitzg. vom 16. Dez. Bericht: Münchn. med. Wochenschr. 1916. Nr. 4. S. 130. (Wird im Kapitel „Elektrizität usw.“ referiert.)

101. Simon, H., Über die Histologie der Strahlenwirkung auf Tumoren. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. Heft 3. S. 555. (Die Röntgenstrahlen und die von den sog. radioaktiven Substanzen ausgesandten Strahlungen sind hinsichtlich ihrer Wirkung auf das Gewebe im grossen ganzen qualitativ gleich. Die Strahlenwirkung ist eine streng lokale, nur die von den Strahlen in genügender Stärke direkt getroffenen Zellen und Gewebe werden beeinflusst. Fernwirkung findet in keiner Weise statt. In der Zelle ist es der Kern, und in diesem vermutlich das Chromatin, das in erster Linie verändert wird. Alle Zellen und Gewebe werden durch die Strahlen beeinflusst, jedoch in einem sehr verschiedenen Grade. Der histologische Vorgang ist kurz so, dass die Tumorzelle durch die Strahlenwirkung abgetötet und durch Bindegewebe ersetzt wird.)

102. Stern, S., Deep Roentgen therapy and its application in treatment of malignant growths. Med. Record. Bd. 87. Nr. 6. S. 221 und Amer. Journ. of Roentgenol. 1914. Bd. 2. Nr. 2. S. 541. (Grundprinzipien der Strahlentherapie. Nichts Neues. Aus eigener Erfahrung empfiehlt Verf. die prophylaktische Bestrahlung nach jeder noch so radikalen Operation. Gute Erfolge mit der kombinierten Enzytolinjektion nach Czerny-Werner.)

103. Stevenson, W. C., Preliminary clinical report on a new and economical method of radium therapy by means of emanation needles. Brit. med. Journ. 1914. Juli. S. 9. (Um eine möglichste Annäherung des Radiums an den Ort der Wirkung zu erzielen, benutzt Stevenson Emanationsnadeln, die in einigen Fällen von umschriebenen Karzinomen einen entschieden günstigen Einfluss ausübten.)

104. — The theory and technique of treatment by radium emanation needles. Brit. Med. Journ. Nr. 2829. 20. März. (Technik. Erfahrung an 28 Fällen, unter denen einzelne von Karzinom der Cervix und der Vagina. Je nach der Grösse der Geschwulst wird eine Anzahl der Nadeln, in denen ein kapilläres Röhrchen mit Emanation enthalten ist, in die Geschwulst eingesteckt und bleibt dort für längere Zeit liegen. Gute Resultate, in allen Fällen wurde das Wachstum gehemmt und die Schmerzen verschwanden.)

105. Tilling, A., Kasuistischer Beitrag zur Frage des Röntgenkarzinoms. Dissert. Heidelberg. Juni.

106. Treber, H., Ergebnisse der Aktinotherapie bei Karzinom des Uterus und der Mamma, Mai 1911 bis Dezember 1914. Strahlentherapie. Bd. 6. Heft 1. S. 193.

107. — Veränderungen des Blutes durch Aktinotherapie. Strahlentherapie. Bd. 6. Heft 2. S. 398.

108. Turner, D., Report on the radium treatment of the Royal infirmery, Edinburgh, during the year 1914. Brit. Med. Journ. Nr. 2826. 27. Febr.

109. van de Velde, Th. H., Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. S. 313. (Allgemeines über eigene Erfahrungen mit der Quarzlampe, der künstlichen Höhensonne, Röntgenapparaten verschiedener Konstruktion und mit 100 mg Radium. Biologisches über die Strahlenwirkung. Technisches. Nichts wesentlich Neues. Verf. hält es für erlaubt, bei Karzinomen die Operation grundsätzlich auszuschliessen. Er selbst operiert vorläufig noch, wenn er mit einfacher vaginaler Totalexstirpation auskommen kann. Damit wird die Bestrahlungsbehandlung abgekürzt. Verf. erwähnt einen Fall, den er vor 10 Jahren operierte, wo sowohl der Befund während der Operation wie die mikroskopische Untersuchung zeigten, dass die Operation nicht radikal war. Einige Tage nach der Operation wurde Radium eingelegt; die Patientin blieb rezidivfrei. v. d. Velde zieht für den Gebärmutterkrebs Radium den Röntgenstrahlen vor, zieht aber am liebsten beide herbei. Er hält Genesung nur durch Röntgen zwar für möglich, für die Praxis aber ist die ausschliessliche Röntgenbehandlung viel zu kostspielig.)

110. — Stralenbehandeling in de gynaekologie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 11. S. 819. (Holländisch.) (Allgemeines über die Behandlung gutartiger Geschwülste mit Radium- und Röntgenstrahlen. Vergleich der Wirkung dieser beiden Strahlenarten in der Praxis. Technik. Eigene Erfahrungen werden nicht mitgeteilt.)

111. — Stralenbehandeling in de gynaekologie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 15. S. 1170. (Holländisch.) (Allgemeines zur Bestrahlung maligner Geschwülste. Über eigene Erfahrungen wird nur im allgemeinen berichtet. Technik. Auf einer Tafel sind mikroskopische Präparate eines Cervixkarzinoms in drei verschiedenen Stadien der Bestrahlung abgebildet. Verf. will nur noch ganz einfache Fälle operieren; weiter vorgeschrittene und wenn von seiten der Patientinnen Beschwerden gegen die Operation erhoben werden, sollen bestrahlt werden. Das Radium ist für jeden Gynäkologen unentbehrlich geworden.)

111a. Voorhoeve, N., De vrouw en het essentieel vrouwelijke bij de Roentgenbehandeling van baarmoeder-fibromyomen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Helft. Nr. 19. (Kurze Erwiderung auf die von Kouwer gemachten Bemerkungen gegen Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Auszug siehe im Kap. „Strahlenbehandlung der Myome". Nr. 45.) (Mendes de Leon.)
112. Warnekros, K., Durch Röntgenstrahlung geheilte Cervixkarzinome. Ges. f. Geb. und Gyn. zu Berlin, Sitzg. vom 8. Mai 1914. Bericht: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 3. S. 893. (Siehe dieses Kapitel im Jahresbericht 1914, Nr. 218. Anschliessend Aussprache über den Wert der Sensibilisierung der Karzinome bei der Strahlenbehandlung. Koblanck hatte Erfolg mit Hochfrequenz [nicht mit Bierscher Stauung und Jodpinselung], Bröse, Fromme und Zinsser mit Enzytol, von dem jedoch Warnekros und Haendly Nachteile gesehen haben.)
113. Weibel, W., Die Therapie des Gebärmutterkrebses. Therap. Monatsh. Heft 7. S. 362. (Überblick über den momentanen Stand der Frage nach der Verwendung von Radium und Röntgenstrahlen zur Behandlung des Uteruskarzinoms und Mitteilungen über die jetzige Technik der Bestrahlung. Eigene Erfahrungen und Resultate werden nicht mitgeteilt.)
114. Witherspoon, J., Relationship of Roentgen rays to cancer. Tennessee State Med. Assoc. Journ. Bd. 8. Nr. 3. S. 137.

Radium- resp. Mesothoriumbestrahlung.

Sammelberichte über Stand und Aussichten der Krebsbestrahlung sind erschienen aus Deutschland von v. Franqué (35), Heynemann (46), Hirsch (47) und Weibel (113); aus Österreich von Kienböck (57) und v. Pfungen (81); aus Frankreich von Fabre (31) und Degrais (24); aus Spanien von Garmendia (38) und aus Amerika von Burnau (17) und Stern (102).

Unsere Kenntnisse über die **biologische Wirkung** der Strahlen sind noch recht mangelhaft. Abbe (1), Loeb (68), Lazarus-Barlow (67) u. a. haben darüber gearbeitet und v. d. Velde (109) teilt aus der Literatur Einiges darüber mit. Keitler und Lindner (54) haben in Versuchen bei Kaninchen festgestellt, dass durch Bestrahlung die Bildung der **Abderhaldenschen Abwehrfermente** verhindert oder zum mindesten verzögert wird. Nach Döderlein (bei Dürck, 29) wird durch die Strahlen eine spezifische Wirkung auf die Karzinomzellkerne ausgeübt, die zum Zerfall gebracht werden. Nach Schmitt (93) herrscht zwischen den verschiedenen Karzinomformen bezüglich ihrer Beeinflussbarkeit ein grosser, vielleicht prinzipieller Unterschied.

Der Beweis für die **Elektivwirkung** der Strahlen auf das Karzinomgewebe soll nach Heimann (43) fehlen. Nach Simon (101) werden alle Zellen und Gewebe durch die Strahlen beeinflusst, nur in einem sehr verschiedenen Grade. Auch ist die Wirkung der Röntgenstrahlen und der von den radioaktiven Substanzen ausgesandten Strahlungen im grossen ganzen qualitativ gleich. Nach Döderlein (27) sind Radium und Mesothorium spezifische Mittel, die eine elektive Wirkung auf das Karzinom ausüben. Die gesunde Zelle wird zwar auch geschädigt, aber später und weniger intensiv. Auch nach Krönig (64) ist eine entschiedene elektive Wirkung des Radiums und Mesothoriums auf verschiedene Gewebsarten anzunehmen, wahrscheinlich grösser als die der Röntgenstrahlen.

Die **histologischen Veränderungen** des Krebsgewebes unter Einfluss der Bestrahlung sind von mehreren Seiten eingehend studiert worden. Erwähnt seien die Publikationen von Aikins und Simon (5). Aschheim und Meidner (9), Dürck (29), v. Franqué (34), Heimann (43), Schmitt (93), Schmitz (96), Schottländer (97) und v. d. Velde (111). Eine grössere Arbeit darüber stammt von Simon (101). Er fand, dass es in der Zelle der Kern ist, und in diesem vermutlich besonders das Chromatin, das in erster Linie verändert wird. Die Tumorzelle wird abgetötet und durch Bindegewebe ersetzt. Die Strahlenwirkung ist eine rein lokale; Fernwirkung findet in keiner Weise statt. Döderlein (bei Dürck, 29) fasst seine Ansichten dahin zusammen, dass die radioaktiven Substanzen nicht sekundär das Karzinom angreifen dadurch, dass durch bindegewebige Wucherungen die Karzinomnester erdrückt werden, sondern dass durch eine graduell spezifische Wirkung die Kerne der Karzinomzellen getötet werden und die Zellen zerfallen.

Für die **Indikationsstellung** zur Strahlenbehandlung der Uteruskrebse sind die Arbeiten von Fabre (31), Krönig (64 und 65), Miller (73) und Vineberg (Kapitel „Karzinome Nr. 215) von Interesse. Nach Fabre (31) gehören die inoperablen und rezidivierten Karzinome ausschliesslich ins Gebiet der Radiumtherapie; Karzinome an der Grenze der Opera-

bilität sollen durch Radiumbestrahlung zur Operation vorbereitet werden; operierbare Krebse gehören ausschliesslich ins Gebiet der Chirurgie, jedoch soll prophylaktisch nachbestrahlt werden. Anders sind die Ansichten Krönigs (64), der behauptet, dass ihn die ausschliessliche Bestrahlung **operabler Karzinome** noch niemals gereut habe. Auch die längere Nachbeobachtung spreche immer wieder zugunsten der Strahlenbehandlung. Baisch (10) schliesst sich Krönig an, indem er aus seinen Erfahrungen mit der Mesothoriumbehandlung bei 100 Karzinomen den Schluss zieht, dass die erzielten vorläufigen Heilungen der operablen Fälle die durch Operation in derselben Beobachtungszeit erreichbaren Resultate bei weitem übertreffen. Operable Fälle sollen für die Mesothorium- und Radiumbehandlung eine um so günstigere Prognose geben, je weniger weit das Karzinom vorgeschritten ist. Alles zusammen wären 57 von seinen 100 Kranken operierbar gewesen und davon sind durch die Strahlenbehandlung 39 = 68% geheilt. Diese Zahl wird sich wahrscheinlich im Laufe der Zeit nur wenig ungünstiger gestalten. — Auch Flatau (33) hat seit Dezember 1913 kein Karzinom des Collum uteri mehr radikal operiert und bejaht die Frage, ob operable Uteruskarzinome ausschliesslich bestrahlt werden dürfen. Wenn auch nur auf Grund theoretischer Überlegungen kommen doch auch u. a. Martin (70) und v. d. Velde (109) zu demselben Resultat. Dagegen veröffentlicht Hofmeier (49) einen Misserfolg der Strahlenbehandlung an einem operierbaren Drüsenkarzinom der hinteren Muttermundslippe bei einer 29 jährigen Frau. Nach sechswöchigem Versuch wurde die vaginale Totalexstirpation des Uterus vorgenommen, aber nach weiteren vier Wochen trat bereits ein Beckenbindegewebsrezidiv ein, das zum Tode führte.

Die **prophylaktische Nachbestrahlung** nach der Totalexstirpation der Geschwulst wird einstimmig empfohlen. Erwähnt seien hier nur die Veröffentlichungen von Fabre (31), v. Pfungen (81), Pozzi und Rouhier (85), Rothschild (89) und Stern (102).

Gleichfalls findet für viele weit vorgeschrittene Fälle die Bestrahlung als **Vorbereitung zur Operation** zahlreiche Fürsprecher. Oft gelingt es mit ihr inoperable Fälle operierbar zu machen oder den Eingriff weniger umfangreich zu gestalten. Von Aschheim und Meidner (9) wird jedoch die Bestrahlung vor der Operation widerraten.

Zur Erhöhung der Strahlenwirkung wird von vielen Seiten die **Sensibilisierung des Tumorgewebes** durch intravenöse Injektionen empfohlen. Einige Publikationen auf diesem Gebiete haben schon im Kapitel „Karzinome", bei der nichtoperativen Behandlung derselben, Erwähnung gefunden. Eine Diskussion über dieses Thema entwickelte sich im Anschluss an einen Vortrag von Warnekros (112), in der einige das **Enzytol** empfehlen, andere behaupten, von diesem Präparat Nachteile gesehen zu haben. Stern (102) hatte mit ihm gute Erfolge. v. Pfungen (82) benutzt zur Erhöhung der Strahlenwirkung **Adrenalininjektionen** nach Reicher und Lenz und **Kompression** nach Schwarz. Klein (59 und 60) kombiniert mit zufriedenstellendem Erfolg die Bestrahlung mit intravenösen Injektionen von **Radium-Barium-Selenat** Mercks und **Borcholin.** Meyer (72) widmet in seiner Erlanger Dissertation den **Cholin-** bzw. **Arsazetininjektionen,** deren physiologische und pathologische Wirkungsweise, grösseren Raum. Beide Präparate hatten gute Wirkung bei der Zerstörung des Krebsgewebes. Democh-Maurmeier (25) benutzte in einem Falle **Elektrokuprol.**

Die **kombinierte Anwendung von Radium- und Röntgenbestrahlung** wird aus mehrfachen Gründen von Bergonié und Spéder (12), Boggs (14), v. Graff (39), Klein (59) und v. d. Velden (109) empfohlen. Letzterer Autor hält Krebsheilung nur durch Röntgenbestrahlung zwar für möglich, für die Praxis soll jedoch die ausschliessliche Röntgenbehandlung viel zu kostspielig sein.

Aus zahlreichen in- und ausländischen Universitäts- und privaten Kliniken werden die **Erfolge** der Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses an einer grösseren Reihe von Fällen veröffentlicht. Hervorgehoben seien die Publikationen von Adler (3; Schautasche Klinik; 18 Fälle), Aschheim und Meidner (9; 17 Fälle), Baisch (10; 100 Fälle), Dautwitz (23; k. k. Kuranstalt für Radiumtherapie in St. Joachimsthal; 40 Fälle), Döderlein (27; 333 Fälle), Fabre (31; 193 Fälle), Füth und Ebeler (37; 56 Fälle), v. Graff (39; Wertheimsche Klinik; 102 Fälle), v. d. Hoeven (48; Univ.-Klinik in Leiden; 17 Fälle), Kelly (55; 213 Fälle), Klein (59; 39 Fälle), Meyer (72; Erlanger Klinik; 39 Fälle), Pfahler (79); Pinch (83; Londoner Radiuminstitut), Pobulinsky (84; 23 Fälle), Recasens (86; 75 Fälle), Rothschild (89; Klinik Klein; 84 Fälle), Schmitz (95; 23 Fälle), Treber (106), Turner (108; Edinburger Krankenhaus) u. a.

Einige **kasuistische Fälle** mit günstigem Erfolge bestrahlter Karzinome werden von Ackerblom (2), Anspach (7), Democh-Maurmeier (25), Kaestle (53) u. a. mitgeteilt.

Im allgemeinen sind die Erfahrungen mit der Strahlentherapie sehr günstige. Nur wenige Gynäkologen nehmen ihr gegenüber noch ein **ablehnendes Verhalten** an. Dazu gehört Wertheim (bei Schauta, 91), der auf seinem früheren Standpunkt bleibt, dass, wenn auch manche Fälle überraschende Erfolge zeigen, doch im grossen und ganzen die Resultate der Bestrahlung recht unbefriedigend sind. Nach Schmitz (95) Erfahrung können die Blutungen, Schmerzen, Sekretion durch die Bestrahlung zwar für einige Zeit günstig beeinflusst werden, diese Besserung ist jedoch nur vorübergehend und weitere Behandlung ist dann erfolglos. E. Müller (76) hält nur bei inoperablem Uteruskarzinom die Anwendung des Radiums in gewissen Fällen für zulänglich; bei chirurgischen Krebsen ist sie meist erfolglos.

Rezidive, besonders die weiter vorgeschrittenen, scheinen im allgemeinen weniger günstig durch die Bestrahlung beeinflusst zu werden, wie aus den Erfahrungen von Füth und Ebeler (37), Hammerschlag (42), Peham (bei Schauta, 91), Schmitz (95) u. a. hervorgeht. Dagegen empfiehlt Klein (59) die Rezidivbestrahlung und führt einen neuen Begriff „sekundäre Rezidivfreiheit" ein.

Schädigungen kamen früher infolge mangelhafter Technik und Überdosierung häufiger vor wie heute. Fälle wie der von Fischer (32) beobachtete dürften in Zukunft zu den grössten Seltenheiten gehören. Franqué (36) beschreibt einen Fall vollständiger **Anurie** infolge Kompression beider Ureteren durch Narbengewebe, entstanden nach lokaler Ausheilung eines inoperablen Kollumkarzinoms durch kombinierte Röntgen- und Radiumbestrahlung. Halban (41) veröffentlicht die klinische Krankengeschichte und den Obduktionsbefund einer wegen Uteruskarzinom mit Radium bestrahlten Patientin, bei der die Behandlung eine **Arrosion der Vena hypogastrica** zur Folge gehabt hatte. Es spricht dieser Fall dafür, dass man bei intratumoraler Applikation des Radiums mit Filterung und Dosierung besonders vorsichtig sein muss. Die Entstehung von **Fisteln** wurde u. a. von Baisch (10), Hammerschlag (42), Pobulinsky (84) und Latzko (bei Schauta, 91) beobachtet. Nach Baisch (10) schliessen sich die Scheidendarmfisteln in manchen Fällen im Laufe von Monaten nahezu vollständig und zwar spontan, so dass sie den Patientinnen fast keine Beschwerden mehr machen. Bumm (bei Hammerschlag, 42) hält die Entstehung von Fisteln infolge Mesothoriumanwendung für möglich; durch Röntgenbestrahlung ist sie jedenfalls eine Seltenheit. Eine der Patientinnen Kaestles (53) erlag einer **Peritonitis,** wahrscheinlich infolge der Radiumeinlage. Krönig (65) hat in einer grösseren Arbeit seine technischen Vorsorgen zur **Verhütung von Nebenschädigungen** bei der Behandlung tiefliegender und tiefgreifender Karzinome mit Radium und Mesothorium beschrieben. Der Grad der Nebenwirkung soll nach Ausschaltung der vom Metallfilter ausgehenden sekundären β-Strahlen durch Zusatzfilter, hauptsächlich von der Dosis der Anwendung und nicht von der Menge des Radiums und Mesothoriums abhängen. Lange (66) hat die unangenehmen **Allgemeinerscheinungen** nach der Bestrahlung (eigenartiger Geruch, Übelkeit, allgemeines Unwohlsein, Metallgeschmack, Ödem der behandelten Schleimhäute, Schwellung der Lymphdrüsen usw.) studiert und glaubt, dass Azidosis dabei eine Rolle spiele. Er sah gute Erfolge von Alkaliverabreichung vor und nach der Behandlung.

Allgemeines Exanthem nach lokaler Radiumbestrahlung wurde von Heineke (45) und von Adler und Amreich (4) beobachtet und beschrieben. In den beiden Fällen der letztgenannten Verfasser war der Zusammenhang mit Stauung und Resorption von Tumorzerfallsprodukten ganz klar.

Blutveränderungen durch Aktinotherapie werden von Mello (71), Nürnberger (78), v. Pfungen (82) und Treber (107) beschrieben. Nürnberger (78) fand im Anschluss an die Bestrahlung oder nach 1—2tägiger Latenzzeit eine akute Zunahme der Gesamtleukozyten und Neutrophilen mit Abnahme der Lymphozyten (Ursache des sog. „Katers"). Nach 1—3 Tagen beginnt der Ausgleich, der in der Regel nach etwa sechs Tagen vollkommen ist. Nach Ansicht Nürnbergers (78) ist bei sachverständiger Anwendung auch sehr grosser Strahlenmengen eine nicht auszugleichende Schädigung der Blutbildung nicht zu befürchten.

Von den **extrem hohen Strahlendosen** ist man ziemlich allgemein zurückgekommen und seitdem werden erheblich weniger Schädigungen konstatiert. v. Graff (39) hat mit ihnen anfänglich sehr schlechte Erfahrungen gemacht: von 11 zu stark bestrahlten Frauen sind 9 an den Folgen der Behandlung gestorben. Die Wertheimsche Klinik benutzt jetzt nur noch Dosen von 15, 20 und 94 mg Radium-Metalläquivalent. Auch Heimann (43) verwirft die extrem hohe Dosierung von Bumm und Warnekros. Bei einigen gegen die gewöhnliche Intensivbestrahlung — 50—100 X pro Sitzung — refraktärer Karzinome hat er sie angewendet und mehrere Hundert X in kürzester Zeit auf eine Hautstelle appliziert, aber der erwünschte Erfolg blieb auch so aus und es entstanden schwere Allgemeinerschei-

nungen, Dermatitiden und Schädigungen der Nachbarorgane. Heimann empfiehlt die gemässigte Intensivbehandlung.

Was die **Technik** der Bestrahlung betrifft, siehe man das Kapitel „Elektrizität usw." nach. Hier sei nur erwähnt, dass Stevenson (103), um eine möglichste Annäherung des Radiums an den Ort der Wirkung zu erzielen, Emanationsnadeln benutzt, die in einigen Fällen von umschriebenen Karzinomen einen entschieden günstigen Einfluss ausübten. Übrigens hat jeder, der sich längere Zeit mit der Bestrahlung befasst, sich langsam eine individuelle Technik ausgebildet, über die er bei der Veröffentlichung seiner Resultate berichtet. Von der angewendeten Technik hängt alles ab.

Röntgenbehandlung.

Man hat den Versuch gemacht, die **radioaktiven Stoffe** bei der Behandlung des Krebses **durch Röntgentiefentherapie zu ersetzen.** Inwiefern dies in physikalischer und praktisch-klinischer Hinsicht gelungen ist, darüber sind die Ansichten geteilt. v. Seuffert (98—100) legt auf **physikalischen Gründen** dar, dass mit Röntgenbehandlung beim Karzinom nicht gleichviel erreicht werden kann wie mit den radioaktiven Substanzen. Nach Salzmann (90) gelingt es, Karzinome mit sekundären Röntgenstrahlen zu beeinflussen. Auch Mac Intyre (69), Kienböck (57) und v. d. Velde (110) haben sich mit dieser Frage beschäftigt. Aus **klinischen Gründen** lehnen sowohl Kaestle (53), wie Bergonié und Speder (12), v. d. Velde (109) u. a. den Versuch, die Radiumbehandlung durch die Röntgenbestrahlung zu ersetzen, ab. Letzterer Autor hält Genesung des Gebärmutterkrebses nur durch Röntgenstrahlen zwar für möglich, für die Praxis aber ist die ausschliessliche Röntgenbehandlung viel zu kostspielig. Nach Bergonié und Speder (12) und ebenso nach Boggs (15) u. a. ist das nur in geringem Umkreise wirkende Radium nur brauchbar bei wenig dicken Geschwülsten; die grosse Durchdringungsfähigkeit des Röntgenlichtes ist günstig für die homogene Bestrahlung.

Von den meisten Autoren wird denn auch die **kombinierte Anwendung beider Strahlenarten** empfohlen. Die meisten, auch im Kapitel „Radium-, resp. Mesothoriumbestrahlung" erwähnten Erfolge, wurden mit dieser Methode erreicht. Von denjenigen die sich vorwiegend mit der **ausschliesslichen Röntgenbestrahlung** der Gebärmutterkrebse befassen, seien hier nur Archibald (8), Cole (22), Guggisberg und Steiger (40), Heimann (43), Pfahler (80) und Warnekros (112) erwähnt.

Ribbert (87), Tilling (105) und Witherspoon (114) beschäftigen sich mit der Histogenese des **Röntgenkarzinoms.**

Über die Technik der Röntgenbestrahlung ist im Kapite III „Elektrizität usw." berichtet. Hier sei nur auf das Filter-Verfahren von Kempster (56) hingewiesen. Die Erfolge sollen glänzend sein und rasch zu erreichen.

Karzinom und Schwangerschaft.

1. Russel, Andrews, Labour obstructed by carcinoma of the cervix without previous symptoms. Proceed. of the Royal Soc. of Med. 1914. Bd. 7. Nr. 9. S. 383.
2. Sullivan, R. Y., Pregnancy and carcinoma uteri. Washington Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 12. Dez. 1913. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 71. Nr. 448. S. 645. (Der Fall selbst ist in diesem Kapitel im vorigen Band dieses Jahresberichts referiert worden — Nr. 9. — Aussprache: Miller machte bei einem ähnlichen Fall Kaiserschnitt mit nachfolgender Wertheimscher Totalexstirpation. Die Operation war auffallend leicht, das Kind lebt und die Mutter blieb bisher drei Jahre rezidivfrei. Auf 2000 Schwangerschaften soll ein Uteruskarzinom vorkommen und etwa eine von 100 Karzinomkranken ist schwanger. Abbe möchte wissen, ob auch Karzinome anderer Organe während der Schwangerschaft schneller wachsen. Diese Erscheinung wird von Carr, soweit es Brustdrüsenkrebse betrifft, bejaht. Nach Willson soll den Abderhaldenschen Schutzfermenten dabei eine Rolle zukommen.)

Sarkome.

(Siehe auch unter „Myome“ und „Strahlenbehandlung der Myome“.)

1. Amann, J. A., Myosarkom des Ligamentum latum bei Gravidität. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk., Sitzg. vom 25. Jan. 1914. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 1. S. 102. (Kasuistisch. Rapides Wachstum eines wohl von der Uteruswand ausgehenden, ins Lig. latum hinein entwickelten Leiomyoma sarcomatodes. Der Uterus wurde samt dem Tumor im dritten Schwangerschaftsmonat entfernt. Tod am dritten Tage nach der Operation an Herzschwäche. Metastasen an der Radix mesenterii.)
2. — Demonstration zweier Fälle von Uterussarkomen mit Metastasen in den Lungen. Gyn. Ges. in München, Sitzg. vom 16. Dez. Bericht: Münchn. med. Wochenschr. 1916. Nr. 4. S. 130.
3. Bailey, C. H., Complement fixation in chicken sarcoma. New York Med. Record. Bd. 88. Nr. 10. S. 403.
4. Benthin, W., Zur Kenntnis der Carcinoma sarcomatodes des Uterus. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 60. Heft 1. S. 163. (Auszug siehe im Kapitel „Karzinome“, Nr. 13.)
5. Bürger, M., Untersuchungen über das Hühnersarkom. Zeitschr. f. Krebsforsch. 1914. Bd. 14. Heft 3. (Nicht gynäkologisch.)
6. Davies, T. B., Sarcoma of the cervix. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Bd. 8. Nr. 5. S. 43.
7. Decker, R., Ein Fall von Leiomyoma sarcomatodes und Schwangerschaft. Dissert. München. Febr.
8. Deutsch, A., Demonstration eines Sarcoma cervicis uteri fusicellulare. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 12. Mai 1914. Bericht: Wiener med. Wochenschr. Nr. 3. S. 151. (Präparat von einer 30jährigen Frau, vor sechs Monaten normal entbunden und seit zwei Monaten blutend. Uterus vergrössert und verbreitert. Cervixhöhle ausgebaucht, an der hinteren Wand ein kleinbirngrosser, derber Tumor; die Mukosa über demselben ist glatt. Seitlich vom Tumor ist die Mukosa uneben höckerig, neben der linken Seitenkante des Tumors eine linsengrosse Perforationsöffnung: Durchbruchsstelle des Tumors in die freie Bauchhöhle. Bei der Operation war das ganze Abdomen von weichen, geleeartigen Tumormassen angefüllt gefunden worden, die zum Teil frei in der Bauchhöhle lagen, zum Teil dem Genitale und dem Rektum dicht anhafteten.)
9. Engelhard, J. L. B., Demonstration zweier Präparate von Uterussarkom. Nederl. Gyn. Vereeniging, Sitzg. vom 28. Febr. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. Heft 4. S. 309—310. (Holländisch.) (1. 34jährige Frau, dauernder Blutverlust. Curettage: bröcklige Massen, histologisch Sarkom. Bei der Totalexstirpation wird im Uterus nur eine winzige sarkomatöse Stelle gefunden, jedoch hinter dem Ligamentum latum und im Mesokolon hinter der Leber grosse Metastasen [? eventuell der Primärtumor?]. — 2. 54jährige Frau, curettiert wegen Blutung, jedoch nichts gefunden. Sechs Monate später grosser Tumor uteri ohne Blutverlust, so dass an Gravidität gedacht wurde. Probecurettage: deutlich sarkomatöse Massen. Uterusexstirpation: gestielter sarkomatöser Tumor, der die Uterushöhle ausfüllt. Später Metastasen im Omentum und im Mesocökum. Erfolgreiche Exstirpation, die jedoch erst einige Monate zurückliegt.)
10. Fleischmann, K., Uterussarkom mit Scheidenmetastasen. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. März 1914. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. S. 165. Wiener med. Wochenschr. Nr. 3. S. 149. (Bei der 53jährigen Kranken war vor vier Monaten eine Scheidenmanschette mit vier in derselben sitzenden Sarkomknoten exstirpiert worden. Die Ausschabung des kleinfaustgrossen Uterus hatte ein negatives Resultat ergeben. Sieben Wochen später blutete die Kranke wieder. Der Uterus wurde nun samt Adnexen mittelst Laparotomie exstirpiert. Am Fundus fand sich ein walnussgrosser, knopfförmiger, in der Vorderwand des Korpus ein nahezu zitronengrosser Knoten. Letzterer war von einer muskulären Wand umgeben bis auf den unteren Pol, der, von einer Kapsel entblösst, frei in das Cavum uteri hineinsah. Die mikroskopische Untersuchung ergab denselben Befund wie bei den Scheidenknoten: Sarkom mit vielgestaltigen, verschieden grossen Zellen und Kernen, mit zahlreichen Riesenzellen. Die Schleimhaut war sowohl im Körper als in der Cervix frei von jeder Neubildung.)

11. Fränkel, E., und W. Klein, Studien über die chemische Ätiologie des Karzinoms nach Nowell. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 15. Heft 1. (Auszug siehe im Kapitel „Karzinome", Nr. 72.)
12. Fullerton, W. D., Uterine sarcoma. Report of two cases. Surg., Gyn and Obst. 1914. Bd. 19. Nr. 6. S. 711.
13. Gordon, O. A., Histogenesis of myosarcoma with report of 4 cases. Bull. of the Women's Hosp. at New York City. 1914. Bd. 1. Nr. 4. S. 19.
14. Halban, J., Demonstration. Ruptur eines sarkomatös degenerierten Myoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 9. Dez. 1914. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. S. 342. (Siehe im Kapitel „Myome", Nr. 21.)
15. Harmer, T. W., Efficiency of mixed vaccins (Coley) in inoperable sarcoma. Analysis of one hundred and thirty-four microscopically proved cases. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 172. Nr. 10. S. 388.
16. Hulisch, M., Über die Darstellung des Stützgerüstes der Sarkome mittelst der Tanninsilbermethode von Achucarro-Ranke. Dissert. München, April. Als Original erschienen i. d. Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 60. Heft 2. S. 245. (Die Tanninsilbermethode von Achucarro-Ranke wird auf Grund eigener Erfahrungen kritisch beschrieben. In Übereinstimmung mit Ranke ist Verf. der Ansicht, dass ein synzytialer Zusammenhang im mesenchymalen Plasma sowohl des jugendlichen Bindegewebes als auch in dem gewisser unreifer Bindesubstanzgeschwülste wahrscheinlich vorhanden sei. Der Rankeschen Einteilung der Sarkome in solche im Synzytium und solche ausserhalb dessen kann Hulisch nicht beistimmen. Er unterscheidet zwei Typen von unreifen Sarkomen nach ihrer synzytialen oder nichtsynzytialen Anordnung; reifere Typen bilden ihr Stützgerüst innerhalb ihres Plasmas sich selber, andere, jugendliche Formen erhalten ihr Stützgerüst aus dem präexistenten Bindegewebe. Diese nähern sich in ihrer Struktur manchmal den Karzinomen. Mit 1 Tafel und 2 Figuren.)
17. Klein, K., Demonstration eines Uterussarkoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 10. März 1914. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. S. 174. (Uteruswandsarkom, mit grösster Wahrscheinlichkeit sarkomatös umgewandeltes Myom, in das Cavum uteri eingebrochen. Die Schleimhaut ist überall vollkommen frei. Histologisch das Bild eines kleinzelligen, teils das eines mehr grosszelligen, teils eines Spindelzellensarkoms. Tubenschleimhaut beiderseits frei; die Ovarien zum Teil in ganz eigentümlicher Form erkrankt. Im Perisalpingium Geschwulstthromben in den Gefässen. — Auffallend war auch bei der 51 jährigen, seit einem Jahre im Klimakterium sich befindlichen Frau die starke Kolostrumbildung in beiden Brüsten.)
18. Klein, Fr., und Ch. H. Walker, Über eine Urinprobe, die für Karzinom- und Sarkomdiagnose von Nutzen ist. New Yorker med. Wochenschr. 1914. Nr. 5. (Siehe Kap. „Karzinome", Nr. 110.)
18a. Meyer, Leopold, 2 Tilfaelde af Sarcoma uteri. Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 3. Febr. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1773. (O. Horn.)
19. Morton, W. J., Imbedded radiumtubes in the treatment of cancer. Report of a case of sarcoma remaining cured 9 years after radiation. Med. Record. 1914. 28. Nov. S. 913.
20. Reuter, W., Über eine gutartige mesenchymale Geschwulst des Uterus von sarkomähnlichem Bau. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 17. Heft 1/3. (Bei einer 28 jährigen Frau fand sich in der Vorderwand des Uterus ein faustgrosser, zystischer Tumor, den der Verf. seines histologischen Aufbaues wegen nicht als Spindelzellensarkom, sondern als einen tumorförmigen, mesenchymalen Gewebskeim auffassen will, der im Zentrum embryonale Struktur beibehalten hat, an der Peripherie dagegen fortschreitende Ausdifferenzierung bis zu typischer glatter Muskulatur zeigt.)
20a. Seedorf, To Tilfaelde af Sarcom i Collum. Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 7. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1821—22. (O. Horn.)
21. Strong, L. W., The morphology and histogenesis of stromatogenous uterine neoplasms. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 71. Nr. 446. S. 230. (Auszug siehe im Kapitel „Myome", Nr. 53.)
22. Tappan, Interstitielle Omentum-Hernie und Sarcoma corp. uteri in derselben Person. Johns Hopkins Hosp. Med. Soc., Sitzg. vom 13. Mai. Bericht: Johns Hopkins Hosp. Bull. Nr. 294.

23. Taylor, K., Observations upon a rat sarcoma treated with emulsions of embryonic tissues (Preliminary Report). Proceed. of the Soc. for exper. Biol. and Med. Bd. 12. Nr. 8. S. 216.
24. Thaler, H., Sarkom und Karzinom im Uterus. Geb.-gyn. Ges. in Wien, Sitzg. vom 11. Mai. Bericht: Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27. S. 745.
25. Tsurumi, M., On sarcoma immunity in mice. Journ. of Pathol. and Bact. Bd. 20. Nr. 1. S. 76.
26. Weller, C. V., Age incidence in sarcoma. Arch. of int. Med. Bd. 15. Heft 4. S. 518. (Statistische Verwertung von 265 Fällen von mikroskopisch gesichertem Sarkom. Danach ist das 48. bis 52. Lebensjahr zumeist betroffen. Die Geschlechter machen keinen Unterschied. Die herkömmliche Ansicht, dass Sarkom mehr das jugendliche Alter befällt, bedarf somit einer Revision.)

Fränkel und Klein (11) konnten die Untersuchungen von Nowell über die chemische **Ätiologie** des Sarkoms nicht bestätigen. Die kristallisierbare Sarkomsubstanz bestand aus Zinkphosphat mit geringer Beimengung von Zinklaktat und erzeugte bei subkutaner Einimpfung auf Kaninchen riesenzellenhaltige, nicht metastasierende und nicht übertragbare Granulationsgeschwülste.

Die **Histogenesis** der Sarkome wurde von Gordon (13) und Strong (21) näher studiert. Letzterer stellte auf Grund eingehender genetisch-histologischer Betrachtungen die Verwandtschaft fest zwischen Sarkomen und Fibromen. Er berücksichtigt in seinen Betrachtungen besonders die Ansichten Meyers im Veitschen Handbuch und schlägt auf Grund seiner Anschauungen auffallende Veränderungen in der Nomenklatur der betreffenden Tumorbildungen vor.

Tsurumi (25) hat Untersuchungen angestelit über die **Sarkomimmunität** bei Mäusen. Baily (3) studierte die **Komplementbindung** beim Hühnersarkom. Weitere Untersuchungen an **Tiersarkomen** wurden von Bürger (5) und Taylor (23) publiziert.

Von einigen Sarkomfällen wird der **pathologisch-anatomische** und **histologische Befund** ausführlich wiedergegeben; so u. a. von Benthin (4), Deutsch (8), Klein (17) und Reuter (20). Letzterer Autor möchte aber den von ihm gefundenen zystischen Tumor nicht als einfaches Spindelzellensarkom auffassen, sondern als einen tumorförmigen, mesenchymalen Gewebskeim, der im Zentrum embryonale Struktur beibehalten hat und an der Peripherie dagegen fortschreitende Ausdifferenzierung bis zu typischer glatter Muskulatur zeigt. Speziell das Stützgerüst der Sarkome wurde von Hulisch (16) studiert mittelst der Tanninsilbermethode von Achucarro-Ranke. In Übereinstimmung mit Ranke ist dieser Autor der Ansicht, dass ein synzytialer Zusammenhang im mesenchymalen Plasma sowohl des jugendlichen Bindegewebes als auch in dem gewisser unreifer Bindesubstanzgeschwülste wahrscheinlich vorhanden sei. Der Rankeschen Einteilung der Sarkome in solche im Synzytium und solche ausserhalb dessen kann er jedoch nicht beistimmen. Von Amann (1) und Decker (7) werden zwei Fälle von Leiomyoma sarcomatodes publiziert, welche beide **mit Schwangerschaft kombiniert** waren.

Für unsere Kenntnis von der **Metastasenbildung** bei Sarkomkranken sind die von Amann (1 und 2), Engelhard (9) und Fleischmann (10) beschriebenen Fälle von Interesse, bei denen Metastasen gefunden wurden resp. an der Radix mesenterii, hinter dem Ligamentum latum, im Mesokolon, hinter der Leber, im Omentum, in der Scheide und in den Lungen.

Was den **Stoffwechsel** bei Sarkomen betrifft, sei auf die Veröffentlichung von Sykoff (Kapitel „Karzinome", 204) hingewiesen, aus der hervorgeht, dass Sarkome von erhöhten Oxydationsprozessen begleitet werden, während epitheliale Tumoren sich an Stellen mit herabgesetzter Oxydation befinden, was auch bei der Therapie von Bedeutung ist. Pesharskaja (Kapitel „Karzinome", 161) hat festgestellt, dass die **Alkaleszenz des Blutes** bei Sarkomen unverändert bleibt, während sie bei Krebskranken stark herabgesetzt ist. Er glaubt diese Befunde sogar differentialdiagnostisch verwerten zu können.

Klein und Walker (18) geben eine Urinprobe an, die für die **Sarkomdiagnose** von Nutzen ist. Sie stützt auf der Tatsache, dass bei malignen Erkrankungen Stoffe im Urin, Zystin und Tannin Reduktionsvorgänge erleiden. Die Methode soll sicher und genau sein. Die Verfasser scheinen sie aber nicht praktisch erprobt zu haben; Versuche fehlen.

Für die **klinische Diagnose** des Uterussarkoms sind die von Engelhard (9) und Fleischmann (10) publizierten Fälle von Interesse. In beiden hatte die Probecurettage ein negatives Resultat ergeben, während doch später nach der Exstirpation des Uterus Sarkom in denselben gefunden wurde

Deutsch (8) und Halban (14) beobachteten **Durchbruch** der Geschwulst **in die Bauchhöhle.** Bei der Patientin des letzteren waren heftige akute Erscheinungen eingetreten, deren diagnostische Richtigstellung Schwierigkeiten machte. Es handelte sich um ein nekrotisch gewordenes, sarkomatös entartetes gestieltes Myom.

Alle die im Kapitel „Karzinome" erwähnten, für die **Therapie** der Krebse in Betracht kommenden Methoden finden auch bei Sarkomen Anwendung. Lunckenbein (Kapitel „Karzinome", 131) hatte mit der **Autolysatbehandlung** gerade bei Sarkomen ausserordentliche Erfolge. Es ist erstrebenswert, eine möglichst kräftige Reaktion zu bekommen; die Injektionen müssen sehr lange fortgesetzt werden. Taylor (23) behandelte Rattensarkom mit Emulsionen embryonaler Gewebe. In keinem der Versuche von Fränkel und Fürer (Kapitel „Karzinome", 73) gelang es, durch artfremdes Serum Mäusesarkom zur Einschmelzung zu bringen oder das Wachstum desselben völlig zu hindern. Harmer (15) teilt die Erfahrungen der Vakzinebehandlung an 134 inoperablen Sarkomfällen mit.

Die **Strahlenbehandlung** scheint bei Sarkomen im allgemeinen günstig zu wirken, wenn auch nicht so sicher wie bei Krebsen (Dautwitz, Kapitel „Strahlenbehandlung der Karzinome", 23). Ein Fall von Morton (19) blieb jetzt seit neun Jahren geheilt. Auch Aikins und Simon (Kapitel „Strahlenbehandlung der Karzinome", 5) haben Sarkome mit Radium bestrahlt und teilen ihre histologischen und klinischen Befunde ausführlich mit.

Chorionepitheliome.

1. Amann, J. A., Destruierende Blasenmole. Gyn. Ges. in München, Sitzg. vom 20. Mai. Bericht: Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. S. 923. Als Original erschienen i. d. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1916. Bd. 43. Heft 1. S. 11. (Patientin, 49 Jahre, 6 Geburten, letzte 1908, 2 Aborte, letzten Abort — im zweiten Monat — vor 5 Monaten. Nach dreimonatlicher Amenorrhoe plötzlich starke Blutung. Neben dem vergrösserten Uterus findet sich im rechten Parametrium ein unregelmässiger, ca. apfelgrosser Tumor. Abdominale Totalexstirpation. Ein Teil des Tumors muss an der Beckenwand zurückgelassen werden. Glatte Heilung. 9 Wochen nach der Operation zeigt sich der Rest des Tumors bedeutend verkleinert. Mikroskopisch: Blasenmole mit reichlichen Wucherungen des chorialen Epithels. — Im Original 2 Abbildungen des makroskopischen Präparates auf 2 Tafeln.)
2. Aschheim, S., und S. Meidner, Erfahrungen mit intensiver Mesothorbestrahlung bei gynäkologischen Karzinomen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1. S. 82. (Siehe Referat im Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 9. Unter den behandelten Tumoren ist auch ein nach Totalexstirpation des Uterus rasch rezidiviertes Chorionepithelioma malignum. An dieser Patientin ging eine Bestrahlung von ca. 6000 mg-Stunden spurlos vorüber; sie schied in einem ganz desolaten Zustande aus der Behandlung aus und konnte leider nicht weiter verfolgt werden. — Krankengeschichte und Bestrahlungsbericht.)
3. Böhi, P., Über Chorioma malignum. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. S. 832.
4. — Über Chorioma malignum. Arch. f. Gyn. Bd. 104. Heft 2. S. 214.
5. Bovee, J. W., A case of chorio-epithelioma malignum complicating a two-month pregnancy and a degenerated uterine fibroma. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 4. S. 405.
6. Clark, J. G., Radium treatment of chorionepithelioma. Obst. Soc. of Philadelphia. Sitzg. vom 4. Febr. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 451. S. 160. (Diskussionsbemerkung. Grosse Geschwulst am Scheidenamputationsstumpf nach Hysterektomie und eine zweite in der linken Scheidenwand, übergehend auf die Beckenwand und den Ureter. Die Bestrahlung hatte das vollständige Aufhören der Blutungen und Schrumpfen der Tumoren bis auf kleine Reste zur Folge. Wenn die Patientin auch trotzdem an Metastasen sterben wird, war doch der direkte Erfolg der Bestrahlung wunderbar.)
7. Cooke, J. V., Chorio-epithelioma of the testicle. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Bd. 26. Nr. 292. S. 215. (Bericht über 46 Fälle aus der Literatur und einem eigenen Fall. 26jähriger kräftiger Mann im Koma ins Krankenhaus eingeliefert. Seit fünf Tagen Krämpfe, Hämatemesis, Temperatursteigerung. Geschwulst des Hodens,

Schwellung und kolostrumartige Absonderung aus den Brüsten. Bei der Sektion wurde die Diagnose mikroskopisch gestellt. Metastasen in allen Organen.)

8. Engelhorn, Demonstration eines Chorioepithelioms. Med.-naturwiss. Ges. zu Jena, Sekt. f. Heilk., Sitzg. vom 24. Juni. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34. S. 907. (40jährige Frau; acht normale Geburten; eine Fehlgeburt vor einem Jahr; immer regelmässige Blutungen. Plötzlich auftretende innere Blutung aus einer von den Tumormassen arrodierten Arterie des Uterusfundus. Verblutung in die Bauchhöhle; Metastasen in beiden Lungen und in der Scheide.)
9. Ford, W. M., Hydatiform mole, chorioepithelioma and bilateral corpus lutein cyst. New York Obst. Soc., Sitzg. vom 9. März. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 452. S. 333. (Kasuistisch. Makroskopischer und mikroskopischer Befund bei einer 20jährigen Frau. Erste Gravidität. Die Luteinzysten sollen Folge der Blasenmole sein: nach Entfernung derselben gehen sie spontan zurück. Es soll sich dabei um den verstärkten Vorgang wie bei jeder normalen Schwangerschaft handeln. Die Zysten sollen immer vorhanden sein. — Aussprache: Brettauer; Frank; Vineberg verneint das regelmässige Vorhandensein der Zysten. Auch er hat einen Fall von Chorionepitheliom bei einer 20jährigen Frau in der ersten Schwangerschaft beobachtet. Das spontane Zurückgehen der Zysten nach Entfernung der Mole ist ihm zweifelhaft; in einem Falle hat er es nicht beobachtet; Strong weist darauf hin, dass die Zysten keine Neubildungen sind und Rückgang also möglich ist. Polak geht auf die Indikation zur Mitentfernung der Ovarien bei Hysterektomie wegen Chorioepitheliom ein; Vineberg sagt, dass nach neueren Statistiken 16% der Blasenmolen Chorioepitheliom nach sich ziehen und 50% der Chorioepitheliome von Blasenmolen vorangegangen sind.)
10. Fritze, E., Beitrag zur Kenntnis der Chorionepitheliome beim Manne. Dissert. Kiel. Als Original erschienen i. d. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 15. Heft 1. (Ein Fall von teratomatöser Geschwulst des Hodens mit typischen chorionepitheliomatösen Metastasen in der Lunge, Leber, Niere, Nebenniere, Gehirn, Schädeldach, Därmen, Magen und zahlreichen Lymphdrüsen, bei völligem Fehlen chorionepitheliomatösen Gewebes im Primärtumor. Als Entstehungsweise der Metastasen ist Abkunft von fötalen Ektodermzellen anzunehmen.)
11. Geist, S., Chorioepithelioma. New York Acad. of Med., Abt. f. Geb. u. Gyn., Sitzg. vom 23. Febr. Bericht: Med. Record. 9. Okt. S. 626.
12. Giles, A. E., Chorionepithelioma in a woman aged 50. Proceed. of the royal Soc. of Med. 1914. Bd. 8. Nr. 2. S. 10.
13. Mc Clellan, Chorionepitheliom. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn., Sitzg. vom 14. bis 16. Sept. Bericht: Med. Record. 23. Okt. S. 721.
14. Outerbridge, G. W., Chorion-epithelioma with severe intraperitoneal hemorrhage. Pathol. Soc. of Philadelphia, Sitzg. vom 12. Nov. 1914. Bericht: Med. Record. 1914. 29. Dez. S. 1108. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 71. Nr. 447. S. 504. (Kasuistisch. Der Tumor war im Fundus lokalisiert und nach der Oberfläche durchgebrochen. Nach innen zu war das Endometrium vollkommen unversehrt.)
15. Rockafellow, J. C., Chorio-Epithelioma; report of an unusual case. Jowa State Med. Soc. Journ. Bd. 5. Nr. 10. S. 449.
16. Schwarz, E., A case of chorioepithelioma uteri with large bilateral lutein cystomata of the ovary. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 72. Nr. 454. S. 645. (Kasuistisch. Mit photographischer Wiedergabe des makroskopischen und dreier mikroskopischer Präparate. Die Kombination von Chorioepitheliom des Uterus und Luteinzysten des Ovariums soll häufig vorkommen. Nach Entfernung der malignen Neubildung gehen die Luteinzysten von selbst zurück. Die Zellen, welche die Zyste umgeben, sind Thekaluteinzellen, aus dem Stroma ovarii entstanden. Im allgemeinen kann man sagen, dass es sich um übernormale Bildung von Luteingewebe handelt; mehr wie bei einer normalen Schwangerschaft. Diese Hypertrophie findet man aber nur bei Blasenmole oder Chorioepithelioma uteri.)
17. Seitz, A., Über das primäre Chorionepitheliom des Ovariums. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 1. S. 244. (Bei einer 27jährigen Frau, in deren Anamnese fünf normale Geburten, keine Aborte oder Blasenmolen zu verzeichnen sind, findet sich zwei Monate nach dem letzten normalen Partus ein Tumor des rechten Ovariums, der sich mikroskopisch als Chorionepitheliom erweist, das dort primär entstanden sein muss, da sich trotz eingehender Untersuchung kein Anhaltspunkt für eine primäre

Tumorbildung im Uterus auffinden lässt. Der Fall verlief bald nach dem Austritt aus der Klinik tödlich.)

18. Strasser, A. A., The clinical and pathological features of chorioepithelioma malignum. With report of three cases. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Bd. 71. Nr. 447. S. 441. (Kritische Betrachtungen über Ätiologie und Histo-Pathologie dieser malignen Tumorbildung. Drei selbstbeobachtete Fälle werden ausführlich beschrieben und abgebildet. Es war in allen kurze Zeit vorher eine Fehlgeburt vorangegangen. — 3 photographische Abbildungen der makroskopischen Präparate und 5 Mikrophotogramme. Literatur im Text.)

19. Woenckhaus, E., Ein Fall von Synzytiommetastasen ohne Primärgeschwulst. Dissert. Greifswald. Mai.

Von grossem Interesse sind die **Ovarialveränderungen** bei malignem Chorionepitheliom Sie werden von Ford (9) und Schwarz (16) beschrieben. Am auffallendsten sind die meist beiderseits vorhandenen **Luteinzysten.** Wenn es sich dabei auch nur um den verstärkten Vorgang wie bei jeder normalen Schwangerschaft handelt, so soll diese Hypertrophie des Luteingewebes doch nur bei Blasenmole und Chorioepithelioma uteri vorkommen. Nach Entfernung der malignen Neubildung gehen die Luteinzysten in den meisten Fällen anscheinend von selbst zurück.

Nach Vineberg (bei Ford, 9) sind 50% der Chorionepitheliome von **Blasenmole** vorangegangen und 16% der Blasenmolen sollen Chorionepitheliom nach sich ziehen. Jedoch kommt Chorionepitheliom auch **nach Abort** vor, Zeuge die Fälle von Amann (1) und Strasser (18) und sogar schon gelegentlich der **ersten Schwangerschaft,** wie aus den Publikationen von Ford (9), Vineberg (bei Ford, 9) und Bovee (5) hervorgeht.

Sehr interessant ist die Beobachtung von Seitz (17), der ein **primäres Chorionepitheliom im Ovarium** fand. Trotz eingehender Untersuchung liess sich kein Anhaltspunkt für eine primäre Tumorbildung im Uterus auffinden. Auch war keine Blasenmole und kein Abort vorangegangen; die Frau war zwei Monate vorher normal, spontan niedergekommen.

Ferner sind wieder zwei Fälle von Chorionepitheliom **beim Manne** publiziert worden: von Cooke (7) und Fritze (10) je einer, und ersterer Autor stellt nun schon 46 derartige Fälle aus der Literatur zusammen. Beide Patienten hatten Metastasen in allen Organen.

Was die **Metastasierung** betrifft, dürfte der Fall von Woenckhaus (19) interessieren, der bei einer Patientin Synzytiummetastasen fand ohne Primärgeschwulst.

Von klinischem Interesse sind die Fälle von Engelhorn (8) und Outerbridge (14); es entstand durch Arrosion von Gefässen im Uterusfundus **Verblutung in die Bauchhöhle.**

Über den Erfolg der **Strahlenbehandlung** der Chorionepitheliome sind die Ansichten vorläufig geteilt. An einer Patientin von Aschheim und Meidner (2) ging eine Einwirkung von 6000 mg-Stunden Mesothorium spurlos vorüber; bei einer von Clark (6) in derselben Weise behandelten Frau war der Erfolg, wie der Autor meint, wunderbar, da die Blutungen schwanden und der Tumor selbst bis auf kleine Reste zusammenschrumpfte.

Sonstiges.

1. Amann, J. A., Über Fibroadenoma fornicale (Serositis fibroadenomatosa recto-cervicalis). Gyn. Ges. in München, Sitzg. vom 20. Mai. Als Original erschienen i. d. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 6. S. 492. (Auszug siehe im Kapitel „Myome" Nr. 2.)

2. Cullen, Th. S., Unusual cases illustrating points in diagnosis and treatment. Surg. Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 3. S. 255. (Darunter wird ein Fall beschrieben von Adeno myom des Septum recto vaginale.)

3. Decio, C., L'associazione neoplastico-inflammatoria nei genitali muliebri. La Clin. ost. Bd. 17. Nr. 5.

4. Fries, F. K., Über zwei Fälle von Adenomyositis uteri mit Übergreifen auf das rektale Gewebe. Dissert. Heidelberg. Jan.

5. Grad, H., Hyperplasia adenomatosa endometrii bei einem 19jährigen Mädchen. Bull. of the Womens Hosp. New York. Bd. 1. Heft 1. S. 19.
6. Hellier, J. B., Multilocular cystic tumor of the uterus. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1914. Bd. 26. Heft 4/6. S. 228.
7. Mayer, A., Über Parametritis und Paravaginitis posterior mit heterotoper Epithelwucherung (Adenomyositis uteri et recti). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 5. S. 403. (Auf Grund eines sehr eingehenden Literaturstudiums und fünf eigener Fälle macht Verf. Angaben über die klinischen Erscheinungen, Genese, histologischen Bau und Behandlung der obengenannten Tumoren. Der epitheliale Anteil soll in der Regel aus der Serosa der Gebärmutter, in manchen Fällen jedoch aus Lymphgefässen oder Scheidenschleimhaut (Stratum basale) entstehen. Das Stroma entsteht aus dem Bindegewebe des Uterus. Wahrscheinlich ist eine entzündliche Bindegewebswucherung das Primäre und bahnt diese dem Epithel den Weg. — Klinisch sowohl wie histologisch machen die Tumoren unzweifelhaft den Eindruck der Malignität. Doch ist dem nicht so. Nach Entfernung des primären Herdes (Uterus und Tumor) auf operativem Wege, verschwinden die Ausläufer in die Umgebung und besonders die in die Rektumwand ganz von selbst. Es handelt sich also nicht um echte Neoplasmen, sondern nur um entzündliche Gewebshyperplasien. Diese gehen zurück, wenn der Haupttumor entfernt ist. Resektion des Rektums sowie Auspräparieren der Ureteren ist bei der Operation infolgedessen nicht nötig. Rezidiv, ausgehend von zurückgebliebenen Gewebsresten, ist nicht zu befürchten. Auch wurde bisher niemals die Entstehung eines malignen Tumors auf dem Boden einer Adenomyositis uteri et recti wahrgenommen. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Rektumkarzinom, fixierte Retroflexio, Tuberkulose der Genitalorgane, alte Entzündungsherde im Douglas und eventuelle Folgen, Versuche krimineller Fruchtabtreibung. Unter den klinischen Symptomen treten oft unerträgliche Schmerzen in den Vordergrund. — Literatur.)
8. Papatheophilon, Ch., Die in der Frauenpoliklinik der Charitee im Jahre 1912 behandelten gynäkologischen Erkrankungen und die Beziehungen der einzelnen Affektionen zum Alter und zu Partus und Abortus. Dissert. Berlin. Jan.
9. Petty, O. H., and R. L. Pitfield, Enormous tumor (92 pounds) of the uterus. Med. Record. Bd. 87. Nr. 2. S. 62.
10. Smith, A., An unusual degeneration of the cervix. Royal Acad. of Med. in Ireland Sitzg. vom 12. März. Bericht: Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 7. Heft 1. S. 41. (60jährige Frau, seit 10 Jahren in der Menopause, seit einigen Monaten schleimiger, nicht blutiger, nicht übelriechender Ausfluss. Bei der inneren Untersuchung wurde gefunden, dass die Portio, die Innenwand der Cervix und der Uterushöhle total zerfallen waren. Danach Blutung. Durch Curettage wurde hirnartig weiche Masse entfernt. Mikroskopisch wurde darin nur mukös polypöses Gewebe gefunden, nichts malignes.)
11. Stevens, T. G., Adenomyoma of the rectovaginal septum. Geb. u. Gyn. Abt. der Royal Soc. of Acad., Sitzg. vom 1. Juli. Bericht: Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 27. Heft 3/5. S. 150. (Sechs Fälle. In fünf Zusammenhang mit der hinteren Wand der Cervix uteri, in vier war die Wucherung bis in die Rektummuskulatur durchgedrungen und das Peritoneum fest mit ihm verwachsen. Die Symptome standen in keinem Falle mit der Neubildung als solcher direkt in Zusammenhang. Histologisch immer dasselbe Bild eines diffusen Adenomyoma, wie sonst auch im Uteruskörper gefunden wird.)

XI.

Physiologie und Pathologie der Menstruation.

Referent: Prof. Dr. Reifferscheid, Bonn.

1. Aschheim, S., Zur Histologie der Uterusschleimhaut. (Über das Vorkommen von Fettsubstanzen.) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. (Das Vorkommen von Lipoiden in wirklich auffallenden Mengen bei der geschlechtsreifen Frau ist hauptsächlich gebunden an das prämenstruelle Stadium. Besonders ganz kurz vor den Menses und während derselben weist die Schleimhaut reichlich Lipoide in ihren Epithelien auf. Mit der Menstruation schwinden diese aus den Epithelien, im Intervall findet man selten und meist nur wenig Fettkörnchen im Epithel.)
2. Barth, Otto, Über das Vorkommen menstrueller Blutungen nach restloser Entfernung beider Ovarien. Inaug.-Diss. Strassburg.
3. Carstens, J. H., Remove the uterus instead of the ovaries for incurable cases of menstrual disorders. Amer. Journ. of Obst. Nov. (Carstens empfiehlt bei schweren auf andere Weise nicht heilbaren Störungen der Menstruation die Exstirpation des Uterus mit Erhaltung der Ovarien.)
4. Castelli, G., Menopausa ed apparato circolatorio. Rivista critica di clin. med. Nr. 35 und Nr. 36. (Italienisch.) (Übersicht der Literatur über den Zusammenhang zwischen Menopause und Blutkreislauf. Die Behandlung wird besonders gewürdigt.) (Lamers.)
5. Clark, J. G., The logical interpretation of menstrual irregularities. Transact. of the New York. Acad. of Med. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. August. (In der Mehrzahl von Uterushämorrhagien liegt die Quelle der Störung bei jungen Individuen im Ovarium, bei älteren im Uterus.)
6. Crawfurd, R., Notes on the superstitions of menstruation, read before the Historical Section of the Royal Society of Medicine on Dec. 15. Lancet. Nr. 4816. 18. Dez.
7. Driessen, L. J., De invloed der Röntgenstralen op de menstruatie. (Der Einfluss der Röntgenstrahlen auf die Menstruation.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 26. S. 2226—2240. (Holländisch.) (Verf. teilt ausführlich seine Erfahrungen an 9 Patientinnen im klimakterischen Alter mit, bei denen es ihm gelang, die Menorrhagien in Amenorrhoe überzuführen. Verabreicht wurden 36—192 X in 85—554 Minuten, je nach dem Alter der Patientinnen. Die günstigste Zeit zur Bestrahlung ist die erste Hälfte des Intermenstruums, möglichst unmittelbar nach Ablauf der Menstruation. Ausser einem Fall von starker reflektorischer Nervosität im Anschluss an jede Bestrahlung [nicht durch die Röntgenstrahlen] bei einer Hysterischen wurden keine nachteiligen Folgen beobachtet. — Seine Erfahrungen und früheren Untersuchungen haben Verf. näher gebracht zum Verständnis der Menstruation. Er ist geneigt, die monatliche Evolution der Gebärmutterschleimhaut teleologisch aufzufassen als Vorbereitung zur Eieinbettung. Diese Evolution zerfällt in folgende Stadien: 1. Degeneration und Nekrobiose während der Menstruation (= Menstruation); 2. Regeneration nach der Menstruation (= Postmenstruum); 3. Proliferation zwischen zwei Menstruationen (= Intervall) und 4. Sekretion vor der Menstruation; Deciduabildung (Prämenstruum). Bei einer Untersuchung nach dem Vorkommen eines Corpus luteum in operativ gewonnenen Eierstöcken von Frauen, bei denen das Datum der letzten Menstruation genau bekannt war, wurde niemals ein frisches Corpus luteum gefunden innerhalb der ersten zwei Wochen nach der Menstruation [van Kesteren, 48 Fälle]. Verf. selbst beobachtete in 125 Fällen, dass die Glykogenbildung in der normalen Gebärmutterschleimhaut immer am 14. bis 16. Tage nach der Menstruation anfing. Aus allem geht hervor, dass die Ovulation nicht mit der Menstruation zusammenfällt, sondern im Intervall stattfindet, wie auch Fraenkel, Meyer, Runge und Schroeder annehmen. Die Menstruation ist zu betrachten als eine von Blutung begleitete Abstossung der nicht mehr zur Eieinbettung geeigneten Gebärmutterschleimhaut. Im

Lichte dieser Hypothese wird der Einfluss der Röntgenstrahlen auf den Menstruationsprozess und seine besondere Stärke gleich nach Ablauf der Menstruation verständlich. Die Bedeutung des Corpus luteum wird immer klarer; unter seinem Einfluss finden monatlich morphologische und biochemische Veränderungen im weiblichen Genitalapparat statt, die mit denen in der Schwangerschaft qualitativ übereinstimmen.)
(Lamers.)

8. Ebeler, Zur Behandlung genitaler Blutungen mit Tampospuman. Frauenarzt. Nr. 4.
9. Ebeler, F., Über Menstruationsverhältnisse nach gynäkologischen Operationen. Zentralbl. f. Gyn. Heft 8 und 9. (Nach Abortausräumungen war in 50% der Eintritt der ersten Periode mehr oder weniger gestört, diese Unregelmässigkeit schwand aber in der Folgezeit. Bei Endometritis blieb die Abrasio meist ohne jeden Einfluss auf den Menstruationstypus, besonders bei Operationen im Intermenstruum. Im übrigen ist nach gynäkologischen Operationen das Auftreten der ersten Menstruation wenig konstant. Nach Eingriffen an den Ovarien ergab sich folgendes Ergebnis: Wenn die erste Periode früher oder später als zu erwarten gekommen ist, so erscheint die nächste Periode weitaus in den meisten Fällen in regelmässigem Abstand von ca. vier Wochen, nur hin und wieder mit einigen Tagen, selten mit grösserer Verspätung. Die dritten Perioden blieben unbeeinflusst.)
10. Ehrenfest, H., Die Wiederkehr der Menstruation nach der Geburt. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Oct. (Auf Grund statistischer Untersuchungen an 257 Fällen kommt Ehrenfest zu dem Resultat, dass in mehr als 50% aller stillenden Frauen die Menstruation innerhalb 12 Wochen nach der Geburt wiederkehrt, in mehr als 80% vor dem Aufhören der Laktation. Bei Primiparen sind diese Prozentzahlen noch grösser.)
11. Frommberger, E., Über die praktische Bedeutung der postoperativen Ausfallserscheinungen. Inaug.-Diss. Rostock. (Ausfallserscheinungen treten postoperativ in verschiedener Art auf, der grösste Teil der Operierten aber bleibt verschont. Sie sind meist gering, nur in den allerseltensten Fällen können sie die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen.)
12. Gumprich, Grete, Der Einfluss der Menstruation auf das Blutbild bei gesunden Individuen. Inaug.-Diss. Strassburg 1914.
13. Herzog, W., Ein Fall von allgemeiner Behaarung mit heterologer Pubertas praecox bei dreijährigem Mädchen (Hirsutismus). Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. (Ein Individuum von $3^1/_2$ Jahren mit normalen äusseren und soweit tastbar inneren weiblichen Geschlechtsorganen zeigte seit Ende des zweiten Lebensjahres proportioniert verstärktes Wachstum des ganzen Körpers und der Sexualorgane, geistige Frühreife, starke Haarentwicklung am ganzen Körper, Bartbildung, vergrösserte Klitoris und heterologes Verhalten der sekundären Geschlechtsmerkmale [Pseudohermaphroditismus secundarius, Alban]. Alle diese Symptome stimmen mit dem von Apert gezeichneten Krankheitsbild, dem sog. Hirsutisme, überein. Von einer sicheren Diagnose auf Hirsutismus kann keine Rede sein, da Tumoren der Nebennieren nicht nachweisbar sind. Diese Diagnose bleibt aber die wahrscheinlichste, da auf Grund der eingehenden Untersuchung sowohl eine Affektion der Zirbeldrüse als der Hypophyse, als auch krankhafte Veränderungen oder Tumoren der Keimdrüsen auszuschliessen sind.)
14. Hoehne, O., Über Ursachen und Therapie, speziell Organotherapie der Menorrhagien. Jahreskurs f. ärztl. Fortbild. Juli.
15. Hoke, Edmund, Medikamentöse Behandlung der Dysmenorrhoe. Therap. d. Gegenw. Nr. 9. (Empfehlung von Codein 0,03 + Salipyrin 0,5 drei- bis sechsmal täglich.)
16. Jolly, Ph., Menstruation und Psychose. Habilitationsschrift. Halle a. S. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 55. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. (Eine eigentliche Menstruationspsychose gibt es nicht, wohl aber Fälle, die Beziehungen zu Menstruation aufweisen. Es handelt sich bei den Menstruationspsychosen häufig um Manien, um in Anfällen verlaufende hebephrenische und katatonische Psychosen, um Fälle von Amentia und Hysterie, seltener um melancholische Geistesstörungen. Häufigkeit der Menstruationspsychosen und der Einfluss der Menses auf chronische Psychosen wird oft überschätzt. Menstruationsstörungen bei Psychosen sind häufig. Amenorrhoe findet sich besonders bei akuten Psychosen.)
17. Köhler, Robert, Beitrag zur Organotherapie der Amenorrhoe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. (Es wurden Versuche in drei Richtungen gemacht. Einmal wurden Luteo- und Ovoglandol-Substanzen injiziert, um den angenommenen Ausfall von Ovarialhormonen zu ersetzen, dann Pituglandol, das als Hypophysenextrakt auf die Ovarial-

tätigkeit stimulierend wirkt, und schliesslich Enteroglandol, ein Extrakt der Dünndarmschleimhaut, um zu sehen, ob die Wirkung der Organpräparate eine spezifische ist, oder auch mit anderen Organextrakten zu erzielen ist. Es zeigte sich, dass mit den scheinbar ganz differenten Präparaten Luteoglandol und Enteroglandol eine ganz identische und gute Wirkung bei Amenorrhoe zu erzielen war. Als wirksame chemische Agenzien in den Extrakten sind proteinogene Amine anzunehmen, während wahrscheinlich der spezifische Anteil der Drüse nicht entsprechend zur Lösung und hiermit auch nicht zur Wirkung kommt.)

18. Kramer, Anna, Das anatomische Verhalten der Uterusschleimhaut bei klimakterischen Blutungen. Inaug.-Diss. Strassburg 1914.
19. Laux, Über menstruelle Temperatursteigerungen bei Lungentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 22. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (Verf. fand Fieber prämenstruell bei 0,6%, intramenstruell bei 1,6%, postmenstruell bei 0,4% der weiblichen Phthisiker. Ein diagnostischer Wert kommt den menstruellen Temperaturanstiegen bei Lungentuberkulose nicht zu.)
20. Leighton, A. P., The use of luteum extract in the treatment of menstrual disorders. Amer. Journ. of Obst. Nov (Leighton empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen die Anwendung von Corpus luteum-Tabletten zur Behandlung der funktionellen Amenorrhoe, der nervösen Störungen bei der natürlichen, artefiziellen und vorzeitigen Menopause, der Fälle mit ungenügender Ovarialfunktion, zu denen in erster Linie die Dysmenorrhoe gehört.)
2. Llevy-Dupan, Behandlung der Dysmenorrhoe mit Jodtropon. Schweizer Korrespondenzbl. 1914. Nr. 49. (Jodtropon ist ein zuverlässiges Mittel zur Beseitigung der essentiellen Dysmenorrhoe. Man gibt dreimal täglich 1—2 Tabletten kurz vor Beginn der Menstruation bis zum Ende derselben.)
22. Lommen, H. A. M. E., Een geval van dermatitis dysmenorrhoica symmetrica. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 7. (Hämorrhagisches. papilläres Exanthem über den ganzen Körper bei einem 18jährigen Mädchen während der Menstruation sich ausbreitend und mittelst Liq. Fowleri innerlich gegeben geheilt. Bis jetzt sind erst sieben derartige Fälle bekannt.) (Mendes de Leon.)
23 Lorenz, Walter, Über Beziehungen zwischen Auftreten der ersten Menstruation und engem Becken. Inaug.-Diss. Jena 1914.
24. Morton, R. S., Dysmenorrhea. New York State Journ. of Med. Jan.
25. Novak, A Study of the relation between the degree of menstrual reaction in the Endometrium and the clinical character of menstruation. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 21. Nr. 3.
26. O'Reilly, Observations on the intrabasal Treatment of Dysmenorrhoea. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 634 u. 688. (Sechs erfolgreiche Fälle.)
27. Riddle Goffe, J., Die biochemische Funktion des Endometriums bei der Ätiologie von Metrorrhagie und Menorrhagie. New York. Med. Journ. Vol. 100. Nr. 3. 1914. (Verf. sieht den Grund für die Ungerinnbarkeit des Menstrualblutes und ebenso für die langdauernden Blutungen pathologischer Art in der Beimengung einer gerinnungshemmenden Substanz.)
28. Scheltema, M. W., De afwijkingen in het bloedbeeld der ziekten met inwendige afscheiding. (Die Veränderungen des Blutbildes bei Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 21. S. 1767. (Holländisch.) (Es wurden auch in 16 Fällen von Menstruationsstörungen — Dysmenorrhoe, Hypermenorrhoe, Amenorrhoe — die Veränderungen des „weissen Blutbildes" untersucht. Resultate in einer Tabelle.) (Lamers.)
29. *Schröder, R., Anatomische Studien zur normalen und pathologischen Physiologie des Menstruationszyklus. Arch. f. Gyn. Bd. 104.
30. Schultze, W. H., Tödliche Menorrhagie in einem Falle von Thyreoaplasie mit Hauptzellenadenom der Hypophyse. Virch. Arch. Bd. 216.
31. Segmüller, Heinrich, Über Ausfallserscheinungen und Folgezustände nach doppelseitiger Ovariotomie. Inaug.-Diss. Erlangen 1914. (Nach doppelseitiger vollständiger Ovariotomie bleiben die Menses dauernd aus. Das Lebensalter spielt hierbei keine Rolle. Zu vikariierenden Blutungen kann es kommen, muss es aber nicht. Die sog. Ausfallserscheinungen stehen in engster Beziehung zum Ausfall der Funktion der Keimdrüsen. Durch die Kastration wird das körperliche Befinden der Frauen nur gering oder gar nicht geschädigt, betr. des psychischen Befindens lässt sich Bestimmtes

nicht sagen. Die Zunahme des Körpergewichts liegt in der individuellen Disposition, die Kastration übt höchstens einen indirekten Einfluss aus.)

32. Sielmann, R., Hundert Fälle von Frauenleiden mit Röntgenstrahlen behandelt. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 22. (Myome, Metropathien, klimakterische Blutungen und Dysmenorrhoen sind in den meisten Fällen durch Röntgenbestrahlung mit kleinen und mittleren Dosen der Heilung zuzuführen.)

Schröder (30) hat in einer breit angelegten Arbeit seine bekannten Untersuchungen über die Menstruation fortgesetzt. Der erste Teil seiner Arbeit beschäftigt sich mit der normalen Physiologie der Menstruation. Schröder hat von 709 Fällen die normalen Verhältnisse des menstruellen Zyklus vom anatomischen Standpunkt aus noch einmal durchuntersucht und kommt auf Grund derselben zur Darstellung des regelmäßigen Zyklus mittelst eines sehr instruktiven Diagramms.

Seine Untersuchungen erweisen, daß der gesamte Menstruationszyklus, bestehend in der Ovarial- und Endometriumsfunktion sehr widerstandsfähig gegen pathologische Reize der verschiedensten Art ist. Das Dominierende ist das Ei selbst. Der reifende Follikel bedingt die proliferative Phase, bestehend in Hochschichtung der funktionellen Schicht des Endometriums durch Stromawachstum und -Lockerung und Drüsenverlängerung und -Vergrößerung. Das Corpus luteum bedingt die Sekretion in dieser proliferierten Schleimhaut als sekretorische Phase, früher prämenstruelle Schwellung. Beim Eitod stellt das Corpus luteum seine Funktion ein und die Schleimhaut wird in ihrer funktionellen Schicht vollständig abgestossen; die Wunde der Basalschicht deckt sich schnell wieder mit Oberflächenepithel.

Ovulation und Menstruation alternieren also und zwar so, dass bei regelmässiger vierwöchentlicher Menstruation die Ovulation auf den 14.—16. Tag anzusetzen ist.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Pathologie und pathologischen Anatomie des Menstruationszyklus. Es ergab sich eine Teilung der Fälle, die auf Grund ihres anatomischen Schleimhautbaues als pathologisch anzusehen waren, in solche, bei denen schwer entzündliche Erscheinungen im Vordergrunde standen und in die hyperplastischen mit vorwiegend progressiven hyperplastischen Schleimhautveränderungen.

In einer überwiegend grossen Zahl von Endometritiden im eigentlichen pathologisch-anatomischen Sinne läuft der klinische und anatomische Zyklus in genau der gleichen Weise ab wie bei normalen Fällen, während in einer kleinen Zahl der Fälle mit starker Entzündung Schädigungen des Endometriumzyklus durch die Entzündung eintreten, die am stärksten sind, wenn die Schleimhaut im Status post desquamationem schwer infiziert wird, ferner bei tuberkulöser Endometritis.

Ausser den zyklusgerechten normalen und entzündlichen Schleimhäuten und den Endometritiden mit Störung des Zyklusablaufes gibt es eine diffuse Hyperplasia mucosae, die rein proliferativen Charakters ist. In den Ovarien findet man in diesen Fällen keine oder völlig belanglose Corpus luteum-Stadien. auch keine übereinstimmenden Follikelatresien, sondern in allen Fällen nur reifende, reife oder sogar hypertrophische Follikel, die als persistierende Follikel aufzufassen sind. Wie der normale reifende Follikel die proliferative Phase bewirkt, so der persistierende als Steigerung dieser Phase die Hyperplasia mucosae.

Die Stärke und Dauer der Menorrhagie findet ihre Ursache nicht im anatomischen Bau der Schleimhaut. Der anatomische Zyklus läuft unbekümmert um die Stärke und Dauer der Blutung ab, ganz in Abhängigkeit nur von der Follikelreife und Corpus luteum-Blüte.

XII.

Krankheiten der Harnorgane beim Weibe.

Referent: Prof. Dr. Stumpf.

a) Allgemeines.

1. *Autenrieth, W., und F. Mink, Über kolorimetrische Bestimmungsmethoden: Die quantitative Bestimmung von Harneiweiss. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1417.
2. Beuttner, Die Erkrankungen der weiblichen Harnorgane. Handbuch d. Frauenkrankheiten von Menge und Opitz.
3. Cronquist, C., Einige Beobachtungen bei Hellers Albuminprobe. Nord. Med. Arch. Med. Abt. 1914 u. 1915. Heft 1/2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1434.
4. Ebstein, E., Zur Entwicklung der klinischen Harndiagnostik in chemischer und mikroskopischer Beziehung. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 201 ff. (Historische Übersicht über die Entwicklung der Eiweiss-, Zucker-, Gallenfarbstoff- und Blutproben und der Sedimentuntersuchung.)
5. Höst, H. F., Über Reaktionsbestimmungen des Harns. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 81. Heft 3/4. (Kolorimetrische Bestimmungsmethode der Wasserstoffionenkonzentration des Harns.)

5a. Josephson, C. D., Ein Paar seltene Fälle von Blutung aus den Harnorganen. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

6. Kahn, M., und M. Silbermann, Quantitative estimation of albumin in urine. New-York. Med. Journ. 1914. 3. Okt. (Vergleichung der verschiedenen klinischen Prüfungsmethoden, unter denen den Methoden von Pfeiffer und Claudius der Vorzug gegeben wird.)
7. Lilienthal, H., Das Verhältnis von Gynäkologie und Urologie zur allgemeinen Chirurgie. Med. Record. New York. Bd. 86. Nr. 21. (Verlangt zur Ausübung der operativen Gynäkologie und Urologie nur voll ausgebildete Chirurgen.)
8. Schulte, J. E., und F. J. L. Woltring, Über die Anwesenheit roter Blutkörperchen im Harn normaler Personen. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1914. II. p. 589. (Fanden im Harn gesunder Personen nach intensiver Zentrifugierung in 84% der Fälle einzelne rote Blutkörperchen, die keine pathologische Bedeutung haben.)
9. *Weiss, O., Ein einfacher Apparat zur quantitativen Bestimmung von Eiweiss selbst in kleinsten Mengen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1010.

Autenrieth und Mink (1) empfehlen zur quantitativen Eiweissbestimmung die Biuretprobe mit dem durch Kochen und Essigsäure ausgefällten und durch 3% Natronlauge wieder gelösten Eiweisses und die Bestimmung mittelst des Autenrieth-Königsbergerschen Kolorimeters. Die Probe erlaubt den quantitativen Nachweis von 1—4 mg Eiweiss in 1 Liter Harn und übertrifft an Genauigkeit weit die Methode von Esbach.

Weiss (9) befürwortet als eine der Esbachschen Probe überlegene Methode die Eiweissbestimmung mit 1,5%iger Phosphorwolframsäurelösung in 95%igem Alkohol mit 5% Salzsäure. Der Harn wird in einem Albumininmeter zu 5 ccm des Reagens tropfenweise zugesetzt, bis eben Trübung entsteht und dann abgelesen und der Eiweissgehalt mittelst einer Tabelle bestimmt. Die Probe ist bis zu einem Gehalt von 0,0001 empfindlich und die Ablesung kann sofort erfolgen.

b) Harnröhre.

1. Amann, J. A., Papilläres Fibrom des Septum urethro-vaginale. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 20. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 549. (Fibrom mit stark papillomatösen Prominenzen, die mit Plattenepithel überzogen sind; starke Entwick-

lung der oberflächlichen Venen mit Ruptur einer Vene und sehr starken Blutungen. Exstirpation.)

2. *Bagly, H. W., The diagnosis and treatment of chronic gonorrhoea and its local complications. Brit. Med. Journ. 1914. Bd. 1. 14. März.
3. *Besredka, A., Über die Vakzinetherapie mit sensibilisierten Vira. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 51. Nr. 3.
4. *Bloch, Kritisches zur Vakzinetherapie der Gonorrhoe, zugleich experimenteller Beitrag zur Begründung der „ableitenden" Therapie. Schweizer Korrespondenzbl. 1914. Nr. 44.
5. *Boerner, R., und C. Santos, Über eine neue Art Elektroden zur Behandlung der Gonorrhoe mittelst Diathermie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 1.
6. *Chrzelitzer, W., Thigan, ein neues Antigonorrhoikum. Derm. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 13.
7. Curtis, A. H., Über Pathologie und Therapie der chronischen Leukorrhoe. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 1. (Empfehlung der Behandlung der gonorrhoischen Urethritis und der Entzündung der Skeneschen Drüsen mit Silbernitrat.)
8. *Dufaux, Über das neue antigonorrhoische Injektionsmittel Choleval in fester haltbarer Form. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1320.
9. *Fetzer, Über Vakzinebehandlung. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 208.
10. *Glück, A., Zur Diagnose der weiblichen Urethralgonorrhoe. Wiener klin. Wochenschrift. Bd. 41. p. 835.
11. *Heusner, H. L., Die Behandlung der Gonorrhoe mit Wasserstoffsuperoxyd. Med. Klinik. Bd. 11. p. 596.
12. *Jarecki, M., Über Divertikel und andere Urintaschen der weiblichen Harnröhre. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. Heft 3/4.
13. Joseph, M., Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende. Leipzig. G. Thieme. 7. Aufl.
14. *Klause, K., Über Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Inaug.-Diss. Giessen.
15. *Klausner, E., Erfahrungen mit dem Antigonorrhoikum Choleval. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1721.
16. Kromayer, E., Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte. Jena 1914. G. Fischer. 5. Auflage.
17. *Lantos, Bedeutung und Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit besonderer Berücksichtigung des akuten Stadiums. Allg. med. Zentralzeitg. 1914.
18. *Levy, Gonorrhoebehandlung mit Optochin. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 1097.
19. *Lublinski, W., Silbernitrat oder Silbereiweiss? Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. Nr. 38.
20. v. Notthaft, Zur modernen medikamentösen Therapie der akuten Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1011. (Kritische Besprechung der diätetischen, lokalen und inneren Gonorrhoebehandlung und der Vakzinetherapie.)
21. Portner, E., Gonorrhoe beim Manne. Med. Klinik. Bd. 11. p. 648 ff. (Übersicht über Diagnose und Behandlung)
22. *— Urethritis des Weibes. Med. Klinik. Bd. 11. p. 783.
23. *Puppel, E., Argobol, ein neues Silberboluspräparat. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. Nr. 51.
24. Riecke, E., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bearbeitet von Bettmann, Bruhns, Buschke, Ehemann, Gronoen, Jesionek, Meyer, Riecke, Riehl, Tomaczewski, Török und Zumbusch. Jena, G. Fischer. 3. Aufl.
25. *Robinson, W. J., Gonorrhoe bei Frauen. Med. Record. New York. Bd. 87. Nr. 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 663.
26. *Rost, Vakzineanwendung bei Gonorrhoe. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. vom 14. Dez. 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 661.
27. *Salmony, L., Längenmessung der weiblichen Urethra. Dermat. Zeitschr. April.
28. Schäffer, J., Die Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Behandlungstechnik für Ärzte und Studierende. Berlin-Wien. Urban u. Schwarzenberg
29. *Schmitt, A., Die spezifische Behandlung der Gonorrhoe. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. Immunitätsforsch. Bd. 4. Heft 1.
30. *Schönwitz, Über die Erfolge von „Brozyme Bolus" in der gynäkologischen Praxis. Therapie d. Gegenw. Bd. 55. Nr. 12.

31. *Schumacher, J., Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe. Dermat. Zentralbl. Mai ff.
32. *— Silbernitrat oder Silbereiweiss? Dermat. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 1.
33. — Über den Einfluss reduzierender Substanzen auf den Sauerstoffgehalt der Gonokokken. Dermat. Wochenschr. Bd. 61. Nr. 45 ff. (Durch reduzierende Substanzen, besonders Salvarsan, Pyrogallolkarbonsäure, Pyrogallol, gelingt es, den Gonokokken einen Teil ihres Sauerstoffgehaltes zu nehmen.)
34. *— Ammoniumpersulfat bei Gonorrhoe. Dermat. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 7.
35. Sorantin, Harnröhrendivertikel. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 2. (Nachweis durch Einführung biegsamer Nickelspiralen und Röntgenaufnahme.)
36. *Strassmann, P., Urethraldivertikel mit Steinen. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 22. Mai 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 214.
37. *Unna, P. G., Die Wirkung des Höllensteins. Dermat. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 1/2.
38. *Weiss, O., Die Fiebertherapie der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1513.
39. Wolf, A., und P. Mulzer, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten zum Gebrauch für Studierende und Ärzte. 2. Aufl. Stuttgart, F. Enke. I. Band: Geschlechtskrankheiten.

Anatomie.

Salmony (27) bestimmt die Länge der weiblichen Urethra als zwischen 3 und $5^3/_4$ cm schwankend. Die Kenntnis der individuellen Länge ist für die Einführung von Urethralstäbchen sowie für die Injektionstechnik von Bedeutung. Eine Proportionalität zwischen Körpergrösse und Länge der Urethra lässt sich im allgemeinen wohl feststellen, jedoch machen sich auch hier beträchtliche Schwankungen geltend. Eine Proportionalität zwischen Alter und Urethrallänge war nicht festzustellen.

Gestaltfehler.

Strassmann (36) fand in einem Falle von Harnbeschwerden bei einer mit geringgradiger Cystocele behafteten Frau bei dem Versuche, die Scheide zu raffen und den Blasenhals zu heben, links am Harnröhrenwulst ein kleines Divertikel mit sieben Oxalatsteinen als Inhalt. Das Divertikel wurde exzidiert und die Scheidenwand vernäht; Dauerkatheter, Heilung.

Jarecki (12) deutet einen Fall von Urethraldivertikel mit Wahrscheinlichkeit als entstanden durch eine von Jugend an bestehende Sphinkterschwäche, die bei starker Füllung der Blase infolge von Fehlen des Sphinktertonus zu einer Ausdehnung des hinteren Harnröhrenteils geführt hatte; das Abfliessen des Harns wurde durch alsbald eintretende Kontraktionen der Harnröhrenmuskulatur verhindert, so dass die Entstehung des Divertikels am proximalen Harnröhrenabschnitt erklärlich wird. Eine Anzahl von Fällen von Harnröhrendivertikeln wird aus der Literatur zusammengestellt.

Gonorrhoe.

Portner (22) erklärt die Urethritis des Weibes für schwieriger zu behandeln als die des Mannes, weil die Schleimhaut viel mehr sich in Falten legt und Einspritzungen nicht in der Harnröhre verweilen, sondern sofort in die Blase einfliessen. Zur Behandlung wird bei akuten Fällen Trinkdiurese und Sandelöl innerlich empfohlen, zur Lokalbehandlung Einspritzungen abwechselnd von Kaliumpermanganat und Silbernitrat (beide 0,1%), und zwar 5—6 mal täglich und stets 4—5 Spritzen hintereinander. Von Harnröhrenstäbchen wurden keine Erfolge gesehen. Im chronischen Stadium sind die Einspritzungen fortzusetzen und dreimal wöchentlich die Blase mit 1‰ Silbernitrat mittelst Druckspülung, also ohne Katheter, zu spülen; bei starkem Harndrang ist ohne Druckspülung die Blase zu füllen und die Spülflüssigkeit ist von der Kranken selbst zu entleeren. Noch besser wirkt Auswischung des Blasenhalses und der Harnröhre mit 2% Silbernitrat im Tubus mittelst Playfair-Sonde.

Lantos (17) erklärt Urethra oder Cervix oder beide gleichzeitig für den häufigsten primären Sitz der gonorrhoischen Infektion; bleibt die Infektion hier isoliert, so ist die Prognose günstig, bei Aszendieren wird sie ungünstiger. Bei akuter Gonorrhoe wird eine mindestens zweiwöchige Bettruhe verlangt, in den folgenden zwei Wochen sind Scheidenspülungen (Sublimat 1‰ oder Chlorzink 2%) auszuführen, weiterhin Injektion von

5%iger Protargollösung in die Urethra mit Pravaz-Spritze und Fritschscher Kanüle und zugleich sind Scheide und Cervix zu behandeln.

Glück (10) konnte bei weiblicher Urethralgonorrhoe in den Epithelzellen bei Methylenblaufärbung Einlagerungen von Kokken- bis Kerngrösse von blass- bis schwarzblauer Färbung und rundlicher Form nachweisen, die sich zu den häufig gleichzeitig vorhandenen extra- und intrazellulären Gonokokken in der Weise verhielten, dass je mehr Gonokokken vorhanden waren, desto weniger Einlagerungen gefunden wurden und umgekehrt. Die Natur dieser Einlagerungen blieb unaufgeklärt, jedoch ist ihre Anwesenheit als Beweis anzusehen, dass solche Frauen noch gonorrhoekrank sind. Bei Verschwinden der Gonokokken liess sich noch ein hartnäckiges Bestehenbleiben der Einlagerungen nachweisen. Glück kommt zu dem Schlusse, dass die Abwesenheit von Gonokokken allein trotz wiederholter Untersuchung zur Feststellung einer vollständigen Heilung nicht genügt, sondern dass zur Sicherung einer eingetretenen Heilung ausser dem Fehlen der Gonokokken das gleichzeitige Fehlen der Einlagerungen erforderlich ist, und dass das Vorhandensein der Einlagerungen unbedingt für eine noch vorhandene Infektiosität spricht.

Bagly (2) empfiehlt für die Diagnose der Gonorrhoe der weiblichen Harnröhre einen ähnlichen Untersuchungsgang wie bei der Kollmannschen Fünf- und der Luysschen Vergläserprobe. Therapeutisch empfiehlt er Harnröhrenspülungen mit Kaliumpermanganat, Silbersalzen und Quecksilberoxycyanat, Guyonsche Instillationen mit Silbernitrat, elektrochemische und thermische Methoden; die Vakzinebehandlung wird nicht günstig beurteilt.

Schumacher (31) empfiehlt zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe Harnröhrenspülungen mit ½—1 Liter dünner Silberlösungen und schliessliche Füllung der Blase, deren Inhalt nach einiger Zeit entleert werden soll.

Lublinski (19) widerlegt die Anschauung, dass die Silbereiweissverbindungen das Silbernitrat an Tiefenwirkung übertreffen, sowohl aus therapeutischen Erfahrungen, als aus theoretischen Überlegungen. Auch wirkt bei Silbernitrat nicht allein das Silber, sondern auch seine Komponente.

Schumacher (32) schreibt dem Silbernitrat eine grössere Tiefenwirkung zu als den organischen Silberverbindungen; die Tiefenwirkung beruht auf der Bildung von Silberalbuminat-Chlornatrium, das das Eiweiss nicht mehr fällt.

Unna (37) schreibt die Tiefenwirkung besonders der bei der Bindung des Silbernitrats durch das Eiweiss des Gewebes freiwerdenden salpetrigen und Salpetersäure zu, jedoch kommt auch der Silberkomponente ein Anteil an der Tiefenwirkung zu.

Chrzelitzer (6) empfiehlt als besonders wirksames Antigonorrhoikum das Thigan (Thigenolsilberverbindung) wegen seiner gleichzeitigen bakteriziden, adstringierenden und antiphlogistischen Wirkung.

Puppel (23) empfiehlt bei akuter und chronischer Gonorrhoe das Argobol Bayer, bei dem jedes Boluskörnchen mit einer Schicht Silberphosphat überzogen ist, und rühmt die bakterizide und sekretionsbeschränkende Wirkung.

Schönwitz (30) empfiehlt eine Kombination von medizinischer Kulturhefe mit Bolus bei akuter und chronischer Gonorrhoe.

Schumacher (34) fand, dass die Silberpräparate völlig durch Ammoniumpersulfat (1—2%) ersetzt werden können, das durch Reizlosigkeit und sekretionsbeschränkende Wirkung sich auszeichnet.

Heusner (11) empfiehlt zur Behandlung der akuten und chronischen Urethralgonorrhoe erst Injektion von 1% (später auf 2 und 3% steigend) Perhydrol-Lösung oder Einführung eines Ortizonstiftes (10% bis 20%), dann wird Silbernitrat oder Kollargol (2—3%) nachgespritzt.

Dufaux (8) hat das von ihm empfohlene Choleval nur in haltbaren Tabletten von 0,25 und 0,5 pro dosi hergestellt und veröffentlicht die Resultate seiner Gonorrhoebehandlung, durch welche die grosse Mehrzahl der Fälle innerhalb vier Wochen zur Heilung gebracht werden konnte.

Klausner (15) bestätigt die gonokokkentötende und sekretlösende Wirkung des Cholevals (10% kolloidales Silber enthaltendes Präparat mit gallensaurem Natrium), das in 0,5%iger Lösung injiziert wird. Die Heilung erfolgt in 2—4 Wochen. Das Mittel wird in Tablettenform von 0,5 Choleval pro dosi in den Handel gebracht.

Levy (18) empfiehlt das Optochin (1%ige Lösung, sechsmal des Tages injiziert) als sekretionsbeschränkendes, gonokokkentötendes, reizloses Mittel bei Urethralgonorrhöe.

Boerner und Santos (5) beschreiben einen Apparat zur Diathermiebehandlung der Gonorrhoe mittelst neuer Elektroden, mit denen es gelingt, eine Temperatur von 43—45° auf die Harnröhrenschleimhaut zur Anwendung zu bringen. Die Höchsttemperatur

muss sich nach der individuellen Empfindlichkeit richten und die Gefahr einer Verbrennung lässt sich mit der nötigen Vorsicht leicht vermeiden. Die Sitzungen dauern je eine Stunde. Akute Gonorrhoen konnten in zwei Sitzungen geheilt werden, auch chronische Fälle wurden günstig beeinflusst.

Weiss (38) versuchte, ausgehend von der Beobachtung, dass unter dem Einflusse von Temperaturen von 42° die Gonokokken abgetötet werden, die akute Urethralgonorrhoe durch künstliche Steigerung der Körperwärme bis zu 42° und etwas darüber mittelst warmer Vollbäder bis zu 43,5° zur Heilung zu bringen. Besonders durch Kombination mit Lokalbehandlung wurde in manchen Fällen rasche Heilung erzielt. Die hoch erwärmten Bäder wurden jedoch von allen Kranken nicht gleich ertragen. Auch wenn die Abtötungstemperatur nicht völlig erreicht wurde, konnte doch in manchen Fällen rasche Heilung erzielt werden.

Besredka (3) beobachtete günstige Wirkung subkutaner Injektionen von sensibilisiertem (d. h. durch Vorbehandlung mit Ochsenserum abgeschwächtem) Gonokokkenserum nicht nur bei Komplikationen der Gonorrhoe, sondern auch bei Urethritis.

Bloch (4) fand, dass sich bei intravenöser Injektion von Gonokokkenvakzine auch Schleimhautprozesse, die sich bei intramuskulärer und subkutaner Injektion bisher als ziemlich refraktär erwiesen, beeinflussen lassen.

Fetzer (9) will bei frischer Gonorrhoe die Vakzinebehandlung nur mit grösster Vorsicht angewendet wissen.

Klause (14) fand die Wirkung der Gonorrhoe-Vakzinebehandlung bei Urethritis nur bei relativ frischen Fällen verhältnismässig günstig. Die verwendete Vakzine darf nicht zu alt — nicht über drei Monate alt — sein.

Robinson (25) empfiehlt, bei akuter gonorrhoischer Urogenitalgonorrhoe der Frauen die Urethritis sofort nur lokal zu behandeln. Der Wert der Vakzinebehandlung wird nicht hoch angeschlagen.

Rost (26) erklärt die Vakzinewirkung bei Gonorrhoe als Folge einer spezifischen Gewebsreaktion, die zur Ausschwemmung der Gonokokken in den Saftstrom und nicht zu einer Abtötung derselben führt, so dass das Wesen der Vakzinewirkung auf Abwehrfermentbildung zurückgeführt wird. Frische Fälle eignen sich für die Vakzinebehandlung nicht, sondern nur chronisch-infiltrative Entzündungsformen. In diagnostischer Beziehung ist nur die Herdreaktion, nicht aber die Allgemeinreaktion spezifisch.

Schmitt (29) erklärt den diagnostischen Wert der Vakzination bei Gonorrhoe für nur beschränkt.

---

c) Blase.

1. Allgemeine Diagnostik und Therapie.

1. *Blum, O., Über Lokalanästhesie bei urologischen Operationen und Untersuchungen. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. Heft 5.
2. *Giauri, Il riflesso ombelico-vesicale. Giorn. d. Med. mil. Bd. 62. Heft 7. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 318.
3. *Goldenberg, Th., Über Extraduralanästhesie (Sakralanästhesie) in der Chirurgie und Urologie. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. Heft 6.
4. Herzberg, E., Über ein neues, direktes optisches Messverfahren zur Messung von Fremdkörpern und Neubildungen in der Blase. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1133. (Aufsetzen eines Messokulars unter Feststellung des Abstandes des zu messenden Objektes von dem Objektiv mittelst des Ureterkatheters.)
5. Kneise, Fortschritte der Urologie, besonders der endovesikalen Operationstechnik und der Nierenchirurgie. Marine-ärztl. Ges. d. Nordseestation. Sitzg. vom 8 April. Med. Klinik. Bd. 11. p. 820. (Hervorhebung der Wichtigkeit der Kystoskopie für Diagnose und Behandlung der Blasenerkrankungen, besonders der Blasentumoren und Steine, und der Nierenerkrankungen — Ureterenkatheterismus, Nierenbeckenspülungen, funktionelle Diagnostik.)
6. *v. Lichtenberg, A., Zur Extraduralanästhesie bei urologischen Untersuchungen und Operationen. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. Heft 6.
7. Meyer, W., Der Siegeszug der Beckenhochlagerung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 129. (Festschr. f. F. Trendelenburg). (Hebt die grossen Vorteile der Beckenhochlagerung bei Operationen an den Harnorganen, besonders bei der Operation von

Blasentumoren und bei Operationen am Beckenabschnitt des Ureters, z. B. bei der Ureterolithotomie, hervor.)

8. Nicolich, G., Degli errori in chirurgia urologica. Clin. chir. Bd. 23. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 384. (Betont die Wichtigkeit der Kystoskopie bei Blasensteinen und -Geschwülsten, ferner zur Diagnose der Nierentuberkulose, der Nierensteine und der Nierengeschwülste.)
9. *Vineberg, H. N., Die Vorteile der Kellyschen Kystoskopie bei Frauen. Med. Record. New York. Bd. 88. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 869.
10. *Werner, P., Zur Wertung der kystoskopischen Befunde beim Carcinoma colli uteri. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 87.
11. Zuckerkandl, O., Die örtlichen Erkrankungen der Harnblase. Wien und Leipzig. R. Hölder. 2. Aufl. (Ausgezeichnete und eingehende Darstellung der Pathologie, Symptomatologie, der diagnostischen Methode und der Therapie.)

Giauri (2) stellte das Bestehen eines Nabel-Harnblasenreflexes fest, indem er durch Reizung des Nabels (Kratzen etc.) das Auftreten von Harndrang beobachtete.

Vineberg (9) empfiehlt namentlich für allgemeinere Anwendung bei Frauen die Kystoskopie nach Kelly, weil sie viel einfacher ist, als die Nitzesche Kystoskopie, weil die Deutung des Bildes leichter ist und intravesikale Eingriffe leichter auszuführen sind.

Werner (10) hebt hervor, dass die kystoskopischen Befunde an der Blasenschleimhaut in den meisten Fällen genügend sichere Anhaltspunkte dafür geben, ob bei der Operation Schwierigkeiten zu erwarten sind und wie weit das Karzinom gegen die Blase vorgedrungen ist. Diese ungünstigen Zeichen sind: tiefe Einziehungen und ausgedehnte Exsudate, Wandödem und bullöses Ödem. Verschluss oder Durchgängigkeit des Ureters erlaubt keinerlei Schlüsse, wohl aber bedeutet eine grobe Störung seiner Funktion und der Nachweis von Stauung im Ureter eine feste Umklammerung durch das Karzinom.

Blum (1) empfiehlt für Nierenoperationen in erster Linie die Paravertebralanästhesie, für Blasenoperationen die Infiltrationsanästhesie, Leitungsanästhesie, die parasakrale und besonders die Epiduralanästhesie, für die intravesikalen Operationen die Lumbalanästhesie. Bei Operationen an der Harnröhre ist die Schleimhautanästhesie in Kombination mit der Infiltrationsanästhesie empfehlenswert.

Goldenberg (3) empfiehlt die Extraduralanästhesie besonders zur Untersuchung von einfachen und tuberkulösen Schrumpfblasen, wobei die Empfindlichkeit und Reflexerregbarkeit herabgesetzt und die Erhöhung der Blasenkapazität ermöglicht wird.

v. Lichtenberg (6) hebt hervor, dass bei hochgradig tuberkulös erkrankter und intoleranter Blase mittelst Extraduralanästhesie die kystoskopische Untersuchung und die Spülung der Blase sich mit Leichtigkeit durchführen lässt. Die Wirkung ist durch vollständige Erschlaffung des Detrusor bedingt.

2. Missbildungen.

1. *Heinsius, F., Über die operative Behandlung und Heilung der totalen Blasenektopie. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 203 u. 91. (Diskussion.)
2. Kotzenberg, Zur Frage des Blasenersatzes. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. Heft 1/2. (Fall von totaler Blasenektopie, operiert mittelst der von Gersuny vorgeschlagenen, von Cuneo modifizierten Blasenplastik; gutes Operationsresultat, aber Tod an Peritonitis, die durch Platzen der Bauchwandnaht am 12. Tage hervorgerufen worden war.)

Heinsius (1) hebt als wichtigen Nachteil der Harnleitereinnähung in den Darm beim weiblichen Geschlecht die Aufhebung der Funktion der Geschlechtsorgane hervor und operierte in einem Falle bei einem sechsjährigen Mädchen nach vorausgehender Kompressionsbehandlung (wozu ein dem Wilmsschen nachgebildetes Kompressorium konstruiert wurde) mittelst beiderseitiger Durchtrennung der Articulationes sacroiliacae und Durchmeisselung des linken Schambeines, sowie schliesslicher Etagennaht. Die Heilung war eine höchst befriedigende. Die Operation wird erst vom sechsten Lebensjahre an angeraten.

3. Neurosen und Funktionsstörungen.

1. Armbruster, Studien eines Landarztes. Wiener klin. Rundschau. Bd. 29. p. 104. (Kurze Aufzählung der Ursachen von Enuresis nocturna.)
2. Bach, H., Moorbäder und Quarzlichtbestrahlungen bei Enuresis nocturna. Zeitschr. f. phys. diät. Therap. Bd. 19. Heft 3. (Zwei erfolgreich behandelte Fälle.)

3. *Blum, V., Kriegserfahrungen über Erkältungskrankheiten der Harnorgane.. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 1253.
4. *Böhme, F., Enuresis und ähnliche Blasenstörungen im Felde. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 62. Feldärztl. Beil. p. 726.
5. *Cadwallader, R., Urinary incontinence in women. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 22. Nr. 2.
6. *Cary, W. H., „Bladder irritability“ bei Frauen. Amer. Journ. of Obst. Bd. 71. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 407.
7. *Cohn, J., Über nervöse Retentio urinae. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 208. (Drei Fälle bei Männern bei ausgeprägter Balkenblase und vermindertem Blaseninnendruck, ohne organische Erkrankung.)
8. *Ehret, Blasenstörungen nach intensiver Kälteeinwirkung. Marine-Lazarett Hamburg. Sitzg. vom 18. Dez. 1914. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 54.
9. *Enderle, W., Epidurale Injektion. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 972.
10. *Hüttel, V., Pollakiurie bei Schulkindern. Casopis. lék. cesk. 1914. Nr. 42. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 429.
11. Koll, J. S., A study of twenty-five tabetic bladders. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 2. (Charakteristisch ist Trabekelbildung mit Freibleiben des Bezirks des Ligamentum interuretericum, ferner Trägheit oder Fehlen der rhythmischen Harnleiterkontraktionen.)
12. *Legueu, Incontinence d'urine et psychose vésicale chez les combattants. Acad. de Méd. Sitzg. vom 9. März. Presse méd. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1495.
13. *Lipschütz, B., Über sogenannte „Blasenschwäche“ bei Soldaten. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 948.
14. Oberländer und F. Böhme, Enuresis und ähnliche Blasenstörungen im Felde. Münch. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 726. (Im Felde wurde akut auftretende Enuresis bei Leuten, die als Kinder an Enuresis gelitten hatten, und zwar unter der Einwirkung intensiver Kälte beobachtet.)
15. Roth, L. J., Cystalgia; Urethralgia. Surg., Gyn. and Obst. XXI. 1. (Reflexneurose!)
16. *Schwarz, O., Versuch einer Analyse der Miktionsanomalien nach Erkältungen. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 1057.
17. *Stiefler, G., und R. Volk, Über Störungen der Harnentleerung infolge Erkältung. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 909.
18. *Trömner, Enuresis nocturna mit Missbildungen. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 6. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 882.

Cadwallader (5) legte in einem Falle von Harninkontinenz nach Blasensteinoperation von der Scheide aus die Harnröhre frei, zog das muskulös-fibröse Gewebe durch Nähte hinter der Harnblase zusammen und bildete so einen neuen Sphinkter; günstiger Erfolg.

Cary (6) erwähnt als Ursachen der reizbaren Blase eine Cystitis trigoni, ferner Residualharn in einer Cystocele, dauernde Hyperazidität, Masturbation, Katheterverletzungen, endlich Urethritis posterior, Infektion der Skeneschen Gänge, Eversion der Harnschleimhaut und Karunkeln. Stets ist auf die Möglichkeit einer Nierentuberkulose zu achten. Am seltensten handelt es sich um eine reine Neurose.

Enderle (9) hat bei Enuresis der Kinder nach epiduralen Injektionen in etwa der Hälfte der Fälle eine günstige Beeinflussung beobachtet. Zur Ausführung bevorzugt er die Knieellenboge mit stark durchgedrücktem Kreuz und spritzt 20 ccm steriler physiologischer Cl-Na-Lösung ein, bei schwächeren Frauen etwas weniger, bei Kindern nicht über 10 ccm.

Hüttel (10) konstatierte als Ursachen von Pollakiurie bei Schulkindern (bei Knaben häufiger als bei Mädchen) Cystitis, Blasenstein, Vulvitis, adenoide Wucherungen, habituelle Obstipation und Parasiten, in zwei Drittel der Fälle jedoch war keine anatomische Veränderung nachzuweisen. Es wird hierbei eine nervöse Funktionsschwäche des Blasensphinkters angenommen. Zur Behandlung werden Elektrisierung und innerliche Tinctura Strychni empfohlen.

Trömner (18) beobachtete einige Fälle von Enuresis nocturna bei Missbildung (männlicher Mamma, Syndaktylie, Greif- oder Affenfuss), die als Degenerationszeichen im allgemeinen aufzufassen sind.

Ehret (8) beobachtete nach starker Kälteeinwirkung häufigen Harndrang, gelegentlich unwillkürliches Abtröpfeln und Brennen in der Harnröhre.

Blum (3) nimmt für die einfache Erkältungspollakiurie und Enuresis als Ursache eine Hypertonie der Austreibungsmuskulatur an, für die Dysurie mit inkompletter und kompletter Harnverhaltung einen Schliessmuskelkrampf, den er auf Zirkulationsstörung im Trigonum und vielleicht auf Fissuren und Granulationen der Schleimhaut zurückführt. Für die Entstehung von Harnverhaltung und Residualharn werden endlich dauernde Überdehnung der Blase und vielleicht auch neuritische Vorgänge herbeigezogen. Bei pathologischem Harnbefund kann es sich um Rezidive früher vorhandener Cystitis (nach Gonorrhoe, Blasenoperationen etc.), ferner um akute Cystitis mit terminaler Hämaturie und dem kystoskopischen Bilde einer Purpura vesicae, oder endlich um Bakteriurie durch akute Koliinfektion der Blase oder der Nierenbecken handeln.

Auch Schwarz (16) bestätigt das Vorkommen von Pollakiurie und Dysurie nach Erkältungen und nimmt für einzelne Fälle eine periphere, infektiöse Nervenaffektion als Ursache an, die einerseits durch Detrusor-Hypertonie Pollakiurie erzeugt, ein anderes Mal Retention durch Aufheben der aktiven Dilatationsfähigkeit des Sphinkters neben einer Parese den Detrusor bewirkt.

Ähnliche Beobachtungen von Pollakiurie und Enuresis, bei denen Erkältung und Überanstrengung als auslösende Momente angesehen werden, werden von Lipschütz (13) mitgeteilt, der jedoch die Annahme einer Neurose ablehnt.

Stiefler und Volk (17) beobachteten als Störungen der Harnentleerung nach Erkältung unter 49 Fällen 46 Fälle von Pollakiurie, darunter 14 Fälle von falscher Inkontinenz, d. h. Pollakiurie mit plötzlichem Harndrang, so dass Kleider und Bett benässt wurden, ferner 16 Fälle von Enuresis, davon 6 ohne vorausgegangene Enuresis im Kindesalter und 6 mit Pollakiurie begleitete, endlich 7 Fälle von Dysurie, darunter 3 bei Lues als Frühsymptom einer Tabes. Es handelt sich hierbei um nervöse Funktionsstörungen der Blase mit häufiger Erhöhung der Faradosensibilität der Blase. Die Prognose erwies sich bei Pollakiurie meist als günstig, ebenso bei reiner Erkältungsenuresis und reiner Dysurie, ungünstig dagegen bei Enuresis, die auf dem Boden originärer Enuresis entstanden war und bei Enuresis mit Pollakiurie. Die Therapie soll in Wärmeanwendung und Herbeiführung guter hygienischer und Ernährungsbedingungen bestehen; Medikamente und elektrische Behandlung schienen von wenig Einfluss zu sein.

Legueu (12) bestätigt das Vorkommen nervöser Blasenstörungen im Felde, die sich durch Inkontinenz, Enuresis und häufigen Harndrang bemerkbar machen.

Böhme (4) hebt hervor, dass alle Blasenerkrankungen das Symptom des unwillkürlichen Harnabganges hervorrufen, entweder durch temporäres Versagen des muskulären Blasenverschlusses oder bei Harnverhaltung durch Überlaufen der Flüssigkeit. Therapeutisch kommt Fernhaltung aller Reize in Betracht, ferner Regelung der Ernährung, Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr, Wärme, Ruhe, später warme Sitzbäder, warme Einläufe, endlich Psychrophor und Dilatation nach Oberländer.

4. Blasenblutungen.

1. Legueu, F., La transfusion du sang dans les grandes hémorrhagies urinaires. Journ. d'Urol. Bd. 4. Nr. 1. (Schwere Blasenblutung nach Lithothrypsie mit überraschend günstigem Erfolg einer direkten Transfusion von Mensch zu Mensch.)

5. Cystitis.

1. *Aubert, Cystitis dissecans gyngraenosa. Gyn. Helv. Bd. 8. p. 140.
2. Beneke, Totalnekrose der Blasenschleimhaut durch Stase im Plexus vesico-vaginalis im Anschluss an eine Retroflexio uteri gravidi. Ärzteverein Halle a. S. Sitzung vom 21. Okt. 1914. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 158. (Demonstration.)
3. — Blasengangrän nach Reposition eines Bruches. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 4. Nov. 1914. Ebenda. p. 159. (Demonstration.)
4. *Cifuentes, Behandlung der chronischen Cystitis mit Joddämpfen. Rev. de Med. y cir. pract. de Madrid. 1914. Nr. 1298. p. 65. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 416.
5. *Dreyer, Über Blasensyphilis. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. vom 23. April 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 166.
6. *Fischl, R., Erfahrung über Cystitis im Kindesalter. Prager med. Wochenschr. Bd. 40. p. 163.
7. Fuller, E., The surgical management of pericystitis. New York. Med. Record. 1914. 3. Okt. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 353. (Drei Fälle bei Männern.)

8. Gorski, Cystitis und Typhus. Wissensch. Abende im K. Milit.-Genesungsheim Spa. Sitzg. vom 5. Dez. 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 331.
9. Guth, A., Intoxikation der Harnwege nach Allcocks Porous-Pflaster. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 9. (Intoxikation von Niere, Blase und Harnröhre. Das Pflaster ist ein Spanischfliegen-Pflaster.)
10. v. Haberer, Cystitis nach Schussverletzung. Wissenschaftl. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 24. März. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 1247. (Paravesikulärer Abszess durch das Projektil.)
11. *Heynemann, Th., Kystoskopische Befunde bei bestrahlten Kollumkarzinomen und ihre praktische Verwertung. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1.
12. *Mac Donald, E., Quinine solution for bladder irrigation. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 505.
13. Weck, C., Über einen Fall von Cystitis cystica. Inaug.-Diss. Bonn 1913. (Sektionsbefund bei einer 63jährigen Frau; die Zysten der Blase bestanden aus Epithelnestern: Ursache unaufgeklärt.)
14. *Weinbrenner, Prinzipielles zur Behandlung der gonorrhoischen Cystitis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 649.

Fischl (6) erklärt die Infektion der Harnwege im Kindesalter für eine primäre Infektion der Blase, an die sich bei längerer Dauer und ungenügender Behandlung eine Infektion der oberen Harnwege anschliessen kann, wobei eine hämatogene Infektion als möglich, aber als sehr selten anzunehmen ist. Die Diagnose der Cystitis, die mit überwiegender Häufigkeit Mädchen betrifft, ist bei subjektiven Blasenbeschwerden nicht schwierig, jedoch können solche fehlen und dann kann ein dem Typhus ähnliches Krankheitsbild hervorgerufen werden. Unerlässlich ist die Untersuchung des Harns. Die Therapie besteht zunächst in Darreichung von Urotropin oder seinen Zusammensetzungen, bei Erfolglosigkeit in Blasenspülungen (Kaliumpermanganat, eventuell Silbernitrat 1 : 5000 oder Protargol 1%). Die Vakzinetherapie bleibt häufig erfolglos, jedoch konnte in einem schweren Falle ein rascher und dauernder Erfolg durch fünf Injektionen erzielt werden.

Mac Donald (12) empfiehlt für Blasenspülungen Lösungen von 1 : 2000 Chininum bisulfuricum, das in Verdünnung von 1 : 30000 noch entwicklungshemmend auf Typhusbakterien wirkt und vollständig reizlos ist

Cifuentes (4) fand die Cystitisbehandlung mit Joddämpfen besonders in hartnäckigen Fällen und bei Blasentuberkulose von günstiger Wirkung. Die Anwendung geschieht mittelst eines besonderen Apparates und wöchentlich zweimal.

Weinbrenner (14) schlägt bei gonorrhoischer Cystitis vor, den Harn durch Flüssigkeitsentziehung und reine Fleischdiät konzentrierter und saurer zu machen und ausserdem Harnantiseptika zu verabreichen, unter denen das reine Sandelöl den Vorzug verdient.

Aubert (1) beschreibt einen Fall von Gangrän der gesamten Blasenschleimhaut bis in die Muskularis hinein nach Ausspülung mit heisser konzentrierter Sodalösung, die zu Abtreibungszwecken ausgeführt und wahrscheinlich irrtümlich in die Blase gemacht worden war. Nach sechs Wochen wurde die ganze nekrotische Schleimhaut durch die Harnröhre ausgestossen. Nach sieben Monaten war die ganze Schleimhaut regeneriert. Die Schwangerschaft wurde nicht unterbrochen

Heynemann (11) erklärt die Befürchtung, dass bei bereits infiltrierten Parametrien nach Beseitigung des Karzinoms eine narbige Strikturierung der Ureteren eintreten könnte, als nicht gerechtfertigt. Gangrän der Blasenschleimhaut tritt bei Bestrahlung unter denselben Erscheinungen auf, wie nach abdominaler Totalexstirpation.

Dreyer (5) beschreibt als Erscheinungen der Blasensyphilis in der Frühperiode Papeln und Geschwüre, in den tertiären gummöse, glatten und papillomatösen Geschwülsten ähnliche Tumoren und gummöse Geschwüre mit oder ohne Inkrustationen und ausnahmsweise interstitielle Veränderungen mit parkettähnlichem Aussehen der Schleimhaut. Das Krankheitsbild kann der chronischen Cystitis, der Blasentuberkulose oder einem Blasentumor gleichen. Den Schlüssel der Diagnose bildet die Wassermannsche Reaktion. Die Prognose ist günstig, die Therapie eine antiluetische, und zwar am besten eine kombinierte.

6. Blasentuberkulose.

1. Key, E., und C. Sundberg, Nachtrag zum Aufsatze „Exclusio vesicae“ bei schwerer Blasentuberkulose. Nord. med. Ark. Bd. 47. Abt. I. (Chirurgie). Heft 3. Nr. 21. (Siehe Jahresbericht Bd. 28, p. 282; der dort berichtete Fall starb nach anfänglicher Besserung nach $1^3/_4$ Jahren an Nierentuberkulose und Urämie.)

2. *Keyes, E. L., Carbolic instillation in the treatment of bladder tuberculosis. New-York. Med. Journ. 1914. 5. Sept. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 351.
3. Sachs, Das kystoskopische Bild einer Tuberculosis vesicae. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 210. (Zahlreiche linsengrosse Herde ohne Ulzeration in der ganzen Blase, auch im Scheitel.)
4. Unterberg, H., Die Therapie der Blasentuberkulose mit Joddämpfen. Orvosi Hetilap. Nr. 46.

Keyes (2) empfiehlt zur Behandlung der Blasentuberkulose Guyonsche Instillationen in die hintere Harnröhre, und zwar mit Sublimat und besonders mit Karbolsäure (mit $^1/_2$% beginnend, auf 2—5% steigend). Das Instrument darf nicht in die Blase eingeführt werden, die Blase darf nicht gedehnt werden und die Instillation muss im Verhältnis zu den durch sie verursachten Schmerzen Linderung bringen.

7. Lage- und Gestaltfehler.

1. *Brongersma, H., Über die Behandlung der angeborenen Divertikel der Blase. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. Nr. 5.
2. *Fischer, M., Über Blasendivertikel unter Berücksichtigung eines durch Operation geheilten Falles von angeborenem Divertikel. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. Heft 3/4.
3. *Zangemeister, Blasendivertikel. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 24. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 587.

Brongersma (1) teilt vier Fälle von angeborenen Blasendivertikeln mit und hebt für die Diagnose ausser der Kystoskopie und der Röntgenaufnahme nach Kollargolfüllung das Bestehen einer durch keine andere Ursache zu erklärenden Harnretention und das Abfliessen abwechselnd klarer und trüber Spülflüssigkeit bei Blasenspülung hervor. Die Prognose hängt von dem Druck des Divertikels auf einen oder beide Ureteren und von dem Vorhandensein oder Fehlen einer Infektion ab. Die Behandlung besteht in der Exstirpation, wozu in erster Linie der abdominale, und zwar mit extraperitonealem Vorgehen bei mit Luft gefüllter Blase, empfohlen wird.

Fischer (2) hebt den konstanten Sitz der angeborenen Blasendivertikel hervor: an der Seitenwand der Blase unmittelbar vor der Harnleitermündung, im Blasenscheitel entsprechend dem Abgang des Urachus und im Blasengrunde unterhalb des Ligamentum interuretericum. Die Symptome sind für erworbene und angeborene Fisteln die gleichen. Zur Diagnose ist die Kystoskopie unerlässlich, bei der ein Loch in der Blasenwand gefunden wird, das in einen Hohlraum führt (Einführen des Ureterkatheters), in zweiter Linie die Röntgenaufnahme. Die häufigsten Komplikationen sind Steinbildung und sekundäre Nierenstörungen. Bei den erworbenen Divertikeln kommt zunächst die konservative Behandlung in Frage. Als Operation der Wahl wird die radikale Entfernung des Divertikels bezeichnet, deren Prognose günstig ist. Ein Fall, nach Bauchdeckenquerschnitt und Eröffnung der Blase mit Erfolg operiert, wird mitgeteilt.

Zangemeister (3) beschreibt einen Fall von zwei nahezu symmetrisch hinten auf dem Blasenboden nahe dem Blasengrunde sitzenden Blasendivertikeln mit $^3/_4$ cm im Durchmesser messenden Öffnungen, die wahrscheinlich angeboren sind.

8. Blasenverletzungen.

1. Clark, Rupture of the bladder. Annals of Surg. 1914. Dez. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 214. (Fall in hockender Stellung, direkte Verletzung nicht nachzuweisen. Operation ergab dreifingerbreites Loch am Blasenscheitel, Harnerguss in die Bauchhöhle. Dreireihige Catgutnaht, Drainage, Verweilkatheter, Heilung.)
2. Mandl, L., Retrovesikales Cervikalmyom. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 10. März 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 166. (Verletzung der Blase bei der transperitonealen Ausschälung, Naht, Heilung.)
3. Moser, E., Spontane Harnblasenzerreissung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 132. Heft 1/2. (An einer der Muskulatur entbehrenden Stelle durch zu starke und zu lange Überdehnung der Blasenwand.)
4. Oehlecker, Geheilte schwere Pfählungsverletzung. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 5. Okt. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1501. (12jähriges Mädchen. Durchbohrung des vorderen Scheidengewölbes mit Verletzung der Blase, Verletzung von Rektum, Dünndarm und Mesenterium, durch frühzeitige Operation geheilt.)

5. Pleschner, H. G., Die traumatischen Verletzungen des Urogenitalapparates. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. Heft 3/4. (Ausführliche Besprechung mit Kasuistik der Rupturen und der Verwundungen der Blase, ferner der aseptischen Traumen, idiopathischen Rupturen und Perforationen und der Begutachtung dieser Verletzungen.)
6. Ruppert, B., Über Perforation der Harnblase in die freie Bauchhöhle. Inaug.-Diss. Leipzig 1913. (Erörterung von Ätiologie, Symptomatologie und Therapie.)

9. Blasengeschwülste.

1. Ayres, W., An instrument for direct application of radium to neoplasms of the bladder. New York. Med. Journ. 1914. 18. Juli. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 349. (Goldkapsel am Ende eines Ureterkatheters, der wöchentlich eine Stunde lang in der mit Alypin gefüllten Blase liegen bleibt.)
2. *Beer, The treatment of benign papillomata of the urinary bladder with high frequency currents. Annals of Surg. Juni.
3. *Boross, E., Die Blasengeschwülste. Pester med.-chir. Presse. Bd. 51. p. 73.
4. *Chalier, A., Exstirpation transvésicale d'une tumeur de la vessie. Lyon méd. 1914. Nr. 9. p. 481. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 350.
5. *Dalla Valle, A., Contributo alla conoscenza dei tumori primitivi della vescica orinaria. Clin. chir. Bd. 22. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 539.
6. Ekehorn, Über Zysten in der Harnblase. Fol. urologica. Bd. 9. Heft 3. (Am vorderen Umfang der inneren Harnröhrenmündung eine kirschgrosse, Retention bewirkende Epithelzyste, operativ entfernt; männlicher Kranker.)
7. *Herzberg, E., Über die Tiefenwirkung des elektrischen Stromes bei Thermokoagulation in die Blase. Fol. urol. Bd. 9. Heft 3.
8. *Jado von Rochester, E. D., Nicht-papillomatöse gutartige Tumoren der Harnblase. Western Surg. Assoc. 22. Jahresversamml. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 60.
9. *Kolischer, G., Über einige Neuerungen in der Nieren- und Blasenchirurgie. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 7. Mai 1914. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 520.
10. *Kretschmer, H., Fulguration treatment of tumors of the bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 1050.
11. *Lohnstein, H., Zur Hochfrequenzbehandlung von Papillomen in der Nähe des Orificium internum vesicae. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 161.
12. Pedersen, V. C., Blasen- und Nierenkrebs. New York. Med. Journ. 3. Juli.
13. *Schüller, H., Radiumtherapie in der Urologie. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. Nr. 6.
14. *Stammler, Die Resultate der operativen Behandlung der Blasentumoren. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. Heft 1/2.
15. *Strassmann, P., Beseitigung eines Blasentumors durch Elektrokoagulation. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 26. Mai 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 497.
16. Thiem, Bösartige Geschwulst der Blasengegend im Anschluss an einen nahezu 12 Jahre zurückliegenden Unfall. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen. Nr. 10. (Nach Hufschlag entstand zuerst Peritonitis und Cystitis, welch letztere jahrelang bestand und den Übergang zur Entstehung des Karzinoms bildete, so dass das Trauma trotz des langen Zwischenraums als Ursache angenommen werden kann.)
17. Weiss, F., Die Anwendung von Hochspannungsströmen in der Urologie. Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 30.

Boross (3) macht geltend, dass nach der Operation, sei es einer endovesikalen oder einer Sectio alta, die Blasengeschwülste in $90^0/_0$ der Fälle nicht an der Stelle des ursprünglichen Tumorsitzes, sondern an entfernteren Stellen der Blasenwand rezidivieren und führt dies auf die Verletzung der an Lymphgefässen reichen Submukosa zurück. Auf rezidivfreie Heilung kann daher nur gerechnet werden, wenn die Geschwulst ohne submuköse Verletzung der Blasenschleimhaut isoliert exstirpiert werden kann. Mit der Blasenschleimhaut verwachsene Tumoren — einen Beweis hierfür geben die prall gefüllten geschlängelten Schleimhautgefässe der Geschwulst und ihrer Umgebung — und die infiltrierenden Karzinome sollen überhaupt nicht operiert, sondern nur palliativ behandelt werden. 15 Fälle werden angeführt.

Dalla Valle (5) fand unter 49 bei Autopsien gefundenen Blasengeschwülsten 15 bei Frauen. Unter 25 mikroskopisch untersuchten Fällen fanden sich 18 epitheliale Geschwülste und 6 Sarkome. Papillome fanden sich nur zweimal. Die letzteren erweisen sich oft als bösartig und werden ebenso wie die Adenome mit den Karzinomen als zu einer Geschwulsteinheit gehörend bezeichnet. Die Geschwülste sitzen meist am Blasengrund (34 Fälle). Als Ursache werden besonders chronische Reizungen durch entzündliche Prozesse, Steine etc. angenommen. Eine Ausdehnung auf die einmündenden Gänge wurde selten gefunden, häufiger Einwucherung in die Nachbarorgane und Metastasen in Lymphdrüsen, Lungen, Nieren und Leber. Die Prognose ist auch bei operativer Behandlung ungünstig.

Jado von Rochester (8) fand unter 164 operierten Blasengeschwülsten nur zwei von nichtpapillomatösem, gutartigem Typus (Myome). In beiden Fällen war der Tumor gestielt und nahm von der Blasenmuskularis in der Nähe des Orificium internum urethrae den Ursprung. Das hervorstechendste Symptom waren Blutungen aus den prallgefüllten Gefässen der den Tumor überziehenden Schleimhaut und der Umgebung. In beiden Fällen wurde der Tumor durch Sectio alta entfernt.

Stammler (14) erklärt auch die benignen Zottengeschwülste der Harnblase für karzinomverdächtig und befürwortet die radikale Entfernung, und zwar zieht er die Sectio alta den endovesikalen Methoden vor, weil nur bei Eröffnung der Blase die multiplen Geschwülste überblickt und entfernt werden können. Die zahlreichen Dauerheilungen, die Stammler mittelst Sectio alta und blutiger Exzision auch bei bereits karzinomatösen Geschwülsten erzielt hat, sprechen sehr für diese Methode. Nur bei weit vorgeschrittenen Fällen kommt die Totalexstirpation der Blase mit Einpflanzung der Ureteren in Haut oder Darm in Betracht, jedoch ist hierbei die Gefahr der Entstehung einer Pyonephrose eine sehr grosse. Nach Exstirpation von sehr malignen Tumoren ist als Nachbehandlung die Bestrahlung erforderlich.

Chalier (4) entfernte mittelst Sectio alta einen blumenkohlartigen Blasentumor, der von der Nachbarschaft des Orificium internum bis zur linken Harnleiterpapille reichte. Er wurde durch Erheben von seiner doppelten Insertion mit dem aufgehobenen Schleimhautkegel entfernt und der fünffrankenstückgrosse Defekt wurde nach Blutstillung durch Tamponade und Thermokauter mittelst Catgutnähten vereinigt. Völlige Blasennaht, Bauchnaht mit Drainage, rechterseits Ureterdauerkatheter, Heilung. Nach $5^1/_2$ Monaten war noch kein Rezidiv aufgetreten.

Kolischer (9) schlägt bei bösartigen Blasengeschwülsten an Stelle der medianen Eröffnung der Blase und der Ausschälung des Tumors von der Blase aus die Laparotomie und die Aushülsung der Blase aus dem Peritoneum und der Exstirpation von aussen vor. Tumoren, die auf diesem Wege nicht angegangen werden können, werden für unoperabel erklärt.

Beer (2) behandelt die gutartigen Blasenpapillome mittelst Oudinschem Hochfrequenzstroms. Schwere Blutungen und bösartige Beschaffenheit des Papilloms bilden eine Kontraindikation, nicht aber breiter Stiel und Grösse des Papilloms. Eine Probeexzision und Untersuchung soll daher der Operation vorausgehen. Karzinomatöse Papillome sind breit zu exzidieren.

Herzberg (7) fand, dass für die Ausdehnung der Stromwirkung die Ausdehnung des sichtbaren Thermokoagulationskreises ein Massstab ist und der Radius dieses Kreises der grössten Tiefenwirkung in das Gewebe entspricht. Der Kreis ist im kystoskopischen Bilde durch seine gelblich-weisse Farbe an der roten Schleimhaut sichtbar.

Kretschmer (10) erzielte unter 10 Fällen von Blasenpapillomen durch Elektrokoagulation in acht Fällen Dauerheilung, ebenso in einem Falle von papillärem Karzinom und in einem Falle von grossem Blasenpolypen. Bei Karzinomen blieb sowohl die kystoskopische Behandlung als die Elektrokoagulation mit suprapubischer Resektion erfolglos.

Lohnstein (11) benützt zur Besichtigung der engeren Umgebung des Orificium internum urethrae das retrograde Kystoskop Schlagintweits, an dem er eine Vorrichtung anfügte, welche gestattet, eine durch den Harnröhrenkanal des Kystoskops durchgeführte Sonde so umzulegen, dass sie retrograd verläuft. Dieses Kystoskop lässt sich sowohl als Harnleiterkystoskop als zur Hochfrequenzstrombehandlung von in der Nähe des Orificium internum sitzenden Geschwülsten anwenden.

Strassmann (15) beseitigte bei einer 62jährigen Frau, die schon an beiderseitigem Mammakarzinom und Uterusmyom operiert worden war, einen halbpflaumengrossen Blasentumor durch Elektrokoagulation. Nach drei Sitzungen war Verschorfung eingetreten, der Tumor ging in kleinen Bröckeln ab und nach drei Monaten war an der Stelle des Tumors völlig glatte Schleimhaut zu sehen. Ausführliche Beschreibung von Apparat und Methode.

In der Diskussion berichtet Sigwart über die endovesikale vollständige Entfernung eines Papilloms mittelst Glühschlinge in drei Sitzungen und über die Entfernung eines gestielten Tumors nach Sectio alta, nach der es durch Abgleiten der Stielligatur zu einer schweren Nachblutung gekommen war, die durch Wiedereröffnung der Blase und nochmalige Umstechung gestillt wurde. Knorr lässt die Elektrokoagulation nur bei gutartigen Tumoren zu und bezeichnet es als einen Nachteil der Methode, dass der Charakter des Tumors im Dunkeln bleibt. Händly hält zur Feststellung der Papillome auf Benignität oder Malignität die Untersuchung des Stieles für notwendig. Franz hebt die Undankbarkeit der Radikaloperation der Blasenkarzinome und die schlechten Heilungsverhältnisse nach der Operation hervor, so dass sie ebensogut durch Elektrokoagulation wie radikal operiert werden können.

Schüller (13) konnte in einem Falle von Blasenpapillom zwei der Tumoren durch Radiumbestrahlung zur Schrumpfung und drei Fälle von Karzinom der weiblichen Blase zur klinischen Heilung bringen. Bei drei Fällen von Karzinom der männlichen Blase trat Besserung ein.

10. Blasensteine.

1. *Halban, Blasenstein, durch Inkrustation einer eingewanderten Seidenligatur. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 9. Febr. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 1045.
2. *Klauser, Über Selbstzertrümmerung von Blasensteinen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 94. p. 98.
3. Krecke, Zwei Fälle von Blasensteinen. Ärztl. Verein München. Sitzg. vom 9. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1224. (Zwei Fälle von Steinen um eine Haarnadel, die sechs Jahre von der Kranken getragen worden waren.)
4. *Rhomberg, B., Blasensteine bei einer Frau. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1608.

Klauser (2) führt die Spontanzertrümmerung von Blasensteinen auf Zersetzung des in die Steine eingelagerten harnsauren Ammonium in kohlensaures Ammonium und in freie Kohlensäure und auf Eindringen von Bakterien in die durch die Gasentwicklung bewirkten Risse und Spalten zurück. Drei Fälle werden mitgeteilt und 110 aus der Literatur gesammelt.

Halban (1) tritt im Anschluss an einen Fall von Konkrementbildung um einen in die Blase eingewanderten Seidenfaden nach Vaginaefixatio uteri für die Verwendung von Catgut statt von Seide bei Ligaturen ein.

Rhomberg (4) entfernte aus der Blase einer Frau, die zweimal wegen Tubarabort laparotomiert worden war, durch die dilatierte Harnröhre einen wahrscheinlich um eine Seidenligatur gebildeten Stein von 3,3 : 2,2 cm Durchmesser und 7,05 g Gewicht, der aus Phosphaten und geringen Mengen von Uraten bestand.

11. Fremdkörper der Blase.

1. *Ottow, B., Zur Diagnose und Therapie der Fremdkörper der weiblichen Harnblase. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 2. Nr. 6.
2. *Zikmund, E., Fremdkörper der Harnblase. Casop. lék. cesk. 1914. Nr. 30. Ref. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 1901.

Zikmund (2) beschreibt einen Fall von mit Konkrementen überzogener Haarnadel in der Blase mit Usur der Blasenwand am Übergang zur Harnröhre und Bildung einer zweihellerstückgrossen Fistel, durch die der Fremdkörper in die Scheide vorragte. Die Nadel wurde durch die Fistel extrahiert, ebenso die zahlreichen Blasensteine, dann die Fistel geschlossen.

Ottow (1) berichtet über einen Fall von Entfernung einer kegelförmig abgesägten Geweihsprosse von 2,7 cm Länge und 1,8 cm Basisdurchmesser aus der Blase mit Hilfe der Harnröhrendilatation durch Hegarsche Dilatatoren; zugleich musste die rechte Niere wegen Vereiterung entfernt werden. Die Diagnostik beruht auf den vorhandenen subjektiven und objektiven Blasensymptomen und auf der kystoskopischen Feststellung von Form, Grösse, Gestalt und Art des Fremdkörpers. Der Fremdkörper soll durch die Harnröhre entfernt werden, wenn er ohne Verletzung und Schädigung durch die Harnröhre rückläufig passieren kann, besonders bei Komplikation mit Cystitis, wo durch die Schnittmethoden die Gefahr der Fistelbildung und der Sekundärheilung besteht. Die Instrumente sind unter

kystoskopischer Kontrolle einzuführen. Von den Schnittmethoden ist der vaginale Weg da auszuführen, wo er Erfolg verspricht und die Entfernung voraussichtlich gelingt. Bei kleinen Mädchen ist wegen Enge der Vagina die Sectio alta angezeigt. Nur wenige Fremdkörper kann man durch lösende Flüssigkeiten ohne Schädigung der lebenden Gewebe zu entfernen oder zu zerstören versuchen.

12. Parasiten der Blase.

1. **Robertson, W., Benzol in Bilharzia. Brit. Med. Journ. 1914. 19. Dez.** Ref. Münchn. **med. Wochenschr. Bd. 62. p. 921. (Empfehlung einer Kombination von Thymol** mit **Benzol; die Bilharziaeier werden tiefschwarz und schrumpfen.)**
2. Schrecker, Salvarsanbehandlung bei Bilharziose. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1914. Nr. 5. (Erwies sich als wirkungslos.)

d) Urachus.

1. Cohn, Th., **Ein Fall von offen gebliebenem Harnstrang, Urachus persistens.** Verein f. **wissenschaftl. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 8. März. Deutsche med. Wochenschr.** Bd. 41. p. 933. (Birnförmige Verlängerung der **Blasenkuppe bis zum Nabel im Röntgenbild, kystoskopisch grobe Querfalte an der Vorderfläche nahe der Kuppe. Blosslegung des Harnstrangs bis zur Blase, Abklemmung und Abtragung des Teiles zwischen** Nabel **und Blasenkuppe, Vernähung der Blase. Mann.)**
2. **Gappisch, Urachusfistel. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 15. Dez. 1914.** Deutsche **med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1083.** (Vom Nabel aus sondierbar; Mann.)

e) Harnleiter.

1. *Adler, L., Ureterstein. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 9. Nov. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 908.
2. *Barber, W. H., Uretero-enteric anastomosis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. p. 1243.
3. Beccherle, G., Su di un caso di duplicitá incompleta dell' uretere. Policlinico. Sez. chir. Bd. 22. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 541. (Vor den Gefässen verlaufender akzessorischer Harnleiter, der nach 6—7 cm in den Hauptharnleiter einmündet; der Befund wurde bei Nephropexie wegen Nephroptose mit Erscheinungen von Hiluseinklemmung erhoben.)
4. Bokay, J., Ureterstein. Gyógyászat. Nr. 40. (Kind von 11 Jahren.)
5. *Braasch, W. F., und A. B. Moore, Stones in the ureter Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. p. 1234.
6. *Brenner, F., Zur Diagnose und Therapie der Uretersteine. Inaug.-Diss. Kiel.
7. Dinermann, Kompression der Ureteren bei Uteruskarzinom. Gyn. Helvet. Bd. 14. p. 142. (Beiderseitige Hydronephrose und Hydroureter, akute eitrige Pyelitis und Nephritis; die Ureteren selbst waren nicht vom Karzinom ergriffen.)
8. Douratch, Einfluss des Kollumkarzinoms auf die Harnorgane. Gyn. Helvet. Bd. 12. p. 142. (Wenig Symptome von seiten des Harnsystems, beide Ureteren und Nierenbecken durch Druck erweitert; die Blase wurde erst in den letzten Lebenstagen von Karzinom ergriffen.)
9. *Finsterer, Ureterpapillom. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 25. Juni. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 1041.
10. Frank, E., Abnorme Einmündungen des linken Harnleiters in die obere Zirkumferenz der Harnröhrenmündung. Kriegsärztl. Abend, Berlin, vom 18. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 722. (Demonstration.)
11. v. Franqué, Carcinoma vaginae und Prolaps; Resektion der mitergriffenen Blase samt distalem Ureterende, Implantation des Ureters in den Blasenrest. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Sitzg. vom 8. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 876. (Karzinom der prolabierten vorderen Scheiden- und hinteren Blasenwand einschliesslich des rechten Ureters. Die Ureteren funktionierten nach der Operation gut, jedoch trat nach vier Tagen Tod an Herz- und Lungeninsuffizienz ein.)

12. v. Franqué, Vollständige Anurie infolge Kompression beider Ureter durch Narbengewebe, entstanden nach lokaler Ausheilung eines inoperablen Kollumkarzinoms, bewirkt durch kombinierte Röntgen- und Radiumbestrahlung. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. vom 12. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1474. (Inhalt aus Titel ersichtlich; der vergrösserte und obliterierte Uterus wurde abgetragen, dann die stark erweiterten Ureteren durchschnitten und neu in die Blase eingepflanzt. Exitus, Sektionsbefund.)
13. *Gessner, W., Zur Behandlung der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 49 und 457.
14. Jewett, W. A., Bericht über einen Fall von Ureterverletzung und ihre Behandlung. Amer. Journ. of Obst. Bd. 71. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 867. (Neueinpflanzung des bei supravaginaler Amputation eines myomatösen Uterus 3 cm von der Blase entfernt durchschnittenen Ureters in der Blase. Heilung.)
15. *Kayser, Ureterinvagination. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 10. Juli 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 524.
16. *Lewis, Br., Über Uretersteine, die Technik ihrer Entfernung durch kystoskopische Methoden. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 774..
17. Loux, H. R., Plastic surgery of the kidney pelvis and the ureters. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. p. 1237.
17a. Lockyer, C., Double Ureter Simulating Parovarian Cyst in Right Broad Ligament. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. London. Oct.-Dez. XXVI. Nr. 4.
18. *Oliva, Ureterectomia totale per tumore. Giorn. d. R. acad. di Med. di Torino. 1914. p. 87. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 338.
19. Posner, C., Untersuchungen über die Harnleiter Neugeborener. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. (Siehe Jahresber. Bd. 28. p. 298.)
20. *Rison, Über einen Fall von Verstopfung des linken Ureters nach Exstirpation der rechten Niere wegen eines grossen Steines in derselben. Fol. urol. Bd. 9. Nr. 4.
21. *Rosenberg, M., Drei Fälle von zystischer Dilatation des vesikalen Harnleiterendes. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. Heft 3/4.
22. Schneersohn, Kompression der Ureteren bei Uteruskarzinom. Gyn. Helvet. Bd. 14. p. 153. (Hintere Blasenwand karzinomatös, rechtsseitige Hydronephrose, beiderseitige interstitielle Nephritis. Ureteren nicht von Karzinom ergriffen, sondern nur Geschwulstthrombosen in den Kapillarvenen der Ureterwand. Inkontinenz durch Sphinkterschwäche.)
23. *Steiger, M., Zur Behandlung der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 118.
24. *Stoeckel, W., Zur Behandlung der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 374.
25. *Winter, Zwei diagnostisch wichtige Ureterläsionen. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 209.

Missbildungen.

Rosenberg (21) hebt hervor, dass die zystische Dilatation des Harnleiterendes oft symptomlos besteht, jedoch kann sie auch die heftigsten Nieren- und besonders Blasensymptome hervorrufen; von letzteren werden Brennen in der Harnröhre nach der Miktion, plötzliche Unterbrechung des Harnstrahls und zuweilen trüber oder blutiger Harn angeführt. Bei der Kystoskopie ist der breitbasige, platte, transparente Tumor in der Gegend der Harnleitermündung, an dem rhythmische Kontraktionen zu beobachten sind, und bei beiderseitiger Anomalie die symmetrische Lagerung charakteristisch. Die Prognose hängt von der Ursache und von der Frühdiagnose ab. Die Indikation zur Operation richtet sich nach dem funktionellen Wert der entsprechenden Niere. Zur Entfernung kommt die Sectio alta und die intravesikale Operation in Frage.

Uretersteine.

Brenner (6) betont bei Uretersteinen die diagnostische Wichtigkeit der Kystoskopie und des Ureterenkatheterismus und besonders der Röntgenaufnahme, die, um Verwechslung mit akzessorischen Schatten zu vermeiden, mit Pyelographie und Einführung schattengebender Sonden zu verbinden ist. Für die operative Entfernung ist der geeignetste Weg die extraperitoneale Ureterotomie; die Laparotomie kommt nur in Betracht, wenn bezüglich

der Differential-Diagnostik ein stielgedrehter Ovarialtumor, eine Extrauterinschwangerschaft oder eine Appendizitis in Frage kommt. Ein endovesikales Vorgehen ist nur für wenige ausgewählte Fälle geeignet.

Das Material von Braasch und Moore (5) umfasst ausser 363 Nierensteinen 294 Fälle von Uretersteinen. Die Schmerzen werden entweder auf erhöhte Spannung in der Niere durch Ureterobstruktion oder auf lokale Infektion zurückgeführt. In 67% der Fälle wurde der Schmerz in die Nierengegend, in 15% in den oberen Abdominalquadranten, in 9% auf die Gegend des unteren Ureterabschnittes und in 1% auf die Regio suprapubica lokalisiert. Wirkliche Koliken werden wahrscheinlich mehr durch Ureter- als durch Nierensteine bewirkt. Bei Schmerzen im oberen Teil des Abdomens kann die Unterscheidung von Gallensteinen schwierig sein, bei Schmerzen im unteren Teil des Abdomens die Unterscheidung von Appendizitis. Im letzteren Falle beruhen die Schmerzen auf Ulzerationen im Ureter und auf Periureteritis. In einigen Fällen bestand allgemeine ausstrahlende Schmerzhaftigkeit im ganzen Abdomen ohne genaue Lokalisation. Schmerzen in Magen und Darm und Verdauungsstörungen werden als reflektorische Wirkung vom Sympathikus aus erklärt. Erscheinungen von Blasenreizung, teils im Beginn der Schmerzanfälle und 1—2 Tage dauernd, teils längere Zeit anhaltend (besonders bei Steinen im Blasenteil des Ureters) bestanden in 74% aller Fälle und ihr Fehlen ist für die Differentialdiagnose von hohem Wert. Die Anwesenheit von geringen Mengen roter Blutkörperchen und Eiterzellen ist an sich von geringem diagnostischen Wert, aber fordert zu genauer röntgenographischer Untersuchung auf. Starke Hämaturien fanden sich bei Uretersteinen nur in 14%, bei Nierensteinen dagegen in 56% der Fälle. Andauernde Blutung weist auf ulzerative Prozesse in der Ureterwand hin; in einem Falle fand sich Nekrose der benachbarten Blutgefässe. Die Möglichkeit einer Palpation des Steines vom Rektum aus ist nur ausnahmsweise gegeben, dagegen konnten bei Frauen die Uretersteine von der Scheide aus in 22% der Fälle palpiert werden. Der Stein muss hierbei mindestens 1 cm im Durchmesser messen. Chronisch entzündliche Verdickungen des Ureters können hierbei diagnostische Irrtümer herbeiführen.

Die Röntgenaufnahme blieb in 11% der Fälle negativ. Diagnostische Irrtümer können durch fehlerhafte Technik, durch Sitz, Gestalt und Charakter des Steins bewirkt werden. Extraureterale Schatten können Steine vortäuschen. Die Röntgenaufnahme allein kann in kaum mehr als 60% der Fälle die exakte Diagnose erbringen.

Die meisten Uretersteine werden spontan ausgestossen; wegen der starken Schmerzanfälle, der Gefahr der Zerstörung der Niere und anderer Komplikationen soll nicht länger als 2—3 Monate auf die Spontanausstossung gewartet werden. Vor einem operativen Eingriff soll versucht werden, durch Katheterismus, Glyzerininjektion, Fulguration, Ureterdilatation, Meatotomie und Extraktion des Steins von der Blase aus eine Ausstossung oder Entfernung zu erzielen. In 74% der Fälle sass der Stein im unteren Ureterabschnitt. Die Mehrzahl sitzt an den schon normal verengten Stellen des Ureters. Die linke und die rechte Seite ergaben sich als annähernd gleich häufig befallen, beiderseitige Uretersteine fanden sich nur in sechs Fällen, Ureter- und Nierensteine auf der gleichen Seite in 12, multiple Uretersteine in 17 Fällen.

In der Diskussion fordert Br. Lewis stets auf, vor Vornahme einer Operation an der Niere den Versuch zu machen, Uretersteine von der Blase aus zu entfernen und gibt geeignete Instrumente zu Dilatation und Steinextraktion auf endovesikalem Wege an. Krotoszyner fordert zur Untersuchung auf Blut unmittelbar nach einem Kolikanfall auf, zu welcher Zeit der Blutgehalt ein sehr konstanter ist.

Adler (1) entfernte bei einer 43jährigen Multipara einen Ureterstein durch Ureterotomie von der Scheide aus unter Überdeckung der Ureternaht durch Heranziehung der angrenzenden Blasenmuskulatur. Es hatten Schmerzanfälle in der rechten Unterbauchseite bestanden und ein Jahr vorher war ein Stein abgegangen. Der Harn enthielt Eiweiss, massenhaft Leukozyten und einige Erythrozyten; die Blase war stark verzogen, die rechte Ureteröffnung ödematös und injiziert und der Ureter nur auf 2 cm Länge sondierbar, wo er auf ein Hindernis stiess. Acht Tage nach der Operation war der rechte Ureter noch funktionslos. Die Harnmenge stieg am ersten Tag nach der Operation um das Dreifache.

In der Diskussion teilt Königstein einen Fall von Ureterstein mit sehr grosser Hydronephrose mit, deren Inhalt vor der Operation nach Spontanausstossung des Steins vollständig abfloss. Fleischmann berichtet über einen Fall von vaginaler Ureterolithotomie, nachdem schon früher aus demselben Ureter auf extraperitonealem Wege ein Stein entfernt worden war. Es trat Heilung bis auf eine kleine Fistel ein, später kam es aber zu Urämie wegen Steinbildung auch auf der anderen Seite und Exitus. G. A. Wagner beobachtete einen ganz symptomlos gebliebenen Ureterstein, der bei der Exstirpation eines karzinomatösen

Uterus zufällig gefunden wurde. Ferner berichtet er über einen Fall von grossem rechtsseitigem Nierentumor ein Jahr nach Exstirpation eines malignen Ovarialtumors bei einem jungen Mädchen. Der rechte Ureter erwies sich nahe unterhalb seines Ursprungs als undurchgängig. Die Operation wurde wegen Verdacht einer Funktionsbeeinträchtigung der linken Niere nicht ausgeführt. 10 Monate später war die Funktion der linken Niere befriedigend, aber es trat plötzliche Anurie auf, weil 4 cm von der Blasenmündung ein Stein im linken Ureter sass, der unter heftigen Koliken spontan in die Blase entleert wurde und im Anschluss daran wurde auch der rechtsseitige Stein in Trümmern in die Blase ausgestossen und es kam zur allmählichen Entleerung der rechtsseitigen Pyonephrose.

Lewis (16) beschreibt die Technik der endovesikalen Entfernung von Uretersteinen mit dem Operationskystoskop unter Erweiterung des strikturierten Harnleiters und die dazu geeigneten Instrumente.

Rison (20) beobachtete nach rechtsseitiger Nephrektomie wegen grossen Steines am 18. Tage eine schwere Darmblutung und nach weiteren 20 Tagen Verstopfung des linken Ureters durch Konkremente mit abwechselnd eintretender mehrtägiger Anurie. Die Ausstossung der Steine wurde dadurch erleichtert, dass der Harnleiter durch vier zugleich eingeführte Harnleiterkatheter erweitert, die Harnleiterschleimhaut kokainisiert und der Katheter unter Einführung von heissem Glyzerin unter hohem Druck hervorgezogen wurde. Genesung. Der primäre Stein bestand aus Phosphaten und Oxalaten mit einem Uratkern, die linksseitige aus Magnesium- und Kalkphosphaten mit unbedeutender Uratbeimengung.

Loux (17) beseitigte eine Striktur des Ureters bei Ureterstein durch extraperitoneale Ureterotomie, Inzision der Strikturstelle, Entfernung des Steins und Naht. Heilung.

Neubildungen.

Finsterer (9) führte in einem Falle von Papillom des unteren Harnleiterabschnittes, das in die Blase vorragte, die Resektion des 10 cm langen Endstückes des Ureters aus mit Einnähung des Ureterstumpfs in die Blase und Heilung. Das Papillom zeigte karzinomatöse Degeneration.

Oliva (18) entfernte bei einer 39jährigen Frau, die seit sechs Monaten an Schmerzen in der rechten Seite und intermittierender Hämaturie gelitten hatte, ein verruköses Adenokarzinom der Niere. Nach $1^1/_2$ Jahren trat wieder Hämaturie auf und man fand kystoskopisch eine haselnussgrosse papillomatöse Geschwulst aus dem durch die Scheide verdickt gefühlten rechten Ureter vortreten. Der Ureter wurde isoliert und nach Eröffnung der Blase exstirpiert. Naht der Blase, Drainage vom Scheidengewölbe aus, Schluss der Bauchwunde, Dauerkatheter. Heilung.

Ureterchirurgie.

Barber (2) versuchte bei Tieren die durchschnittenen Ureteren so in eine in die Hautwunde fixierte Schlinge des S romanum einzunähen, dass der unterbundene Ureter mittels Nadel schräg in die Darmwand eingeführt und dann senkrecht aus der Darmwand wieder herausgeführt wurde. Die distalen Ureterstümpfe, die aus der Darmwand hervorragen, wurden in die Hautwunde fixiert und wurden, nachdem sie sich gefüllt haben, eröffnet.

In der Diskussion spricht sich Coffey bei der Einpflanzung der Ureteren in den Darm für Miteinpflanzung der Papille aus, ebenso Mayo, der in einer Reihe von Fällen von Blasenektopie auf diese Weise mit Erfolg operiert hat. Draper hält die Bildung einer Klappe für einen geringen Schutz gegen aufsteigende Infektion, auch Cabot erklärt die Bildung einer Klappe für nicht besonders wertvoll und macht auf die Verbreitung der Infektion auf dem Lymphwege aufmerksam. Eston hat die Einpflanzung des Ureters in die Appendix mit Vorteil ausgeführt. Braasch sieht die hauptsächlichste Ursache der Infektion in der Rückstauung des Harns.

Winter (25) beschreibt einen Fall von Verletzung des rechten Ureters bei abdominaler Uterusexstirpation wegen Karzinoms; nach sieben Monaten musste wegen Kolipyelitis die rechte Niere exstirpiert werden und es ergab sich nun auch eine feine wandständige Fistel des linken Ureters, die von der Scheide aus durch Anfrischung und Naht erheblich gebessert wurde.

In einem zweiten Falle wurde bei Prolapsoperation und ausgedehnter Ablösung und Raffung der Blase der rechte Ureter ligiert und wahrscheinlich partiell auch der linke. Rechts trat nach Auftreten von Nierenkoliken Durchbruch ein und es kam nach vorübergehender Entleerung von Harn in die Blase zum vollständigen Harnabfluss durch die Scheide. Als

möglich wird für die anfängliche Untätigkeit des linken Ureters auch reflektorische Anurie angenommen. Es wird doppelseitige Neueinpflanzung des Ureters in Aussicht genommen.

In der Diskussion teilt Westphal einen Fall von absoluter Anurie nach Mitfassen des linken Ureters bei Emmetscher Operation mit.

Kayser (15) vereinigte in einem Falle von Durchschneidung des Ureters bei Exstirpation eines malignen Ovarialkystoms die Ureterenden dadurch, dass er das proximale Ende des Ureters in das distale invaginierte. Heilung mit normaler Funktion. In der Diskussion gibt Mackenrodt den augenblicklichen Erfolg dieser Methode zu, befürchtet aber in der Folge eine Stenose des Ureters und eine Atrophie der Niere.

Tecon (g. 8. 42) berichtet über einen Fall von rechtsseitiger Nephrostomie wegen Anurie bei Uteruskarzinom; nach der Operation trat linkerseits wieder Sekretion auf. Exitus nach 10 Tagen.

Schliesslich sei erwähnt, dass Gessner (13) bei Schwangerschaftsniere, um den Ausbruch einer Eklampsie zu verhüten, den Vorschlag macht, den rechten Ureter in das Kolon oder in den Wurmfortsatz temporär einzupflanzen, Dieser Vorschlag wird von Steiger (23) und noch entschiedener von Stöckel (24), von letzterem als operativer Verstümmelungsversuch, abgelehnt. In einer weiteren Mitteilung verteidigt Gessner (13) die von ihm empfohlene Operation.

f) Harngenitalfisteln.

1. Beuttner, Zwei Fälle von Uterusbauchdeckenfistel nach Sellheim. Gyn. Helvet. Bd. 9. p. 340 und Bd. 11. p. 340. (Blasenscheiden- und Mastdarmscheidenfistel mit starker narbiger Scheidenstenose, die eine Geburt per vias naturales unmöglich machte.)
2. *v. Franqué, Zur Trendelenburgschen Operation der Blasenscheidenfistel. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. vom 12. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1475.
3. Kehrer, E., Symphysenlockerung und Symphysenruptur. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 321. (Fall von Symphysenruptur bei engem Becken durch Zangenentbindung mit Abreissung der Urethra und Zerreissung derselben in ihrer ganzen Länge und ausgedehnter Nekrose.)
4. *Kubinyi, P., Operativ geheilter Fall eines schweren Defektes. Budapester Ärzteges. Sitzg. vom 14. März 1914. Pester med.-chir. Presse. Bd. 51. p. 86.
5. Nagel, W., Über einen geheilten Fall von Uterovesikalfistel mit abdominaler Exstirpation des Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 10. Juli 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 525. (Siehe Jahresbericht Bd. 28, p. 304; in der Diskussion gibt Gerstenberg Aufschluss über die Geschichte des Falles und Nacke berichtet über die Operation einer Blasenscheidencervixfistel durch Umschneidung der Fistel, Abpräparieren des Scheidengewölbes nach beiden Seiten und Abschiebung der Blase vom Uterus.)
6. *Nikolenko, Fall von Uteruskrebs mit Vesikovaginalfistel. Gyn. Helvet. Bd. 12. p. 261. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 242.
7. *Tscherkinsky, 23 Fälle von Vesikovaginalfisteln. Gyn. Helvet. Bd. 11. p. 296.
8. Zangemeister, Fall von Blasencervixfistel. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 24. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 587. (Im obersten Teil eines weit hinaufreichenden Cervixrisses sitzend, nach Wendung und Extraktion bei ungenügend eröffnetem Muttermund entstanden.)

Tscherkinsky (7) beschreibt 23 Fälle von Blasenscheidenfisteln, darunter 10 geburtshilfliche, 11 nach Karzinom des Uterus entstandene und 2 postoperative. 8 Fälle wurden operiert, und zwar 5 durch Abpräparieren der Blasen- von der Scheidenwand und getrennte Naht. Letztere Methode wird als Methode der Wahl bezeichnet.

v. Franqué (2) tritt an der Hand eines mit vollem Erfolg operierten Falles für die Trendelenburgsche Operation der Blasenscheidenfistel ein, welche, allerdings nur für ausgewählte Fälle, die am raschesten und sichersten zum Erfolg führende Operation sein kann.

Kubinyi (4) beschreibt eine zwei querfingerbreite hochsitzende Blasencervixfistel, die zugleich mit komplettem Dammriss nach operativer Geburt bei einer VIpara (Wendung und Extraktion) entstanden war. Die Operation bestand in Ablösung der Cervix von der Blase bis zum Peritoneum durch Schnitt im vorderen Scheidengewölbe, wobei beider-

seits die A. uterina unterbunden werden musste, und in getrennter Naht der Blasen- und Cervixwand und Schluss des Scheidengewölbes. Unter Dauerkatheter und Helmitoldarreichung trat Heilung mit vollständiger Kontinenz ein.)

Nikolenko (6) fand bei Uteruskarzinom mit Blasenscheidenfistel die vordere und hintere Blasenwand in allen Schichten von Karzinom durchsetzt, das Trigonum zerstört und die Ureteren im unteren Teil zerstört und darüber dilatiert, ferner Dilatation des Nierenbeckens, leichte chronische interstitielle Nephritis und die Nierenkapillaren sklerothrombotisch verändert.

---

g) Chirurgische Krankheiten der Nieren beim Weibe.

1. Anatomie, normale und pathologische Physiologie.

1. *Asher, L., Die Innervation der Niere. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1000.
2. *Baetzner, W., Experimentelle Studien über die Funktion gesunder und kranker Nieren. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 2.
3. *Leschke, E., Untersuchungen über den Mechanismus der Harnabsonderung in der Niere. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 81. Heft 1/2.
4. *Marinacci, S., Experimentelle Untersuchungen über die Schwankungen der Nierenfunktion bei einseitigen Nierenleiden. Il Policlinico, Sez. chir. Bd. 18. p. 170. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 316.
5. *Wossidlo, E., Zur Funktion der hypertrophischen Niere. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 25. Febr. 1914. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. Nr. 10.

Nach den Untersuchungen Ashers (1) ist die Nervenversorgung der Niere eine doppelte, und zwar vom autonomen (parasympathischen) und sympathischen Nervensystem aus. Bei der Niere ist die Wirkung beider Nervenarten antagonistisch und die Niere besitzt spezifisch fördernde und spezifisch hemmende Nervenfasern, wobei die hemmenden Wirkungen überwiegen. In erster Linie wird die Tätigkeit der Niere nicht von den Nerven, sondern vom Stoffwechsel beeinflusst, jedoch wird dem Nervensystem eine regulierende Tätigkeit zugeschrieben.

Baetzner (2) kommt nach Untersuchungen über die Ausscheidung von Jodkalium und anderen Stoffen zu dem Ergebnis, dass die Nierensekretion von einer aktiven sekretorischen Tätigkeit der Nierenzellen beeinflusst wird.

Nach Leschkes (3) Untersuchungen wird der zugeführte Farbstoff zum grössten Teil durch die Harnkanälchen ausgeschieden, die auch ausschliesslich die normalen Harnbestandteile ausscheiden. Die Glomeruli scheiden das Wasser in physiologischer Konzentration aus. Zugeführte Salzmengen werden in den Glomerulis nicht ausgeschieden. Die Fähigkeit der Konzentration des Harns kommt ausschliesslich den Epithelien der Harnkanälchen zu.

Wossidlo (5) weist mittelst Karmininjektion bei Tieren nach, dass, wenn nach Exstirpation einer Niere die andere die ganze Funktion übernehmen muss, im Anfang eine geringe Karminaufspeicherung stattfindet, dann aber eine erhöhte Durchlässigkeit der Nierenepithelien auftritt. Wenn dann die Niere in den verschiedenen Abschnitten hypertrophisch geworden ist, findet eine Rückkehr zur Norm statt.

Marinacci (4) beobachtete nach Nephrektomie seitens der zurückgebliebenen Niere nach einer höchstens bis zum dritten Tage dauernden geringen Funktion bereits in der ersten Woche eine Funktionssteigerung, die 3—4 Wochen dauert und dann allmählich wieder normal wird. Die Kompensationshypertrophie ist eine von der Vermehrung der auszuscheidenden chemischen Stoffe abhängende Arbeitshypertrophie, und zwischen der gesteigerten Funktion und der anatomischen und histologischen Hypertrophie besteht kein Verhältnis. Die Hypertrophie wurde nicht beobachtet, wenn die zurückgebliebene Niere nicht normal (Nephritis, vorherige Unterbindung der Nierenvene) oder infolge der schlechten Funktion der erkrankten Niere schon hypertrophisch geworden war.

2. Diagnostik.

1. *Albrecht, H., Zur Frage der Gefährlichkeit der Pyelographie. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 99.

2. *Bauer, R., und W. v. Nyiri, Klinische Bedeutung der neueren Methoden der Nierenfunktionsprüfung. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 81.
3. Bergmann, S., Über die Methoden, den Harn beider Nieren innerhalb der Blase aufzufangen. Inaug.-Diss. Freiburg 1913. (Beschreibung der bisher bekannten Methoden unter Erwähnung ihrer Fehlerquellen.)
4. Bloch, B. F., Einfluss einer an den Nieren vorgenommenen Operation, soweit letztere durch die Phenolsulphophthaleinprobe angezeigt wird. Path. Soc. of Philadelphia. Sitzg. vom 22. Jan. 1914. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 56. (Weder Narkose noch Operation waren von nachweisbarem Einfluss.)
5. *Braasch und Thomas, The practical value of chemical tests of renal function in surgical conditions of the urinary tract. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 104.
6. Brandao-Filho, M. A., A propos d'un point de technique dans le cathétérisme des uretères. Journ. d'Urol. Bd. 5. Nr. 1. (Der Dauerkatheterismus der Ureteren wird durch geeignete Drehungen des Albarranschen Ureterenkystoskops ermöglicht.)
7. *Burns, E., Thorium als neues Agens für Pyelographie. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 927. Ref. Med. Klinik. Bd. 11. p. 927.
8. *Eisendraht, The effects of collargol as employed in pyelography. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 128.
9. *Fahr, Kollargolfüllung des Nierenbeckens. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 2. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 1293.
10. *Fitz, The value of tests for renal function in the early and avanced Brights disease. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 148. Nr. 3.
11. *Hahn, A., Eine einfache Methode der quantitativen Harnstoffbestimmungen kleiner Blutmengen für die Zwecke der Nierendiagnostik. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 134.
12. *Hohlweg, H., Der Reststickstoff des Blutes unter physiologischen Bedingungen, sein Verhalten bei Nephritis, Urämie und Eklampsie, sowie seine Bedeutung für die Prüfung der Nierenfunktion. Med. Klinik. Bd. 11. p. 331 und Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 28. Heft 3.
13. *v. Illyés, G., Erfahrungen über Nierenchirurgie. Fol. urol. Bd. 8. Nr. 4 ff.
14. *Jones, J. P., A clinical study of the renal functional activity by means of phenolsulphonephthalein. New York Med. Journ. 1914. 12. Sept. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 318.
15. *Keyes, E. L., The damage done by pyelography. Amer. Journ. of Med. Sciences. Jan. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 666.
16. *Kümmell, H., Die Methoden zur Bestimmung der Nierenfunktion. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. Heft 1/2.
17. Langstroth, L., Über die diagnostische Bedeutung hyperästhetischer Hautzonen. Arch. of int. med. August. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 1170. (Werden nur bei Nierenaffektionen als von diagnostischer Bedeutung erklärt.)
18. *Miliani, A., Un caso di ascesso retroperitoneale, che dimostra un errore di diagnosi imputabile alla separazione endovescicale delle urine, associate alla cistoscopia a visione diretta. Policlinico, Sez. chir. Bd. 22. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 340.
19. Müller, J., Sehr eiweiss- und fettreicher Harn. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 4. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1056. (Beimischung von Hühnereiern durch die hysterische Patientin.)
19a. *Quinby, W. C., und R. Fitz, Observations on renal function in acute experimental unilateral nephritis. Arch. of int. med. Febr. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 688.
20. *Sanes, K. J., Diagnostischer und therapeutischer Wert des Nierenkatheterismus. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 26. Jahresvers. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 55.
21. *Simon, L., Beiträge zur Beurteilung des Wertes und der Gefahren der Pyelographie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. p. 297.
22. *Smith, G. G., Separate renal function. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 223.
23. *v. Szöllösy, L., Die Opsiurie. Zeitschr. f. exp. Path. u. Therapie. Bd. 17. Heft 2.
24. *Thayer und Snowden, A comparison of the results of the phenolsulphonephthalein test of renal function with the anatomical changes observed in the kidneys at necropsy. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 148. Nr. 6.
25. *Tracy, S. E., The phenolsulphonephthalein test from the viewpoint of the abdominal surgeon. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Heft 6.
26. *Walther, H. W. E., Die Pyelographie, ein rationelles diagnostisches Verfahren. Interstate Med. Journ. Bd. 22. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 866.

Methoden zur Gewinnung des Nierenharns.

Sanes (20) hebt den hohen diagnostischen Wert des Ureterenkatheterismus hervor, dessen Gefahren sich durch gute Technik vermeiden lassen.

Miliani (18) beschreibt einen Fall von grossem, durch einen gewundenen Fistelgang in die Blase einmündenden retroperitonealen Abszess, der nach direkter Kystoskopie und Harnscheidung nach Luys als Pyelonephritis diagnostiziert wurde; es wird darauf hingewiesen, dass bei Ureterkatheterismus der Irrtum vermieden worden wäre.

Funktionsprüfungsmethoden.

Kümmell (16) bespricht die verschiedenen Funktionsprüfungsmethoden der Niere, und zwar die Bestimmung des Harnstoffes im getrennt aufgefangenen Nierenharn, die Chromokystoskopie, die Phenolsulphophthaleinprobe, die Phloridzinprobe, die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit (besonders bei kleinen zur Verfügung stehenden Harnmengen — 1—2 ccm — auszuführen und sehr wertvoll), die Methode der experimentellen Polyurie, die ureosekretorische Konstante von Ambard und Morena, endlich die Kryoskopie des Harns und des Blutes. Als Gang der Nierenuntersuchung vor einer Operation wird vorgeschlagen: Untersuchung auf Zucker, Eiweiss, Zylinder, Bakterien etc., dann Kryoskopie des Blutes und Ureterkatheterismus, zugleich Injektion von Indigkarmin oder Phenolsulphophthalein oder Phloridzin mit nachfolgender eingehender mikroskopischer Untersuchung des getrennten Nierenharns.

Bauer und v. Nyiri (2) kontrollierten die Ergebnisse der Ambardschen Konstante, der Jod- und Milchzuckerversuche und der Chlor- und Stickstoffbilanz nach Schlayer und Monakow für die Nierenfunktionsprüfung bei Nephritis und fanden stets ein mit den klinischen Erscheinungen übereinstimmendes Resultat.

Smith (22) fand den Eintritt der Farbstoffausscheidung nach subkutaner oder intramuskulärer Einverleibung von Phenolsulphophthalein nach 7—13, bei intravenöser nach drei Minuten. Die Ausscheidung in den ersten 15 Minuten beträgt im ersteren Falle 3—6, in letzterem 15%. Scheidet bei einseitiger Erkrankung die gesunde Niere in den ersten 15 Minuten 15% des Farbstoffes aus, so funktioniert sie normal, bei Ausscheidung von mehr Farbstoff ist sie bereits vikariierend für die erkrankte Niere eingetreten. Die Ergebnisse der Funktionsprüfung nach Harnleiterkatheterismus stimmten mit den pathologischen Nierenbefunden regelmässig überein.

Tracy (25) fand, dass das Phenolsulphophthalein nach 5—43 Minuten, im Mittel nach 10 Minuten im Harn erscheint und dass in der ersten Stunde 34,27, in der zweiten 20,83% ausgeschieden werden. Eine Indikation für oder gegen die Nephrektomie kann aus den Ausscheidungsverhältnissen nicht entnommen werden, jedoch ist bei sehr niedrigem Prozentsatz grosse Vorsicht in der Indikationsstellung zur Operation zu empfehlen.

Thayer und Snowden (24) fanden bei schwerer chronischer Nephritis eine niedrige Farbstoffausscheidung (Phenolsulphophthalein), die bei Ausbruch einer Urämie noch weiter sinkt; bei mässig ausgebreiteter chronischer Nephritis war die Ausscheidung vermindert, ebenso bei akuter Nephritis und bei Amyloidniere.

Jones (14) fand bei gesunden Nieren auf Phenolsulphophthaleineinverleibung in der ersten Stunde eine Farbstoffausscheidung von 30—40 und in der zweiten von 15—25%. Bei akuter parenchymatöser Nephritis war die Ausscheidung fast stets grösser, bei chronisch-diffuser und interstitieller Nephritis dagegen subnormal.

Fitz (10) erklärt als sicherste Methode der Funktionsprüfung der Niere die Phenolsulphophthaleinprobe und die Bestimmung des Reststickstoffs im Blut.

Braasch und Thomas (5) fanden, dass die Phenolsulphophthaleinprobe die anderen Funktionsprüfungsmethoden nicht ersetzen kann und für die Prognose nicht massgebend ist, wenn sie auch zuweilen wertvolle diagnostische Anhaltspunkte gibt.

Quinby und Fitz (19a) wiesen bei experimentell erzeugter einseitiger Nephritis nach, dass die Bestimmung der Stickstoffausscheidung und die Phenolsulphophthaleinausscheidung die zuverlässigsten Funktionsprüfungsmethoden sind.

v. Szöllösy (23) regt den Gedanken an, dass die Opsiurie, d. h. die Verspätung der Harnausscheidung nach Wasseraufnahme, zur Nierenfunktionsprüfung verwendet werden könnte.

v. Illyés (13) erklärt die Kryoskopie des Harns für eine wichtige und verlässige Funktionsprüfung der Niere.

Hohlweg (12) benützte zur Beurteilung der Gesamtnierenfunktion die Bestimmung des Reststickstoffs im Blute, nachdem er beobachtet hatte, dass bei Nephritis mit Urämie

der Reststickstoff, der bei normaler Nierenfunktion im Mittel 51 mg in 100 ccm beträgt, um so mehr ansteigt, als die Urämie sich dem letalen Ende nähert. Es fand sich hierbei, dass der Reststickstoff bei Erkrankung einer Niere und gesunder anderer Niere sich in normalen Grenzen hält, wobei es einflusslos bleibt, ob die erkrankte Niere wenig erkrankt oder in weitester Weise erkrankt oder gestört ist. Das gleiche fand sich bei Vorhandensein nur einer Niere, wenn diese gesund war, also nach Nephrektomie und vikariierendem Eintreten der zurückgebliebenen Niere, während in der ersten Zeit nach der Operation der Reststickstoff eine mehr oder weniger deutliche Erhöhung zeigte. Dagegen erwies sich der Reststickstoff bei Einnierigen, wenn die vorhandene Niere erkrankte und bei doppelseitigen Nierenerkrankungen, als erhöht — in letzterem Falle aber durchschnittlich weniger erhöht als bei doppelseitiger parenchymatöser oder interstitieller Nephritis. Die Untersuchungen ergaben, dass eine Erhöhung des Reststickstoffs von 100 mg an schwere irreparable Prozesse an den Nieren mit absolut ungünstiger Prognose annehmen lässt, so dass bei doppelseitiger Erkrankung eine Exstirpation der schwerer erkrankten Niere nicht mehr angezeigt ist, während bei Erhöhung auf unter 100 mg noch eine Exstirpation der schwerer erkrankten Niere vorgenommen werden kann.

Hahn (11) empfiehlt zur Prüfung der Nierenfunktion die quantitative Bestimmung des Harnstoffs im Blut und gibt dazu eine exakte und einfach auszuführende Bestimmung mittelst Soja-Urease, durch welche der Harnstoff in NH_3 übergeführt wird, das durch Titration bestimmt wird.

Pyelographie.

Albrecht (1) erklärt nach Mitteilung eines Falles von Hydronephrose, in welchem die Kollargolfüllung des Nierenbeckens mit aller Vorsicht vorgenommen worden war und dennoch schwere urämische Erscheinungen auftraten, die allerdings nach acht Tagen schwanden, die Pyelographie bei Hydronephrosen und Pyelonephritis für kontraindiziert. In dem beobachteten Falle wird ein Aufsteigen der Füllflüssigkeit in erweiterte Harnkanälchen und eine Verminderung der Resistenz des Nierengewebes als Ursache der schweren Folgeerscheinungen angenommen.

Keyes (15) erklärt eine vorübergehende mässige Ausdehnung des normalen Nierenbeckens mit Kollargol für unschädlich, jedoch wird, wenn die Ausdehnung einige Minuten andauert, Flüssigkeit in Blutgefässe und Lymphräume des Nierenbeckens aufgesogen; obwohl ein Eindringen von Kollargol vom Nierenbecken aus in die Harnkanälchen nicht beobachtet wurde, war doch Kollargol in den Glomerulis und Tubulis contortis aufgefunden, so dass das Auftreten des Kollargols in den Glomerulis und Harnkanälchen als sekretorische Erscheinung aufgefasst wird. Nach der Kollargoluntersuchung kann es durch Verstopfung des Harnleiters zu sekundärer renaler Retention und Infiltration kommen. Sofort nach der Pyelographie auftretende stürmische Erscheinungen sind durch unmittelbare Drainage der Niere oder Nephrektomie zu behandeln. Die Anwesenheit von Kollargol im Nierengewebe ist an sich nicht besorgniserregend; das Kollargol trat in einigen Fällen in den Kreislauf über und wurde in der zweiten Niere oder in anderen Geweben abgesondert.

Simon (21) verteidigt die Pyelographie gegen die ihr gemachten Vorwürfe und gegen die Behauptung, dass sie nicht mehr leiste als die anderen ungefährlichen Methoden. Sie kann für Diagnostik und Indikationsstellung nicht entbehrt werden, jedoch sind als Kontraindikationen ein nicht vergrössertes Nierenbecken und der Verdacht auf eine Läsion des Nierenbeckens oder des Ureters durch den Ureterkatheter zu beachten. Einwandfreie Technik und vorherige Eichung des Nierenbeckens sowie besondere Vorsicht bei Anwendung einer Kompressionsblende sind unerlässliche Vorbedingungen.

Walther (26) verteidigt die Pyelographie gegen die vielfach erhobenen Vorwürfe und bezeichnet sie als ein wertvolles diagnostisches Verfahren bei zweifelhaften Bauchtumoren, bei beginnender Hydronephrose und bei manchen nicht anders aufzuklärenden Anomalien von Ureteren und Nierenbecken. Die beschriebenen Schädigungen können durch Füllung des Nierenbeckens unter atmosphärischem Druck vermieden werden, der manometrisch bestimmt wird. Die Verwendung von Spritzen wird verworfen.

Fahr (9) konnte in einem Falle von Kollargolfüllung des Nierenbeckens und darauf folgendem Exitus das Eindringen des Kollargols in das Lymphgefässsystem und in die Fettkapsel, ferner in Pankreas und Leber, aber ohne Nekrosenbildung nachweisen. Ein Eindringen in die Harnkanälchen war nicht nachzuweisen. Der Tod war nicht auf Kollargolvergiftung, sondern auf lokale Schädigung der Nieren zurückzuführen, die durch Injektion unter starkem Druck und ohne Ablaufmöglichkeit der Injektionsflüssigkeit bewirkt wird.

Eisendraht (8) betont, dass Kollargolinjektion in das Nierenbecken unter gewöhnlichem Druck niemals Schädigungen der Niere bewirkt; nur unter erhöhtem Druck tritt Silber in die Niere und in die Blutbahn mit Ablagerungen und Infarktbildung in Leber, Milz und Lungen.

Burns (7) erhielt bei Füllung des Nierenbeckens mit 10—15%iger Lösung von Thoriumnitrat deutliche Bilder.

3. Operationen und Indikationen.

1. *Anderson, J. H., Successfull treatment of a bichloride poisoning case by hydraulic irrigation through coecostomy operation. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 22. Nr. 3.
2. *Aubert, Nierendekapsulation bei Eklampsie. Gyn. Helvet. Bd. 9. p. 373.
3. *Beuttner, Vier Fälle von Eklampsie und vaginalem Kaiserschnitt. Gyn. Helvet. Bd. 9. p. 38.
4. *Eisenreich, O., Über die therapeutische Beeinflussung der Eklampsie. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 11. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 453.
5. *Els, Einseitige renale Hämaturie infolge Kresolschwefelsäureintoxikation, geheilt durch Dekapsulation. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 367.
6. *Goodman, E. H., The effect on blood pressure of decapsulation of the kidney. New-York. Med. Journ. 1914. 3. Okt. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 313.
7. *Liek, E., Ein weiterer experimenteller Beitrag zur Frage des arteriellen Kollateralkreislaufs der Niere. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 3.
8. *Luxembourg, H., Zur Frage der Nierenentkapselung bei Sublimatvergiftung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 134. p. 377.
9. *Mayo, W. J., Procedures following nephrectomy. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 953.
9a. Misch, W., Zwei Fälle von Nephritis chronica dolorosa ohne jeglichen Harnbefund. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9.
10. *Rovsing, Th., Erfahrungen über die chirurgische Behandlung der chronischen aseptischen „medizinischen" Nephritis. Hospitalstid. Bd. 58. Nr. 1/2.
11. Tschaika, Die Blutung nach Nephrektomien und ihre Bekämpfung. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 132. Heft 1/2. (Siehe Jahresbericht Bd. 28, p. 324.)
12. *Zoeppritz, B., Schwangerschaft und Nephrektomie. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. H. 1/2.

Mayo (9) schlägt bei Verletzung des Duodenums bei der Nephrektomie die Inzision des Bauchfells, Freilegung und Vorziehung des Duodenums, die Naht mit Aufnähung eines transplantierten Netzstückes vor. Zur Unterbindung der Gefässe werden zwei Klammern angelegt und unterhalb jeder Klammer die Unterbindung ausgeführt, wodurch Blutungen vermieden werden, wenn die Gefässe nicht isoliert unterbunden werden konnten. Den Harnleiter versenkt Mayo bei geschlossenen Tuberkulosen so, dass er ihn in die Wunde versenkt und letztere primär und ohne Drainage verschliesst; bei noch sezernierenden Nierentuberkulosen oder bei Mischinfektion wird der Ureterstumpf im untersten Wundwinkel so fixiert, dass er etwas über die Haut hervorragt.

Nach Zöppritzs (12) Feststellungen ist eine Schwangerschaft nach vorausgegangener Nephrektomie von geringer Gefahr für Mutter und Kind. Wenn die zurückgebliebene Niere gesund ist, so ist sie für Erkrankungen in der Schwangerschaft nicht besonders disponiert, auch nach Nierentuberkulose, vorausgesetzt, dass nach der Operation genügend lange Zeit verstrichen und die Tuberkulose ausgeheilt ist. Nach Nephrektomie wegen anderweitiger Bakterieninfektionen soll vor Eingehen der Ehe und während der Schwangerschaft bakteriologische Kontrolle stattfinden. Eine Unterbrechung der Schwangerschaft ist nur im äussersten Notfalle berechtigt.

Rovsing (10) hebt hervor, dass alle medizinischen Nephritisformen, die parenchymatöse, interstitielle und Glomerulonephritis einseitig sein können und tatsächlich auch nicht selten einseitig sind. Es muss also auch hier Kystoskopie und Ureterkatheterismus zur Anwendung kommen, besonders auch bei hämorrhagischer Nephritis; bei einfacher und doppelseitiger parenchymatöser und Glomerulonephritis wird die Nephrolysis empfohlen, die zur Heilung führen kann.

Die orthostatische Albuminurie ist häufig auf Nephroptose zurückzuführen und dann mittelst Binde oder Nephropexie zu behandeln.

Liek (7) stellt durch Versuche fest, dass die chronische Nephritis weder durch Jodierung und Fixieren der Niere, noch durch Nephrotomie und Netzimplantation mit Erfolg behandelt werden kann.

Goodman (6) beobachtete nach doppelseitiger Dekapsulation bei schwerer chronischer Nephritis Absinken des vorher erhöhten Blutdruckes bis fast zur Norm. Nach anfänglicher Besserung trat Exitus ein.

Anderson (1) konnte bei vollständiger Anurie durch Sublimatvergiftung die Nierensekretion durch Füllung des Kolons von einer Cökumfistel aus unter hohem Druck wieder in Gang bringen und Heilung bewirken. Bei seit 3—4 Tagen bestehender Anurie empfiehlt er die Nierenenthülsung.

Luxembourg (8) berichtet über drei Fälle von Nierendekapsulation bei Sublimatvergiftung und Anurie mit zwei Todesfällen, obwohl nach der Operation zeitweilig die Harnsekretion wiederkehrte. Er empfiehlt die möglichst baldige Vornahme der an sich einfachen und ungefährlichen Operation bei toxischer Nephritis, sobald Anurie eintritt.

Els (5) beschreibt einen Fall von linksseitiger renaler Hämaturie, bei welcher eine eigentümliche scharlachartige fleckige Rötung des unteren Blasenteils auf einen toxischen Ursprung (Kresolschwefelsäure, unter deren Einfluss der bei der Desinfektion von Eisenbahnwagen beschäftigte Arbeiter stand) hinwies. Die Erkrankung der rechten Niere, welche bei der Untersuchung klaren Harn lieferte, wurde mit Wahrscheinlichkeit als bereits abgelaufen angenommen. Zylinder wurden nicht nachgewiesen, wohl aber starke Albuminurie und zahlreiche Leukozyten (wohl von der Cystitis stammend). Infolge Erfolglosigkeit der internen Behandlung wurde die Kapsulektomie ausgeführt, welche in kurzer Zeit zur vollständigen Heilung führte. Ihre Wirkung wird in erster Linie auf die Druckentlastung der Niere zurückgeführt.

Beuttner (3) spricht sich für die Dekapsulation in solchen Fällen von Eklampsie aus, wo alle anderen Mittel einschliesslich der Schnellentbindung nicht zum Aufhören der Anfälle geführt haben.

Aubert (2) teilt einen Fall von beiderseitiger Dekapsulation bei einer am sechsten Tage in heftiger Weise einsetzenden Wochenbettseklampsie mit, in dem sofort nach der Operation die Anfälle aufhörten und die Harnmenge zunahm.

Eisenreich (4) befürwortet bei Eklampsie, wenn trotz Entleerung und aller übriger Massnahmen die Anfälle andauern und schwere Anurie auftritt, die Dekapsulation. Eine Operierte starb sechs Stunden nach Dekapsulation an ausgedehnter Harnblutung.

Misch (9a) beschreibt zwei Fälle von chronischer schmerzhafter Nephritis mit vollständig negativem Harnbefund. In beiden Fällen wurden durch Dekapsulation die Schmerzen völlig beseitigt. Die Untersuchung exzidierter Nierenstückchen ergab in einem Falle parenchymatöse, im anderen interstitielle Nephritis. Die Diagnose der Nephritis chronica dolorosa kann nur durch Untersuchung exzidierter Stückchen gesichert werden. Ausser den Veränderungen in der Niere selbst findet sich die Capsula fibrosa und häufig auch die Capsula adiposa verdickt und inselförmig sklerosiert. Die Schmerzen haben gegenüber denen bei Nierensteinerkrankung nichts Charakteristisches. Die Therapie der Wahl ist die Dekapsulation, im Falle der Erfolglosigkeit die Nephrotomie und erst bei Fehlschlagen der konservativen Eingriffe die Nephrektomie.

4. Missbildungen.

1. Frank, E., Missbildungen der Niere. Kriegsärztl. Abend, Berlin, v. 18. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 722. (Demonstration.)
2. *Key, E., Über Nierenmissbildungen vom chirurgischen Gesichtspunkte aus. Nord. med. Ark. Bd. 47. Abt. I. (Chirurgie). Heft 2. Nr. 7.
3. *Marzynski, G., Zur Diagnostik der Hufeisenniere. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 133. Heft 3..
4. Schönberg, S., Zur Bewertung der Lungenschwimmprobe. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 542. (Fehlen der linken Niere und des Ureters bei einem siebenmonatlichen Fötus.)
5. *Schönfeld und Friedl, Zur Pyelographie der kompletten Doppelniere, in einem Falle mit Hydronephrose kombiniert. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 23. Heft 2.
6. Schramm, C., Hyperplastische Beckenniere mit Steinbildung im dilatierten Nierenbecken. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. Heft 3/4. (Diagnose mittelst Röntgen-Kollargolaufnahme; Stenose des Ureters an der Abgangsstelle. Nephrektomie, Heilung.)
7. Secher, K., Über Aplasia renis und venae cardinales resistentes. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 52. p. 487. (Fall von vollständigem Fehlen der linken Niere mit Ureter bei einem acht Monate alten Kinde bei Vergrösserung der rechten Niere und des Ureters, symmetrisch gebildeter Harnblase, Uterus unicornis dexter und sehr dünn entwickelter

linker Tube, ausserdem starker Vergrösserung der linken Nebenniere mit Abfluss nach der Vena cardinalis resistens und beträchtlicher Hypertrophie des Herzens.)
8. Secher, K., Nierenaplasie. Hospitalstid. Nr. 3. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 355. ($1^1/_2$jähriges Mädchen, an Bronchopneumonie gestorben; vollständige Aplasie der linken Niere und des Ureters bei asymmetrischer Entwicklung der Genitalorgane.)
9. Torggler, Kombinierte Nieren-Gebärmuttermissbildungen. Die Heilkunde 1914. p. 124. (Uterus unicornis sinister, Aplasie der rechten Niere und des rechten Ureters. Nebenbei Malign degeneriertes Dermoid des Ovarium.) (Veit.)

Key (2) bespricht die Diagnose der Nierenmissbildungen, besonders die der Solitärniere; als Symptome werden angegeben: kystoskopisch eine Harnleitermündung oder zwei Harnleitermündungen nahe bei einander auf der gleichen Seite, ferner bei funktioneller Diagnostik Absonderung von Harn von gleicher Zusammensetzung aber sehr verschiedener Quantität aus beiden Harnleitern (Atrophie der einen Seite) oder endlich Fühlen einer vergrösserten Niere auf einer Seite mit Unebenheiten auf ihrem inneren Rande.

Für die Hufeisenniere wird besonders die Möglichkeit von Erkrankungen der einen Hälfte hervorgehoben, z. B. Hydro- und Pyonephrose, Steinbildung und Geschwulstbildung. Ein Fall von Hypernephrom der einen Hälfte wird erwähnt, der durch Heminephrektomie geheilt wurde. Auch die gesunde Hufeisenniere kann Beschwerden hervorrufen, die die Diagnose ermöglichen (Rovsing).

Die kongenital dystopische Niere kann besonders bei Frauen zu Fehldiagnosen Veranlassung geben und sie wird infolge ihrer fehlerhaften Lage häufig Ursache von Erkrankungen, besonders häufig von Hydronephrose. Ein Fall von tuberkulöser Beckenniere mit Heilung durch Exstirpation wird erwähnt, ferner ein Fall, in welchem bei Operation wegen Thrombose der Vena mesenterica eine linksseitige Beckenniere gefunden wurde.

v. Illyés (g. 2. 13) berichtet über einen Fall von gänzlichem Fehlen einer Niere, ferner Fälle von angeborener Dystopie, von Hufeisenniere, doppeltem Ureter und doppeltem Nierenbecken.

Schönfeld und Friedl (5) beschreiben zwei Fälle von kompletter Nieren- und Ureterenverdoppelung, von denen der eine eine Hydronephrose des unteren Nierenbeckens mittelst Pyelographie nachweisen liess. Die Pyelographie liess die Verhältnisse mit grösster Genauigkeit erkennen.

Marzynski (3) bestätigt die von Zondek angegebenen Symptome der Hufeisenniere, nämlich die Lage der beiden Schenkel der verschmolzenen Niere erheblich tiefer, mehr medialwärts und nach vorne als gewöhnlich, Lage der Nierenbecken an der Vorderfläche der Nieren, grössere Kürze der Ureteren und Konvergenz beider Schenkel der Hufeisenniere nach unten statt nach oben. Wegen der Lage und Fixation der Hufeisenniere ist diese traumatischen Einflüssen mehr ausgesetzt als die normale Niere.

5. Sekretionsstörungen; Blutungen.

1. *Baum, Zur Frage der einseitigen Hämaturie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 125. Heft 5/6.
2. Borszéky, K., Hämaturie, geheilt durch Nierendekapsulation. Ärzteverein Budapest. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 23. (36jährige Frau, seit einem Jahre dauernde rechtsseitige Nierenblutungen, anfangs schmerzlos, später mit Schmerzen. Nach erfolgloser interner Behandlung Heilung mittelst Dekapsulation.)
3. *Dünner, L., Zur Kenntnis der Phosphaturie. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 973 und 601. (Diskussion.)
4. *Eichhorst, H., Über okkulte Nierenbeckenblutungen. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 177.
5. Erdheim, S., Ein Fall von Mammakarzinom mit Polyurie hypophysären Ursprungs. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 29. Mai 1914. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. Nr. 24. (Polyurie bis zu $8^1/_2$ Litern pro Tag, die sich durch Pituitrin auf zwei Liter vermindern liess.)
6. *Foster, C. S., Einseitige akute hämorrhagische Nephritis. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 26. Jahresvers. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 54.
7. *Garland, J., Die Symptomatologie der Hämaturie und ihre Behandlung. Amer. Assoc. of Gyn. and Obst. 26. Jahresvers. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 54.
8. Heinrich, Über Chylurie. Militärarzt. 1914. Nr. 8. (Fall von konstant des Morgens auftretender Chylurie, während der Tagesharn klar blieb; Ursache unaufgeklärt.)

9. Hohlweg, Über Polyurie beim Mammakarzinom. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. Nr. 17. (Zwei Fälle, in denen an Gehirnmetastasen als Ursache der Polyurie gedacht wird.)
10. Jagič, N. v., Zur Symptomatologie der Niereninfarkte. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 290.
11. *Kleinschmidt, H., Über die Calcariurie der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 29.
12. *Lifschitz, L., Nierenblutung durch Überanstrengung. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 47.
13. *Neuhauser, Nierenblutung. Wissensch. Abende d. Militärärzte Ingolstadt. Sitzg. vom 5. Dez. 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 90.
14. *Nielsen, A., Haematuri ved appendicitis. Ugeskr. f. Laeger. 1914. Nr. 42. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 319.
15. *Pincussohn, L., Über Oxalurie. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 132 u. 117. (Diskussion.)
16. Querner, Melanogenurie. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 19. Okt. Deutsche med Wochenschr. Bd. 41. p. 1534. (Nach Melanosarkom des Auges und enormen Metastasen in der Leber; ausgesprochene Thormälensche Reaktion des Harns mit Nitroprussidnatrium und sehr starke Diazoreaktion.)
17. *Seelig, A., Über Hämaturie. Med. Klinik. Bd. 11. p. 131.
18. *Tanberg, A., Phosphaturie. Norsk Mag. for Laegevidensk. Nr. 2. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 354.
19. *Weber, O., Ein Beitrag zur Kenntnis der Hämaturie ohne bekannte Ursache. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1570.
20. Wulff, O., Über solitäre Blutzysten in den Nieren mit Hämaturie. Hospitalstid. 1914. Nr. 50. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 4. (Zwei Fälle mit schweren einseitigen Hämaturien; die Nephrektomie ergab beide Male eine walnussgrosse, solitäre, im oberen Nierenpol liegende Blutzyste; Heilung.)

Dünner (3) führt die Phosphaturie entweder auf verminderte Säureausscheidung (infolge von Hyperchlorhydrie des Magens oder von nervösen Einflüssen) oder auf vermehrte Kalkausscheidung zurück. Die Symptome bestehen in mannigfachen neurasthenischen Beschwerden und in Vermehrung der Azidität des Magens. Die Therapie ist vorwiegend eine diätetische; zur Verhütung von Steinbildung wird Trinkdiurese (besonders Säuerlinge, kalkarme Wässer und Vermeidung alkalischer Wässer) vorgeschlagen.

In der Diskussion betont auch Klemperer für die Verhütung von Steinbildung (z. B. auch zur Verhütung von Rezidiven nach Steinoperationen) besonders die Trinkdiurese für wichtig bei Steinoperationen wird die Wichtigkeit der Entfernung aller kleinster Konkremente besonders durch Wegspülen hervorgehoben. J. Israel empfiehlt hierzu die Einführung eines Nélatonkatheters durch die Wunde ins Nierenbecken und die kräftige Ausspülung des Nierenbeckens und jedes einzelnen Kelches. Die diätetische Behandlung bleibt nach den Erfahrungen von Klemperer und Israel wirkungslos. Rosin hält die Phosphaturie nicht für eine Stoffwechselstörung, sondern für eine Funktionsstörung der Niere.

Pincussohn (15) weist nach, dass der Organismus besonders bei intensiver Belichtung aus Purinen Oxalsäure bilden kann, und macht auf das Alternieren der Oxalurie mit Diabetes und auf die Oxalurie bei Gicht und bei Verdauungsstörungen aufmerksam. Zur Therapie wird die Vermeidung oxalsäurehaltiger Kost (gewisse Gemüse) und um die Ausscheidung von Oxalsäure in fester Form zu verhüten, die Darreichung von Magnesia und die Einschränkung der Kalkzufuhr vorgeschlagen. In der Diskussion erklärt Fürbringer ausser der exogenen Oxalurie die Annahme einer durch das Nervensystem bedingten Stoffwechselstörung als unerlässlich. Dagegen steht Klemperer der Annahme einer Oxalurie auf Grund einer Stoffwechselstörung sehr skeptisch gegenüber und erklärt die meisten Fälle für exogen. Kraus hält die endogene Oxalurie für zweifellos bestehend und weist auf die vermehrte Harnsäurebildung bei Neurasthenikern und die Oxalurie der Vasomotoren hin.

Tanberg (18) erklärt die Phosphaturie in einer Reihe von Fällen mit vermehrter Kalkausscheidung kombiniert, die entweder auf verminderter Kalkausfuhr durch den Dickdarm oder auf vermehrter Resorption durch erhöhte Salzsäureausscheidung im Magen beruhen kann. Die Behandlung ist in erster Reihe eine diätetische.

Kleinschmidt (11) erklärt die Calcariurie der Kinder als eine von nervösen Störungen abhängige Stoffwechselanomalie, nicht aber als Ursache der begleitenden nervösen Störungen. Ein Einfluss der Ernährung konnte nicht beobachtet werden.

Jagič (10) nennt als lokale Symptome von Niereninfarkten Schmerzen in der Nierengegend, entweder kolikartig oder kontinuierlich, häufig starke, rasch zurückgehende Albuminurie, weniger häufig Albuminurie; die Harnmenge kann vermehrt sein oder verringert, besonders bei doppelseitigen Infarkten, zuweilen besteht Anurie. In einem mitgeteilten Falle war unter dem Rippenbogen ein länglicher, harter, auf Druck sehr schmerzhafter Tumor zu fühlen. Die Sektion ergab beiderseitige Embolie in den Nierenarterien (Herzthrombus) mit anämischer Nekrose eines grossen Teils des Nierenparenchyms. Wegen des begleitenden Fiebers kommt die Unterscheidung von entzündlichen Tumoren (Appendix, Adnexe etc.) in Betracht.

Foster (6) empfiehlt überall, wo die Niere von zahlreichen Infarkten oder von miliaren Abszessen durchsetzt ist, so dass die Funktion ernstlich gestört erscheint und toxische Erscheinungen deutlich hervortreten, die Nephrektomie. Bei milderen Formen und weniger zahlreichen Infarkten genügt die Spaltung der Kapsel und die Drainage der erkrankten Herde.

Weber (19) ist geneigt, Hämaturien ohne nachweisbare Ursache auf Stauungen in der Nierenvene oder Hohlvene zurückzuführen, die die Verbindung an den Kapillarendothelien soweit schädigt, dass ein Durchtritt von roten Blutkörperchen stattfindet. Ein derartiger Fall von doppelseitigen Nierenblutungen, die seit dem zweiten Lebensjahre bestehen, wird mitgeteilt, in welchem die Blutungen gerade nach körperlicher Ruhe eintreten, während nach Körperbewegungen ein Nachlass der Blutungen eintrat. Die Funktion der Nieren war dabei in keiner Weise gestört. Unter Zufuhr von Kalk (Ca. lacticum) wurde schliesslich die Blutung fast vollständig beseitigt. Den Ausdruck „essentielle Hämaturie" möchte Weber auf diejenigen Fälle beschränken, in welchen auch nach genauesten mikroskopischen Untersuchungen keinerlei Ursachen für die Hämaturie nachgewiesen werden kann.

Neuhauser (13) beobachtete Nierenblutung auf hämophiler Grundlage nach Einspritzung von Diphtherieserum.

Garland (7) unterscheidet traumatische Hämaturien (einschliesslich der Blutungen durch Steine), entzündliche (durch akute und chronische Nephritis, Tuberkulose etc.), vaskuläre (durch Hämophilie, Thrombose, Varikositäten), chemische, toxische, neoplastische und parasitäre. Für die Behandlung kommt in erster Reihe strengste Bettruhe in Betracht; bei Steinen, schweren Verletzungen und Miliartuberkulose ist die Operation indiziert.

Baum (1) fand in zwei Fällen von einseitiger renaler Hämaturie nur geringe entzündliche Veränderungen in der Nierenrinde, dagegen eine Erkrankung der Kapillaren des Markteils, und zwar hyaline Degeneration ihrer Wand, bzw. Angiombildung. Das charakteristische Merkmal der Blutung ist ihre Unabhängigkeit von körperlicher Ruhe oder Anstrengung, ihre Schmerzlosigkeit und ihre lange Dauer. Die Diagnose kann ohne Operation nicht gestellt werden. Bei schwerer, bedrohlicher Anämie wird die Nephrektomie empfohlen.

Eichhorst (4) fand in einem Falle von sechs Monate lang zurückgebliebener Hämaturie und Nierenkolik infolge von Nierenbeckensteinen bei Gelegenheit eines Anfalls von Erbrechen, Leibauftreibung und Stuhlverstopfung eine okkulte Blutung in dem makroskopisch klaren und eiweissfreien Harn, die sich durch die Gegenwart grosser Rundzellen mit Blutfarbstoff nachweisen liess. Diese Blutpigmentzellen fanden sich vereinzelt, teilweise auch in Haufen von 5—10, sie waren durch Blutfarbstoff gleichmässig gelb gefärbt, in einer grösseren Zahl von Zellen hatte sich der Blutfarbstoff auch noch in Form von rundlichen braunen Klümpchen ausgeschieden, die im Zellenleib zerstreut lagen. Zu ihrem Nachweis ist langes Zentrifugieren erforderlich. Eichhorst führt sie nicht auf eine ältere Hämaturie zurück, sondern auf kleinere Blutungen, die durch den Steinreiz von Zeit zu Zeit immer wieder bewirkt werden.

Lifschitz (12) teilt drei Fälle von renaler Hämaturie nach körperlicher Überanstrengung bei früher ganz Gesunden mit. Die Blutung erfolgt meist ohne Vorboten und ist gewöhnlich von kurzer Dauer. Das Allgemeinbefinden ist nicht gestört. Zuweilen treten Kreuzschmerzen, Steifigkeit in den Schenkeln und leichtes Brennen in der Blase auf. Niemals schloss sich eine organische Nierenerkrankung an. Als wahrscheinlichste Ursache werden die durch die physische Anstrengung im Körper angesammelten Stoffwechselprodukte angenommen.

Nielsen (14) konnte das häufige Vorkommen mikroskopischer Hämaturie bei Appendizitis nachweisen.

Seelig (17) bespricht die Ätiologie und die Differentialdiagnose der Blutungen aus den verschiedenen Teilen des Harntraktus und hebt die diagnostische Wichtigkeit der Kystoskopie des Ureterkatheterismus und der funktionellen Prüfungsmethoden hervor.

6. Verlagerung der Niere.

1. *Benthin, W., Zur Kenntnis der Hemmungsbildungen am Urogenitalapparat. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 699.
2. Bryan, R. C., Case of Dietls Crisis in Anomalous Right kidney Associated with Left Pelvic. Kidney Surg., Gyn. and Obst. Dez.
3. *Hadden, D., Bakteriologische Funde im Harn in Fällen von Nierenptose. Transact. of Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 27. Jahresvers. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 984. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 423.
4. *Heimann, F., Kongenitale Nierendystopie. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 106.
5. *Hügelmann, Ein Fall von intermittierendem Ileus bei Wanderniere. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1111.
6. *Meyer, A., Traumatische Wanderniere. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 15. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1396.
7. *Poggiolini, Conseguenze e cura del rene mobile. Clin. chir. Bd. 12. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 341.

Hadden (3) fand bei völlig gesunden Nieren und bei Nephroptosen sehr häufig eine geringe gleichbleibende Bakterienzahl, ohne dass die geringsten Beschwerden vorhanden sind. Nur in Fällen mit schwerem Abflusshindernis fanden sich grössere Bakterienmengen und infektiöse Erkrankung der Nieren. Auch der Grad der Beschwerden bei Nephroptose richtet sich wesentlich nach der Harnstauung.

Hügelmann (5) beobachtete bei Nierenverlagerung jeden siebenten Tag auftretende Koliken mit galligem Erbrechen und Vergrösserung eines Tumors in der Gallenblasengegend. Bei der Operation fand sich die verlagerte Niere sowohl mit der Leber als mit der Pars horizontalis duodeni verwachsen und die Koliken von der Füllung des Nierenbeckens und der dadurch bewirkten Kompression des Duodenum bewirkt. Die grösstenteils atrophische Niere wurde exstirpiert.

Poggiolini (7) veröffentlicht 95 von Biondi nach seiner Methode ausgeführte Nephropexien — Ablösung der Kapsel von der hinteren Nierenfläche, Reposition der Niere und Fixierung derselben durch eine um den unteren Pol geschlungene, 8—10 Tage liegen bleibende Gazeschlinge. Das Resultat war Dauerheilung in 94%, Rezidive in 1,26% der Fälle. Die Beschwerden — auch die gastroenteritischer und nervöser Natur — schwanden in fast allen Fällen.

Meyer (6) beobachtete eine durch Streifschuss entstandene, in der Gegend des Mac Burneyschen Punktes zu tastende Wanderniere mit Ureterabknickung. Nephropexie, Heilung.

Heimann (4) veröffentlicht einen Fall von linksseitiger kongenitaler Nierendystopie bei einem 15jährigen Mädchen, bei dem wegen Annahme eines Ovarialtumors die Laparotomie gemacht wurde, bei welcher die stark degeneriert erscheinende Niere entfernt wurde. Die Niere war gelappt und plattgedrückt und im Parenchym fanden sich zahlreiche Nekrosen, die stets einen Glomerulus mit den zugehörigen gewundenen und geraden Kanälchen betrafen und die auf Unterbrechung der Ernährung der Niere durch Abknickung der Gefässe zurückgeführt werden. Ebenso wie die gesamte Körperentwicklung und die äusseren und inneren Genitalien war auch die Niere hyperplastisch. Von Symptomen waren nur linksseitige heftige; nach dem Kreuz ausstrahlende Schmerzen vorhanden gewesen. Alle diagnostischen Mittel hatten im vorliegenden Falle versagt.

Benthin (1) beschreibt einen Fall von linksseitiger, bis unter das Ovarium reichender angeborener, im übrigen gesunder Beckenniere bei vollständigem Fehlen des Uterus bei einem 20jährigen Mädchen.

Siehe ferner Missbildungen der Nieren.

7. Hydronephrose; Zystenniere.

1. Barnett, Ch. E., Die polyzystische Niere. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Heft 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 455. (Sammlung von 251 Fällen; bei einseitiger Erkrankung und bei ausreichender Funktion der anderen Niere wird Nephrektomie empfohlen, besonders wenn der Tumor eine Enteroptose bewirkt hat.)
2. *Benjamin, Cystic Kidney. Internat. Journ. of Surg. 1914. Mai.
3. *Benthin, Zystenniere beim Neugeborenen. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 208.
4. Buerger, L., Perirenal hydronephrosis, pseudo- or subcapsular hydronephrosis. Amer. Journ. of Surg. 1914. p. 266. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 237. (Ein Fall bei einem

neun Monate alten und einer bei einem 14jährigen Kind, in letzterem Falle nach Schlag auf die linke Bauchseite, beide nephrektomiert.)
5. *Dyckerhoff, K., Über eigenartige Zystenbildung in der Niere. Virchows Arch. Bd. 216. Heft 1.
6. Fischer, Herzhypertrophie und Urämie bei angeborenen Zystennieren. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 3. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1290. (49jährige Frau.)
7. *Ghoreyeb, A. A., A study of the circulation of the kidney following ligation of one ureter. Journ. of exp. Med. Bd. 20. p. 191. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 429.
8. Halberstadt, Mutmassliche Wanderniere mit Hydronephrose. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 13. April u. 1. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 535 u. 758. (Fünf Wochen altes Kind; die teigige Schwellung des Abdomens ging zeitweise ganz zurück. Die später vorgenommene Sektion ergab hochgradige Verengerung der Ureteren, der Blase und des oberen Harnröhrenabschnittes infolge von Phimose.)
9. *Keith, N. M., und R. R. Snowden, Functional changes in experimental hydronephrosis. Arch. of intern. Med. Febr. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 693
10. Lynch, K. D., Spontaneous Rupturs of Hydronephrosis. New Mexico Med. Journ. Nov.
11. Paus, N., Solitäre Nierenzyste; Nephrectomia transperitonealis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 132. Heft 1/2. (Diagnose vor der Operation nicht zu stellen.)
12. Perrucci, A., Di un caso d'idronefrosi da rene mobile. Clin. chir. Bd. 22. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 666. (Bei der Operation wurde keine Stenose oder Knickung des Harnleiters gefunden; in der Niere fanden sich zahlreiche Zysten im Parenchym, die als zystogene Nephritis infolge von Dehnung des Nierenbeckens gedeutet wird.)
13. Polacco, Fall von echter traumatischer Hydronephrose. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 29. Mai 1914. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. p. 24. (Entwicklung einer grossen traumatischen Hydronephrose mit Obliteration des Ureterursprungs — fünf Jahre nach Stichverletzung in der Lendengegend, die damals eine dreitägige Hämaturie veranlasst hatte. Exstirpation, Heilung.)
14. *Posner, C., Untersuchungen über den Harnleiter Neugeborener; ein Beitrag zur Hydronephrosenfrage. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 2.
15. Schmey, M., Das perirenale Cystoid bei Mensch und Tier. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 209. (Drei Fälle von perirenalem, extrakapsulärem Cystoid bei Schweinen, deren Untersuchung die Entstehung durch Lympheerguss wahrscheinlich macht.)
16. *Stewert und Barber, Hydronephrosis. Annals of Surg. 1914. Dez.
17. *Zaccarini, G., Die solitären Zystennieren. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 132. Heft 3/4.

Posner (14) fand bei Untersuchung von 10 Neugeborenen in der Mehrzahl der Fälle abnorme Befunde in bezug auf die Gestalt, besonders mehrfache Schlängelungen, Knickungen und Dilatationen, von denen er annimmt, dass öfters eine Rückbildung oder ein Ausgleich bei weiterem Wachstum ausbleiben kann. Die Residuen solcher abnormer Bildung werden als mögliche Ursache von auf kongenitaler Grundlage entstandenen Hydronephrosen betrachtet.

Ghoreyeb (7) beschreibt als Folge der Ureterunterbindung zunächst eine Störung der Nierenzirkulation, die durch Öffnung des gedehnten Nierenbeckens und Entlastung der erweiterten Nierenkelche behoben werden kann; später entstehen Narben im Gewebe, die wieder die Kelche weit halten und das Fortbestehen der erschwerten Zirkulation bewirken.

Keith und Snowden (9) beobachteten nach künstlich durch unvollständigen Ureterverschluss herbeigeführter Hydronephrose das Auftreten von Polyurie, spurweiser Albuminurie, Verminderung der Phenolsulphophthaleinausscheidung und verspäteter Zuckerausscheidung nach Phloridzininjektion. Wenn vorher die eine Niere exstirpiert worden war, so stieg der Reststickstoff im Blut und hielt sich eine Zeitlang ohne toxische Symptome auf gleicher Höhe, bis plötzlich tödliche Niereninsuffizienz mit starker Erhöhung des Reststickstoffs im Blute und sehr niedriger Phenolsulphophthaleinausscheidung eintrat.

Marinacci (g. l. 4) konnte durch einmalige vollständige Harnleiterunterbindung stets Hydronephrose erzeugen. Nach einseitiger Unterbindung trat während der ersten Wochen eine mehr oder weniger starke Verminderung, in der 3.—4. Woche eine Steigerung der Funktion auf, die allmählich einer mehr minder normalen Kompensationsfunktion Platz macht.

Stewert und Barber (16) konnten bei Hunden dadurch Hydronephrose erzeugen, dass sie nach Auslösung des Harnleiters aus seinem Bett mit Abpräparieren aller Gefässe und Nerven die Blase künstlich infizierten. In drei Fällen kam es zu einer Verstopfung des Ureters durch ein Blutgerinnsel. Der von Nerven und Gefässen entblösste Harnleiter zeigte keine typischen Wellenbewegungen mehr und die Entstehung der Hydronephrose wird auf diese lokale und allgemeine Obstruktion des Harnleiters zurückgeführt.

Loux (e. 17) berichtet im Anschluss an eine kritische Besprechung der Ureteroperationen bei Hydronephrose, Verletzungen und Fistel des Ureters, über einen Fall von Hydronephrose einer verlagerten Einzelniere mit zwei Nierenbecken und Harnleitern, Knickung des unteren Harnleiters und Nierenbeckenstein. Der geknickte Ureter wurde durch Nephropexie gestreckt und durch partielle Resektion des Nierenbeckens der Ureterursprung an die tiefste Stelle des Nierenbeckens gebracht, der akzessorische Ureter wurde ligiert und reseziert.

v. Illyés (g. 2. 13) berichtet über 20 operierte Fälle von Hydronephrose; in 17 Fällen wurde wegen Schwund des Nierenparenchyms nephrektomiert.

Benthin (3) fasst die kongenitale Zystenniere als Hemmungsbildung auf, da er sie gleichzeitig mit Anencephalie beobachtete.

Zaccarini (17) erklärt auf Grund mikroskopischer Untersuchungen die angeborenen Zystennieren als Folge einer Entwicklungsanomalie, und zwar durch Verstopfung von Harnkanälchen und dadurch bewirkte Retention, die unter gleichzeitiger epithelialer Proliferation zur Zystenbildung führt.

Dyckerhoff (5) beschreibt einen Fall von an der Aussenwand des Nierenbeckens und an der Grenze zwischen Mark und Rinde sitzenden Zysten, die er für Lymphangiektasien und kavernöse Angiome erklärt (33jährige Frau).

Benjamin (2) empfiehlt im Anschluss an neun veröffentlichte Fälle bei Zystenniere, wenn eine Nephrektomie kontraindiziert ist, von einem Lumbalschnitt aus die grössten Zysten zu entleeren und die Zystenwände an der Lumbalfaszie anzunähen.

v. Illyés (g. 2. 13) berichtet über die erfolgreiche Exstirpation einer polyzystischen Niere wegen Vereiterung.

8. Eiterinfektionen.

1. Alexander, B., Ein Abszess an der Stelle einer vereiterten Niere. Ärzteverein Budapest. Sitzg. vom 9. Nov. 1913. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 35. (Vollständige Einschmelzung der linken Niere nach Typhus; Staphylokokken im Eiter; Operation. Heilung.)
2. *Barber und Draper, Renal infection. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 205.
3. *Bauereisen, A., Über Pyelitis gravidarum. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. 1914. Juli.
4. *Brandao Filho, A., Ein Fall von Nierenbeckeneiterung in der Schwangerschaft. Rev. de gyn., de' obst. de Rio di Janeiro. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 773.
5. *Brewer, G. E., Hematogenous infection of the kidney. New York Med. Journ. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 691.
6. Calmann, Nierenbeckenspülungen bei Pyelitis in der Schwangerschaft. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 27. Okt. 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 137.
7. *Cumston, Ch. Gr., The pathogenesis and differential diagnosis of perirenal abscess complicating the postpartum period. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 182.
8. *Cunningham, J., Acute unilateral haematogenous infektion of the kidney. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 231.
9. *Doberauer, G., Über den perinephritischen Abszess. Beitr. f. klin. Chir. Bd. 95. p. 329.
10. *Drucker, V., Über das Amphotropin als Desinfiziens der Harnwege. Therapie d. Gegenw. Bd. 56. p. 275.
11. *Ebeler, Pyelitis gravidarum. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. vom 10. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 184.
12. Fischer, Pyelonephritis nach Gonorrhoe beim Weibe. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 20. Sept. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1726. (Demonstration.)
13. Frank, E., Zystopyelitis bei einer alten Frau. Kriegsärztl. Abend Berlin vom 18. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 722. (Demonstration.)
14. *Fragale, Pieliti primitiva settica dei bambini. Gaz. internaz. di med. chirurg. 1913. 14. Juni. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 141.
15. *Franz, R., Über die Nierenbeckenentzündung der Schwangeren. Med. Klinik. Bd. 11. p. 190.

16. *Geraghty, Behandlung der chronischen Nierenbeckenentzündungen. Journ. of Amer. Med. Assoc. 1914. 19. Dez. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 293.
17. *Glanzmann, Erfolgreiche Vakzinebehandlung einer schweren Kolipyelitis im ersten Lebensjahr. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 36.
18. *Graff, H., Die Koliinfektion der Niere und ihre Behandlung. Zeitschr. f. urol.Chir. Bd. 3. Heft 1/2.
19. Harrigan, A. H., Nephrektomie während der Schwangerschaft. New York. Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 5. Febr. 1914. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 57. (21 jährige Gravida, IV. mense, Pyurie, hohes Fieber; multiple septische Infarkte in der Niere nach Alveolarabszess; Nephrektomie, Heilung; im Eiter Staphylokokken.)
20. Harttung, H., Der Einfluss der Harnstauung auf die Entstehung der pyogenen Niereninfektion. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 3. (Siehe Jahresbericht Bd. 28, p. 348.)
21. Hinman, F., The value of hexamethylenamin as an internal antiseptic in other fluids than urine. Arch. of intern. med. 1914. Juni. (Das Mittel wirkt nur in saurem Harn.)
22. *Höst, Über Urotropin als Desinfiziens der Harnwege. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 81. Heft 3/4. Norsk Mag. f. Laegevidensk. Nr. 1.
23. *Hoover, F. B., Gonorrhoische Niereninfektion. Interstate Med. Journ. Bd. 22. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 407.
24. Hugel, K., Zur Behandlung der Koliinfektion. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. p. 633. (Heilung einer Fistel nach Nephrektomie, bei der Koliinfektion nachgewiesen war, mittelst Sauerstoffinsufflation.)
25. *Huggins, R. R., The treatment of Pyelonephritis in Pregnancy. Amer. Gyn. Soc. 18.—20. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 72. p. 714.
26. *Koch, C., Vergleichende Untersuchungen zur Ätiologie der Schwangerschaftspyelitis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 202.
27. *Koll, J., The experimental effect of the colonbacillus on the kidney. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 297.
28. *Kowitz, H. L., Über bakterielle Erkrankungen der Harnorgane im Säuglingsalter (sog. Pyelocystitis). Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 82. p. 309.
29. *Levy, L. H., und A. Strauss, A clinical and bacteriological study of hexamethylenamin as an urinary antiseptic. Arch. of intern. med. 1914. Nov. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 425.
30. *v. Lichtenberg, A., Zur operativen Behandlung der chronischen rezidivierenden Kolipyelitis. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. Heft 3/4.
31. *Mac Gowan, G., Haematogenous kidney infections. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 226.
32. *Neu, Kystoskopische Demonstration eines entlang dem rechten Ureter nach der Blase zu durchgebrochenen paranephritischen Abszesses bei einer 21 jährigen landwirtschaftlichen Arbeiterin. Naturh.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 23. Juni 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 60.
33. Nicolich, Sur deux cas de périnéphrite scléro-adipeuse très-douloureuse. Journ. d'Urol. Bd. 4. Nr. 1. (Durch Dekapsulation wurde Reposition der Niere und Beseitigung der quälenden Schmerzen erzielt.)
34. *Norgaard, Über eine quantitative Methode zur Bestimmung von Eiter im Harn pyelitiskranker Kinder mittelst Wasserstoffsuperoxyd. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 3/4 u. Ugeskr. f. Laeger. Nr. 26.
35. *Oehlecker, F., Eine angeborene Anomalie der Niere und des Ureters unter dem klinischen Bilde eines perityphlitischen Abszesses. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. Heft 1/2.
36. *Posner, C., Zur Pathologie und Therapie der Pyelitis. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 60 u. 96.
37. *Ribbert, Pyelonephritis. Virchows Arch. Bd. 220. Heft 3.
38. Richardson, E. P., Perinephritis Abscess. Surg., Gyn. and Obst. XXI. 1. (59 Fälle. Meist Staphylokokkeninfektion mit aufsteigendem Weg.)
39. *Riha, J., Pyelitis gravidarum. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte. 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 440.
40. *Ross, A., A contribution to the bacteriology of the urinary tract in children. Lancet. Bd. 1. 27. März. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 686.
41. *Spengler, K., Weitere Beiträge zur Pyelitis gravidarum. Inaug.-Diss. Zürich 1913.
42. *Tecon, Zwei Fälle von Nephrostomie. Gyn. Helvet. Bd. 9. p. 395.

43. *Weibel, W., Zur Ätiologie der Schwangerschaftspyelitis. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 102.

Norgaard (34) bestimmt die Eitermenge im Harn durch Messung des bei Wasserstoffsuperoxydzusatz sich entwickelnden Gases.

Barber und Draper (2) fanden bei Tierversuchen, dass bei infizierter Blase die ureterovesikalen Klappen entfernt werden können, ohne dass Niereninfektion eintritt. Bei unversehrter Blasenschleimhaut beeinflusst Zirkuminzision des Harnleiters die Nieren nicht. Dagegen führten Verletzungen des Harnleiters, die Funktionslähmung zur Folge haben, in 85% der Fälle zu Hydronephrose, zunächst ohne Infektion. Werden dagegen ausserdem die Klappen exzidiert, so kommt es nicht zu Hydronephrose, sondern meist zu Niereninfektion.

Brewer (5) schliesst aus der Tatsache, dass auf experimentellem Wege eine aszendierende Niereninfektion sehr schwer, eine hämatogene dagegen leicht zu erzielen ist, dass die Mehrzahl der Niereninfektionen auf hämatogenem Wege entstehen und dass bei bestehenden Eiterungen in den unteren Harnwegen eine nachfolgende Niereninfektion nicht aszendierend, sondern durch bakterielle Embolie entsteht.

Nach Cunningham (8) tritt die hämatogene einseitige Infektion der Niere entweder als diffuse Entzündung oder in Form von Abszessbildung auf. Die Abszessbildung beruht meist auf Staphylokokkeninfektion; sie setzt akut mit Schüttelfrost ein und bewirkt ein septisches Krankheitsbild. Hierbei ist die kranke Niere zu entfernen (vier Fälle), in einem Falle wurde nur der mittlere Nierenteil entfernt und der obere und untere Nierenpol wurden durch Naht miteinander vereinigt. Die Koliinfektion bewirkt meistens diffuse Entzündung; die Operation (Nephrotomie mit Drainage, Nephrektomie, Dekapsulation, Nierenbeckendrainage je nach der Lage des Falles) ist nur angezeigt, wenn der Prozess trotz der Behandlung fortschreitet.

Graff (18) erklärt die Koliinfektion der Niere sowohl auf dem Lymph- und Blutwege als auch aszendierend für möglich, hält aber den hämatogenen Weg für den häufigsten. Die Prognose der akuten Pyelitis ist im allgemeinen sehr günstig, wesentlich schlechter dagegen die der chronischen Kolipyelitis, die jahrelang dauern kann und besonders bei Beteiligung beider Nieren zu Insuffizienz und Urämie führt. Bei der eitrigen Nephritis, die überwiegend häufig einseitig ist, soll die Behandlung so konservativ als möglich sein; nur bei schwerer Allgemeininfektion und zunehmendem Kräfteverfall ist die operative Freilegung und die anschliessende Dekapsulation oder die Stichelung der Abscesse indiziert. Nur in schweren Fällen von Konfluieren benachbarter Abszesse, ausgedehnterer Einschmelzung des Parenchyms oder bei gleichzeitiger Pyonephrose kommt die Nephrektomie in Frage. Die Vakzinebehandlung soll besonders bei Polyneuritis durch die Kolitoxine versucht werden, ihre Wirkung auf die Ausheilung kleiner Herde ist noch nicht feststehend.

Koll (27) spritzte Kulturen von Koli-, Typhusbazillen und Staphylokokken und deren wasserlösliche Gifte in Harnleiter und Nierenbecken ein. Gesunde Nieren überwanden bei Fehlen eines Harnleiterverschlusses die Infektion mit virulenten Keimen. Die schädigende Wirkung der Keime beruht auf ihren wasserlöslichen Giftstoffen, sie betrifft hauptsächlich die Glomeruli und nicht allein die injizierte Niere, sondern auch die andere.

Mac Gowan (31) nimmt als häufige Ursache hämatogener Koliinfektion der Niere chronische Obstipation und Koprostase an und empfiehlt als Therapie Ausleerung des Darms, Salol, Nierenbeckenspülungen mit Quecksilberoxycyanid oder Silbernitrat und Autovakzinebehandlung. Die Pyelitis gravidarum ist in 70% auf Koliinfektion zurückzuführen. Andere Erreger, welche hämatogene Nierenbeckeninfektion bewirken, sind Staphylo- und Streptokokken, Gonokokken, Pneumokokken, Typhus- und Paratyphusbazillen.

Bei Nierentuberkulose ist die Erkrankung in 85% im Beginne einseitig, die andere Niere erkrankt, wenn kein chirurgischer Eingriff erfolgt, innerhalb dreier Jahre. Durch Operation werden 50% der Fälle geheilt und weitere 25% erheblich gebessert. Neben der Operation wird Tuberkulinbehandlung empfohlen.

Posner (36) erklärt für die Entstehung der Kolipyelitis beide Infektionswege, den deszendierenden wie den aszendierenden, für möglich, den deszendierenden — hämatogenen vom Darm aus — aber für häufiger. Die in manchen Fällen eintretende Heilungswirkung der Blasenspülung kann als Beweis für aszendierende Infektion nicht aufgefasst werden, da Blasenspülungen in der Weise heilend einwirken können, dass sie das Nierenbecken zu stärkerer Kontraktion anregen, oder dass bei primärer deszendierender Infektion die Cystitis Ursache zu Rezidiven wird.

Ross (40) beschreibt 43 Fälle von Koliinfektion der Harnwege, darunter 36 Mädchen, von denen die Mehrzahl an akuter Sommerdiarrhoe litt; Pyurie war nur vereinzelt vor-

handen. In 19 Fällen, darunter neun Mädchen, wurde Proteus als Erreger nachgewiesen; auch von diesen litten 11 an Sommerdiarrhoe; Cystitis und Pyurie waren nur in einem Falle vorhanden. Bei 25 kranken Kindern fanden sich Staphylokokken im Harn, deren ätiologische Bedeutung zweifelhaft blieb.

Oehlecker (35) beschreibt eine rudimentäre Niere mit kleinen Zysten und einem stark erweiterten, wurstförmig, spiralig gekrümmten Ureter mit Koliinfektion, die einen perityphlitischen Abszess vortäuschte. Exstirpation.

Kowitz (28) beobachtete bei Säuglingen einen engen Zusammenhang der Koliinfektion der Harnwege mit Ernährungsstörungen und schliesst aus der fast gleichmässigen Häufigkeit bei beiden Geschlechtern, aus dem nahezu konstanten Nachweis von Erregern aus der Koligruppe, die auch in der Blutbahn nachzuweisen sind, aus dem Verhalten des Blutbildes, aus den anatomischen Befunden von Nieren, Nierenbecken und Blase und aus der Art des Beginnes der Erkrankung, dass die Infektion vom Darm ausgeht und die Harnwege auf dem Blutwege befällt und in den Nieren Boden fasst. Die Erkrankung ist demnach nicht als Cystitis oder Pyelitis, sondern als bakterielle oder Kolinephritis zu bezeichnen.

Fragale (14) nennt als Symptome septischer Pyelitis bei Kindern ausser Fieber, die Empfindlichkeit des Abdomens, besonders Druckschmerz am unteren Nierenpol, und ausgesprochene, der Höhe des Fiebers nicht entsprechende Anämie. Die oft vorausgehenden Magendarmstörungen veranlassen häufig Fehldiagnosen, die nur durch die Untersuchung des Harnsedimentes vermieden werden können.

Geraghty (15) fand bei chronischer Pyelitis die Nierenbeckenspülung mit Argyrol, Protargol, Formaldehyd oder Phenol am wirksamsten.

Höst (22) bezweifelt die antiseptische Wirkung des Urotropins bei Erkrankungen der oberen Harnwege, weil der Harn diesen Teil der Harnwege so schnell passiert, dass eine genügende Formaldehydabspaltung nicht stattfinden kann. In der Blase kann bei saurem Harn eine günstige Wirkung eintreten, bei neutraler und schwach alkalischer Reaktion hängt die Wirkung von der Häufigkeit der Harnentleerung ab, bei stark alkalischem Harn bleibt die Wirkung negativ.

Hoover (23) beschreibt zwei Fälle von gonorrhoischer Infektion des Nierenbeckens, einen mit Koliinfektion gemischt. Die Erkrankung bestand seit fünf bzw. sechs Jahren. Heilung durch Nierenbeckenfüllung mit $5^0/_0$iger Argyrollösung. Beide Nieren waren trotz der lang bestehenden Infektion des Nierenbeckens gesund geblieben.

v. Lichtenberg (30) empfiehlt bei chronischer rezidivierender Kolipyelitis die Nephrostomie mit Drainage des Nierenbeckens und teilt sechs Fälle mit, in welchen durch Spülungen vollständige Ausheilung der Schleimhaut bewirkt wurde. Bei allen Operationen wegen Koliinfektion sollen durch möglichste Mobilisierung und teilweise Dekapsulation Niere die Lymphwege zwischen Kolon und Niere unterbrochen werden, weil auf diesem Wege die Rezidive entstehen. Bei im Vordergrunde stehenden Darmstörungen und Erfolglosigkeit der Nierenbeckenspülungen soll der Darm in Angriff genommen werden (Beseitigung von Membranen vom Peritoneum parietale zu Cökum und Colon ascendens, Appendektomie, Raffen des Cökums.)

Levy und Strauss (29) erklären das Urotropin in neutraler Lösung für unwirksam auf Bakterien; das bei ungewöhnlich hoher Harnazidität sich abspaltende Formaldehyd hindert das Wachstum von Kolibazillen in einer Konzentration von mindestens 1 : 5000, aber diese Konzentration wird bei den üblichen Urotropindosen nie überschritten. Dagegen werden Typhusbazillen durch diesen Lösungsgrad erfolgreich abgetötet und im Wachstum gehemmt. Urotropin ist daher als Vorbeugemittel gegen Typhusbazillencystitis und Pyelitis am wirksamsten.

Drucker (10) empfiehlt als Harndesinfiziens das Amphotropin (kampfersaures Hexamethylentetramin), das durch den Gehalt an der bakterizid, entzündungsherabsetzend und epithelregenerierend wirkenden Kampfersäure ($41{,}67^0/_0$) auch bei ammoniakalisch zersetztem Harn wirksam ist und besonders Reizzustände der Blase, wie bei Gonorrhoe, zu beseitigen imstande ist.

Glanzmann (17) konnte eine schwere Kolipyelitis bei einem 10 Monate alten Kinde durch Vakzinebehandlung zur vollständigen Heilung bringen.

Ribbert (37) weist nach, dass die Pyelonephritis nicht durch Eindringen der Bakterien in den geraden Harnkanälchen entsteht, sondern dass die Entzündung in den Markkegeln beginnt, die teils durch Toxine, teils durch Kolibazillen bewirkt wird. Die Bazillen dringen an der Spitze der Markkegel in die Kapillaren ein und gelangen in die Venen, in die äusseren Markkegelschichten, vermehren sich hier und gehen in die aufsteigenden Schenkel

der Schleifen über und von hier in die Rinde, und zwar in die Schaltstücke, wo eine eitrige Entzündung entsteht, die sich dann weiter ausbreitet.

Kolischer (c. 9. 9) betont die Häufigkeit der einseitigen Nierenentzündung und führt bezüglich der Streptokokkeninfektion an, dass die Eiterabsonderung sehr gering sei und dass sie eine harte Infiltration des Nierengewebes (ähnlich der Holzphlegmone) bewirkt. Zur Diagnose kann die bakteriologische Untersuchung des aus dem Nierenbecken gewonnenen Harns notwendig werden. Die Therapie muss in möglichst frühzeitiger Nephrektomie bestehen. Die Nephrotomie kann nur bei partiellen Infiltrationen, die in der Nähe des Nierenbeckens liegen, von Nutzen sein.

v. Illyés (g. 2. 13) berichtet über 25 Fälle von Pyonephrose und einige Fälle von Nierenabszessen. Bei Pyelonephritis wurden Kolibazillen, Staphylokokken und Friedländersche Diplokokken nachgewiesen.

Weibel (43) hält gegenüber Zimmermann (siehe Jahresbericht Bd. 28. p. 346) seine Anschauung aufrecht, dass eine Harnstauung im Ureter der Koliinfektion vorausgeht. Das Vorhandensein von Kolibazillen in der Harnröhre in $1^1/_2$—$22^0/_0$ nach verschiedenen Autoren hält er keineswegs für eine Stütze der Aszendenztheorie.

Bauereisen (3) führt die Pyelitis in der Schwangerschaft am häufigsten auf Kolibazillen, seltener auf pyogene Kokken zurück, in einzelnen Fällen waren Gonokokken, Pneumokokken, Friedländersche Kapselbazillen und Proteus als Erreger nachzuweisen. Als begünstigendes Moment kommen Schädigungen der Schleimhaut, am häufigsten Retention in Betracht. Nur bei Retention können die Keime in den Ureteren aufsteigen. Die Erweiterung der Ureteren kann durch Druck des schwangeren Uterus sowie durch Kompression seitens des ins Becken eingetretenen Kopfes bewirkt werden, ausserdem kann die Schwangerschaftsanschwellung der Ureterschleimhaut, ferner Verziehung oder Verdrehung der Blase, besonders des Trigonum oder schleifenförmiger Verlauf des Ureters zur Harnleiterverengerung und Retention führen. Die stenosierte Ureterstelle entspricht gewöhnlich der Gegend unterhalb der mittleren Schwalbeschen Spindel. Für manche Fälle wird die Infektion auf dem Blutwege und nur sehr selten die auf dem Lymphwege für möglich gehalten. Ein Bestehenbleiben einer Infektion aus dem Kindesalter bis in die Schwangerschaft ist möglich, aber unwahrscheinlich. Die Prognose ist bei den leichten Retentionsfällen ohne Infektion und bei den mittelschweren Koliinfektionen günstig, bei pyogenen Infektionen ernster. Da Blasenbeschwerden bzw. Cystitis fehlen können, ist zur Sicherung der Diagnose der Ureterkatheterismus notwendig. Zur Unterscheidung von Appendizitis oder infektiösen Magendarmaffektionen ist die Palpation der Niere und die Harnuntersuchung notwendig. Jn leichten Fällen bringt der Ureterkatheterismus mit Bettruhe und Diät Heilung, bei Anwesenheit von Keimen und Eiter im Nierenbecken sind Nierenbeckenspülungen erforderlich. Die Unterbrechung der Schwangerschaft wird abgelehnt, die Nephrotomie und Nephrektomie ist auf schwere und verschleppte Fälle zu beschränken.

Franz (15) führt die Harnstauung im Ureter während der Schwangerschaft nicht auf Druck des wachsenden Uterus oder des ins Becken eintretenden Kopfes auf den Ureter zurück, weil dann die Pyelitis entweder früher oder später eintreten würde, als dies gewöhnlich (5.—8. Schwangerschaftsmonat) der Fall ist, sondern vielmehr auf Längsstreckung oder stärkere Biegung des Beckenabschnittes des Ureters infolge von Zugwirkung durch den wachsenden Uterus; die Schwellung der Ureter- und Blasenschleimhaut (Mirabeau) hält er für einen Nebenbefund. Für die Infektion wird sowohl der aszendierende als der deszendierende Weg für möglich erklärt, und zwar für Tuberkelbazillen der letztere, für Gonokokken der erstere, für Kolibazillen, Strepto- und Staphylokokken beide Wege. Das vorherige Auftreten zystitischer Erscheinungen ist sehr selten, zuweilen treten vorher Obstipation und Koliken auf. Ausser den bekannten akuten Symptomen wird Druckschmerzhaftigkeit am Mac Burneyschen Punkt erwähnt, zuweilen Druckschmerz an der Niere. Schmerzhaftigkeit bei Palpation des zu einem Strang verdickten Ureters vor der Hüftkreuzbeinfuge oder von der Scheide aus. Zur Sicherstellung der Diagnose sind Kystoskopie und Ureterkatheterismus erforderlich. Schwerere Nierenbeckenentzündungen bedeuten eine Gefahr für das Fortbestehen der Schwangerschaft und für den Wochenbettsverlauf. Zur Behandnlug werden in leichteren Fällen ausser Harnantisepticis und Trinkdiurese Blaseninjektionen mit 5—10 ccm $1^0/_0$iger Kollargol- oder Silbernitratlösungen oder Blasenspülungen mit $1^0/_0$ Silbernitrat oder $2^0/_0$ Borsäure empfohlen. Bei Fehlschlagen dieser Behandlung sind Ureterkatheterismus und Nierenbeckenspülungen angezeigt.

Koch (26) untersuchte bei 298 in den letzten Monaten Schwangeren den Blasenharn auf den Bakteriengehalt und fand in $37^0/_0$ den Harn steril, in $63^0/_0$ bakterienhaltig, und zwar in $33^0/_0$ Kolibakterien allein und in weiteren $8^0/_0$ mit anderen Bakterien zusammen.

An zweiter Stelle fand sich, was die Häufigkeit betrifft, der Micrococcus candicans. Eiterhaltige Harne fanden sich in 17%, darunter in 80% Kolibazillen allein oder mit anderen Bakterien. Die Zahl der Bakterurien betrug 44% und hier fanden sich Kolibazillen nur in 27% der Fälle. Es ist demnach bei den entzündlichen Affektionen der Harnwege in 80% der Kolibazillus der Erreger. Bei der Untersuchung des Nierenbeckenharns fand sich ebenfalls bei den nicht ganz die Hälfte der Fälle betragenden bakterienhaltigen Harnen der Kolibazillus in 74% der Fälle, und zwar überwiegend auf der rechten Seite. Weiter ergab sich das häufige Auftreten einer Cystitis im Wochenbett nach Bakteriurie in der Gravidität und umgekehrt, auch fanden sich nach der Entbindung die Harne nicht in grösserer Anzahl bakterienfrei als vorher.

Paralleluntersuchungen über den Blasenharn bei Nichtschwangeren ergaben, dass auch hier ganz ähnliche Prozentverhältnisse von sterilem Harn gegenüber Bakteriurie und Cystitis bestanden wie bei Schwangeren, namentlich fand sich auffallend häufig bei Nichtschwangeren eine allerdings meist symptomlos verlaufende Cystitis, selbst bei jungfräulichen Personen. Auch hier überwiegt an Häufigkeit der Kolibazillus, jedoch konnte aus den Häufigkeitszahlen geschlossen werden, dass während der Schwangerschaft der Kolibazillus günstigere Bedingungen, um Infektionen zu erregen, findet, als ausserhalb der Schwangerschaft. Zugleich wurde wiederholt ein Wechsel der Harnbakterien bei ein und demselben Individuum beobachtet, der nicht auf Zufälligkeiten, sondern auf äussere Einflüsse, die den ganzen Körper treffen, z. B. auf Ernährung, Darmstörungen, Temperaturwechsel etc. zurückgeführt wird. Der Baischschen Anschauung, dass als primäre Erreger einer Harninfektion nur die pyogenen Kokken anzusehen sind, während die Kolibazillen eine sekundäre Invasion darstellen, wird eine gewisse Berechtigung zugesprochen.

Koch schliesst aus seinen Untersuchungen, dass eine Persistenz der Harnleiterinfektion vom Kindesalter her ihre Berechtigung hat und dass mit wenigen Ausnahmen eine aszendierende Infektion anzunehmen ist, wenn auch der lymphogene und der hämatogene Weg unter gewissen Umständen zuzugeben ist.

Riha (39) beobachtete unter 12 Fällen von Schwangerschaftspyelitis (grösstenteils Koliinfektionen) in zwei Drittel der Fälle Eintritt der Frühgeburt und in 11 Fällen Fieber im Wochenbett. Eine Kranke starb am Tage nach der Geburt an Sepsis. Zur Behandlung genügten Diät, Trinkdiurese und Harnantiseptika, kombiniert mit protrahierten Blasenspülungen mit schwachen Desinfizientien bis zur physiologischen Ausdehnung der Blase.

Spengler (41) nimmt als häufigsten Infektionsweg bei Pyelitis das Aszendieren der Erreger (meist Kolibazillen, seltener Strepto- und Staphylokokken) an, wobei die Schwangerschaftsauflockerung, das Klaffen des Ureterostiums und besonders die Kompression des Ureters durch den Uterus als begünstigende Momente angesehen werden. Zur Behandlung werden empfohlen: Rücken- eventuell linke Seitenlage, Trinkdiurese, Urotropin, Wärme, in hartnäckigen Fällen Ureterkatheterismus und Nierenbeckenspülung (1‰ Silbernitrat), allenfalls künstliche Frühgeburt und Nephrostomie.

Brandao Filho (4) erzielte in einem Falle von Nierenbeckeneiterung durch Kolibazillen im vierten Schwangerschaftsmonat, nachdem Salol und Urotropin erfolglos geblieben waren, durch Injektion von je 5 ccm einer 1%igen Silbernitratlösung vollen und raschen Erfolg, besonders in bezug auf das vorhandene Erbrechen und die Nierenschmerzen. Der Harn klärte sich allmählich unter weiterer Darreichung von Salol und Urotropin.

Ebeler (11) beobachtete einen Fall von schwerer Schwangerschaftspyelitis, in dem der Harnleiterkatheterismus allein ohne Nierenbeckenspülungen eine sofortige erhebliche Besserung herbeiführte. In einem zweiten Falle, der schwere toxische Allgemeinerscheinungen zeigte, blieben fünf Nierenbeckenspülungen ohne Erfolg und es musste zur Aborteinleitung geschritten werden.

Huggins (25) will in schweren Fällen von Pyelonephritis die Schwangerschaft unterbrechen; er verlor von zwölf Kranken zwei. Er nimmt als Hauptursache das Aufsteigen von Blaseninfektion an.

Tecon (42) beschreibt einen Fall von heftiger Pyelonephritis bei einer zum 11. Male Schwangeren im sechsten Monat, die in allen vorausgegangenen Schwangerschaften an Pyelonephritis gelitten hatte. Die rechte Niere sonderte keinen Harn ab. Die Nephrostomie führte zum Wiedereintritt der Harnsekretion. Die Fistel schloss sich nach der normalen Geburt spontan.

Calmann (6) konnte in zwei Fällen von schwerer Pyelitis, die den gewöhnlichen Behandlungsmethoden trotzten, durch Wasserstoffsuperoxydspülungen des Nierenbeckens prompte Heilung erzielen. Die Infektion des Nierenbeckens wird ebenso häufig auf dem Blut- und Lymphwege, als durch Ureterkompression durch den wachsenden Uterus zurück-

geführt. In der Diskussion hält Rüder so schwere Fälle, dass der Ureterkatheterismus geboten ist, für selten, ebenso Eversmann; Prochownik betont für viele Fälle einfache Blasenspülung, für andere Ureterkatheterismus ohne Nierenbeckenspülung für ausreichend.

Cumston (7) führt die perirenale Abszessbildung im Wochenbett auf Infektion von den Harnwegen oder noch häufiger von den Genitalien aus zurück, und zwar sowohl auf dem Blut- wie besonders auf dem Lymphwege, welch letzterer Weg auch bei einer aus der Schwangerschaft her fortdauernden Pyelitis in Betracht kommt. Bei der Differentialdiagnose kommen Neuralgien, Hüftgelenkserkrankungen, Psoasabszess, Appendizitis, Entzündung der Adnexe und Gallensteinkolik in Betracht. Zur Diagnose dient der Nachweis einer wenig scharf abgegrenzten, keine respiratorische Verschieblichkeit zeigenden Schwellung, Unmöglichkeit der Heraustastbarkeit der Niere, tiefe Fluktuation und Fehlen des Ballotements der Niere.

Doberauer (9) schildert an der Hand von 12 Fällen als Symptome des perinephritischen Abszesses Fieber, Schmerzen, Dämpfung in der Lendengegend, tastbare Resistenz und zuweilen sichtbare Hervorwölbung. Die Anfangsstadien des perinephritischen Abszesses in der Nierenrinde verursachen keine subjektiven Symptome. Die Röntgendurchleuchtung ergibt einen nach unten konvexen, mehr oder weniger weit unter dem Rippenbogen herunterreichenden, nach oben unter dem Rippenbogen sich verlierenden Schatten. Die Behandlung besteht in breiter Eröffnung.

Neu (32) beschreibt einen Fall von paranephritischem Abszess nach Pyelitis in der Schwangerschaft, welcher am sechsten Wochenbettstage rechts neben der rechten Uretermündung (kraterförmige Perforationsöffnung kystoskopisch nachgewiesen) sich in die Blase entleerte. Der rechte Ureter war als verdickter Strang zu tasten.

9. Nierentuberkulose.

1. Anderson, B., An unusual case of genito-urinary tuberculosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 22. Nr. 2. (Gleichzeitige Exstirpation der Appendix, des Uterus, der rechten Adnexe, des 4 cm dicken Ureters und der hydronephrotischen Niere. Heilung.)
2. *Bachrach, R., Ein mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel behandelter Fall von Nierentuberkulose. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 15. Mai 1914. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 27. Nr. 21.
3. *Beuttner, Nieren-Blasentuberkulose. Gyn. Helvet. Bd. 11. p. 156.
4. *Brereton und Smith, Studies of the smegma-bacillus. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 148. Nr. 2.
5. *Brown, L., The significance of tubercle bacilli in the urine. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 24. p. 886.
6. *Carraro, N., Sulla pretesa guarigione spontanea della tubercolosi renale chirurgica. Clin. chir. Bd. 22. Heft 10. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 669.
7. *Ceelen, W., Über tuberkulöse Schrumpfnieren. Virchows Arch. Bd. 219. Heft 1.
8. *Castaigne und Lavenant, Efficacité du traitement médical institué contre la tuberculose rénale. Journ. méd. franç. 1914. Nr. 7.
9. Churchman, J. W., Notes on the examination of the urine for tubercle bacilli. Amer. Journ. of Med. Sciences. 1914. Nov. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 710. (Fand Tuberkelbazillen im Harn fast in jedem Falle von miliarer Tuberkulose.)
10. Crabtree, E. G., and H. Cabot, Endresults of seventy Cases of Renal Tuberculosis Treated by Nephrectomy. Surg., Gyn. and Obst. Dez.
11. *Doebl, H., Beitrag zur Frage: „Nierentuberkulose und Schwangerschaft". Inaug.-Diss. Kiel.
12. *Ekehorn, G., Über die Primärlokalisation und die Ausbreitungsweise des tuberkulösen Prozesses bei der chronischen hämatogenen Nierentuberkulose. Nord. med. Ark. Bd. 47. Abt. I. (Chirurgie). Heft 2. Nr. 12 und Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 321.
13. Fischer, B., Nierentuberkulosen. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 17. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1327. (Demonstration.)
14. Goldschmid, E., Ungewöhnliche Form der Miliartuberkulose der Niere bei subakuter allgemeiner Miliartuberkulose. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 16. Nov. 1914. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 19.
15. *Gordon, G. S., The silence of renal tuberculosis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 2.

16. Höhne, O., Über einige aktuelle Fragen der letzten Jahre auf geburtshilflich-gynäkologischem Gebiete. Med. Klinik. 1913. 2. Beiheft. (Spricht sich bei Nierentuberkulose für die möglichst frühzeitige Nephrektomie aus und betont als wichtigsten Punkt die Frühdiagnose.)
17. *Jerie, J., Beiderseitige Nierentuberkulose. Dekapsulation der einen und Exstirpation der anderen Niere. Heilung. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. p. 113 und Sbornik lek. Bd. 15. Nr. 5/6.
18. *Kilbane, E. F., Nierentuberkulose mit Ureterenverschluss. New York. Med. Journ. 31. Juli. Ref. Med. Klinik. Bd. 11. p. 1113.
19. Kümmell, H., Über Nierentuberkulose. Brauer, Tuberkulose-Fortbildungskurs des Krankenhauses Hamburg-Eppendorf. Bd. 2. Würzburg 1914. Kabitzsch. (Zusammenfassung der wiederholt vom Verfasser veröffentlichten Grundsätze für Diagnose und Behandlung der Nierentuberkulose unter besonderer Hervorhebung der Wichtigkeit der Blutkryoskopie.)
20. Le Fur, Trois cas de néphrectomie pour tuberculose rénale. Soc. de chir. de Paris. Sitzg. vom 25. April. Presse méd. Nr. 19. p. 152. (Drei geheilte Fälle, einer mit Vereiterung der Fettkapsel und einer mit Albuminurie infolge von tuberkulöser Nephritis der anderen Niere und fast vollständigem Verschwinden des Eiweissgehalts nach der Operation.)
21. *Majeran, M., Über die Verbreitung der Tuberkulose im uropoetischen System. Inaug.-Diss. Zürich 1913.
22. *Ostermeyer, K., Sprechen die Statistiken für Nephrektomie oder konservative Therapie bei Nierentuberkulose? Inaug.-Diss. Freiburg 1913.
23. *Schneider, C., Nierentuberkulose bei Feldzugssoldaten. Münchn. klin. Wochenschr. Bd. 62. p. 1627.
24. *Schönberg, Tuberkulöse Schrumpfnieren. Virchows Arch. Bd. 220. Heft 3.
25. *Verriotis, Th., Über die vom Ureterstumpf nach Nephrektomie wegen Tuberkulose ausgehenden Komplikationen und ihre Behandlung. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 274.

Ekehorn (12) zieht aus der genauen Untersuchung zweier Fälle von frischer Nierentuberkulose den Schluss, dass die Pyramiden zuerst infiziert werden, und zwar fand sich in einem Falle in einer Papille der einzige hämatogene Infektionsherd (infizierter Embolus), während die anderen Papillen makroskopisch normal, mikroskopisch aber oberflächlich ulzeriert waren. Im zweiten Falle fand sich auch nur eine einzige kleine Kaverne, die sich durch einen Fistelgang nach der zugehörigen Papillenspitze öffnete. Hiernach wird für beide Fälle eine unilokuläre Infektion angenommen, die Infektionen der Papillen und Kelchwände werden als sekundär, aufsteigend, urinogen aufgefasst.

Majeran (21) nimmt nach Untersuchung von vier Fällen von Nierentuberkulose die Möglichkeit einer aszendierenden Infektion an, wenn auch dafür der Nachweis nicht zu erbringen war. Die zweite Niere erkrankt sicher auf hämatogenem Wege unter Fortschreiten des Prozesses von der Marksubstanz zur Papille.

Ceelen (7) beschreibt einen Fall von hämatogener Nierentuberkulose mit doppelseitiger ausgedehnter chronischer interstitieller Nephritis und Verödung der Harnkanälchen. Ausser der hämatogenen Tuberkulose kann auch die aszendierende Nierentuberkulose zu einer Schrumpfniere führen, die Ähnlichkeit mit der hydronephrotischen Schrumpfniere hat.

Nach Schönbergs (24) Untersuchungen kann Schrumpfniere durch tuberkulöse Prozesse an den Arterien entstehen, die zur Verstopfung und zu infarktähnlichen, später vernarbenden Herden führen, oder es entsteht eine diffuse, interstitielle, tuberkulöse Bindegewebswucherung und Schrumpfung, oder endlich kann es bei tuberkulösen Individuen zu interstitiellen Nierenprozessen ohne charakteristische tuberkulöse Eigentümlichkeiten kommen, die mit Bazillenausscheidung einhergehen kann.

Brown (5) stellt fest, dass bei Lungentuberkulose Tuberkelbazillen durch die Niere ausgeschieden werden können, ohne dass Niere und Urogenitalsystem erkrankt sind. Der Nachweis von Tuberkelbazillen im Harn ist bei Nierentuberkulose ein schlechtes dinagostisches Hilfsmittel, weil die Bazillen erst in späteren Krankheitsstadien ausgeschieden werden. Viel mehr Wert hat der Nachweis des käsigen Herdes durch die Röntgenaufnahme.

Brereton und Smith (4) heben zur bakteriologischen Diagnose der Nierentuberkulose hervor, dass die Beimischung von Smegmabazillen sich durch exakte Antisepsis vermeiden lässt, so dass die Anwesenheit säurefester Bazillen das Vorhandensein einer Urogenitaltuberkulose erweist; eine Züchtung der Smegmabazillen ist sehr schwierig, eine sichere Unterscheidung erbringt nur der Tierversuch.

Gordon (15) beschreibt vier Fälle von ganz symptomloser — auch schmerzloser — Nierentuberkulose. Das einzige diagnostische Mittel ist der Nachweis der doch stets vorhandenen Eiterzellen im Harn. Anwesenheit anderer Bakterien spricht nicht gegen Tuberkulose, wohl aber die ausbleibende Reaktion nach Alttuberkulininjektion. Ausserdem wird auf Druckschmerzhaftigkeit des Harnleiters von Scheide oder Mastdarm hingewiesen. Bei nicht ausführbarem Ureterkatheterismus kann die beiderseitige explorative Freilegung der Nieren notwendig werden.

Kilbane (18) hebt unter Hinweis auf die Möglichkeit des Ureterverschlusses hervor, dass es symptomlos verlaufende Fälle von Nierentuberkulose gibt, oder dass die Symptome auf andere Organe hinweisen können, sowie dass zwischen Schwere und Dauer der Symptome und der Ausdehnung des Prozesses keine Beziehungen bestehen. Da jeder latente Fall zu irgend einer Zeit aktiv und zur Quelle der Erkrankung anderer Organe werden kann, ist bei unkomplizierten einseitigen Fällen die möglichst frühzeitige Nephrektomie indiziert.

Schneider (23) hebt als Anfangssymptome der Nierentuberkulose die Blasenerscheinungen hervor, Pollakiurie, Polyurie, Blutgehalt am Schluss der Miktion, trüben Harn ohne Kolibazillen, leichten Eiweissgehalt, vereinzelte Erythrozyten, länglich schmale Epithelien. Zur Diagnose dient Tuberkelbazillennachweis mittelst Färbung nach Ziehl-Niessen, allenfalls Tierversuch und Tuberkulininjektion, besonders Chromokystoskopie. Jeder langdauernde Blasenkatarrh jugendlicher Individuen soll solange als tuberkulös behandelt werden, bis nicht das Gegenteil erwiesen ist. Als diagnostisches Mittel wird nach Intoleranz der Blase gegen Höllensteinlösungen hervorgehoben.

Beuttner (3) führte in zwei Fällen von Nierentuberkulose, in welchen wegen vorgeschrittener Tuberkulose der Blase der Ureterkatheterismus nicht möglich war, die Sectio alta und dann den Ureterkatheterismus aus. Da er in der Narkose die Blasenkapazität beträchtlich erhöht fand, schlägt er für solche vor, den Harnleiterkatheterismus zunächst in Narkose zu versuchen.

Ostermeyer (22) kommt nach den Ergebnissen der Statistik zu dem Schlusse, dass die konservative und besonders auch die Tuberkulinbehandlung der Nierentuberkulose uch in Frühfällen von einseitiger Erkrankung mit der operativen Behandlung nicht konkurrieren kann, und dass die Nephrektomie, je früher das Stadium der Erkrankung ist, um so günstigere Aussichten einer Dauerheilung schafft. Bei doppelseitiger Nierenerkrankung kann die Insolationstherapie von Wert sein, indem sie durch Heilung der weniger erkrankten Niere die erfolgreiche Nephrektomie der anderen ermöglicht.

Jerie (17) beschreibt einen Fall von vorgeschrittener Tuberkulose der linken und beginnender der rechten Niere, in welchem es gelang, durch Exstirpation der linken und Dekapsulation der rechten Niere die Erscheinungen in der letzteren zum Rückgang zu bringen Er erklärt daher neben Albuminurie und Bazillennachweis auch die Hämaturie nicht für eine Gegenindikation gegen die Nephrektomie. Die günstige Wirkung der Dekapsulation wird auf eine Besserung der Zirkulationsverhältnisse — Hyperämie — zurückgeführt.

Verriotis (25) zählt als Komplikationen seitens des Ureterstumpfs nach Nephrektomie bei Nierentuberkulose auf: Fisteln, und zwar teils rein eitrige, nur mit der Wunde in Verbindung stehende, teils urinös-eitrige, mit der Wunde und mit der Blase in Verbindung stehende, ferner Pyureter und Abszesse, endlich Pyurie und Bazillurie. Zur Vermeidung dieser Komplikationen wird die laterale, subperitoneale, extrakapsuläre Nephrektomie nach Chevassu, Vernähung der Wunde und lumbale, von der Wunde unabhängige Drainage empfohlen. Die Resultate Chevassus werden mitgeteilt, wobei in 19 Fällen von Nephrektomie niemals eine Fistel entstanden ist.

Doebl (11) verwirft bei Nierentuberkulose Schwangerer die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung, sondern befürwortet die Nephrektomie unter Anführung eines Falles, in dem allerdings nach der Operation Abortus eintrat, jedoch kam es alsbald nach der Heilung wieder zu Schwangerschaft, die ausgetragen wurde.

Carraro (6) glaubt nicht an eine Spontanheilung der Nierentuberkulose, besonders kann die käsig-zystische Degeneration keine Heilung bedeuten, weil sich in solchen Nieren stets auch noch Erscheinungen florider Tuberkulose finden, so dass die Exstirpation erforderlich ist. Die Diagnose einer zystisch-tuberkulösen Niere ist schwierig, weil häufig nur die Symptome einer chronischen Nephritis vorhanden sind; sie kann nur durch Kystoskop und Harnleiterkatheterismus gestellt werden; anamnestisch sind früher vorhandene Nieren- und Blasenstörungen von Wichtigkeit.

Castaigne und Lavenant (8) kommen zu dem Schlusse, dass die hämaturische Form der Nierentuberkulose durch die Spenglersche I. K.-Therapie zur vollständigen Heilung gelangen kann; ebenso, dass sich in manchen Fällen von käsig-ulzerierender Nieren-

tuberkulose durch die gleiche Behandlung ohne jegliche Ausschaltung der Nierenfunktion Heilung erzielen lasse. Bei doppelseitiger käsig-ulzerierender Tuberkulose lässt sich nach Exstirpation der schwerer erkrankten Niere durch immunisierende Behandlung die Heilung der weniger erkrankten Niere erhoffen. Endlich ist bei Tuberkuloserezidiv nach Nephrektomie Heilung zu erzielen, wenn die Nierenfunktion noch so weit erhalten war, um die Depuration des Organismus zu sichern.

Bachrach (2) fand in einem Falle von Nephrektomie nach vorausgegangener Behandlung mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel fortschreitende Nierentuberkulose und fortschreitenden Zerfall der Tuberkelknötchen in der Blase, so dass das Friedmannsche Mittel für ausserstande erklärt wird, die Weiterentwicklung der Tuberkulose aufzuhalten.

v. Illyés (g. 2. 13) berichtet über 141 Fälle von Nierentuberkulose. Er empfiehlt bei ausgedehnter Blasentuberkulose, wenn die Ausführung anderer Untersuchungsmethoden nicht möglich ist, die beiderseitige operative Freilegung der Niere und im Anschluss daran Nephrektomie der erkrankten Seite.

Siehe ferner Mac Gowan (g. 8. 31).

10. Nierenverletzungen.

1. Herzfeld, Nierenexstirpation. Kriegsärztl. Abend Berlin vom 18. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 722. (Schussverletzung, Geschoss im Nierenbecken, Niere mit Abszessen durchsetzt. Exstirpation der Niere sechs Monate nach der Verwundung, Heilung.)
2. Lichtenstern, R., Kriegsverletzungen der Niere. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 1129. (8 glatte Durchschüsse, konservativ behandelt, 4 Schussverletzungen, 2 mit Urininfiltration und 2 mit Hämaturie, alle 4 operiert, einer mit Exitus, 8 Nierenrupturen durch stumpfe Gewalt, 7 konservativ behandelt und einer 8 Monate nach der Verletzung wegen Blutung und Fieber operiert, endlich eine Bajonnetstichverletzung mit Hämaturie und Hämatombildung, konservativ behandelt.)
3. *Luckett und Friedmans, Pyelography in the diagnosis of traumatic injury of the kidney. Annals of Surg. 1914. Dez. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 215.
4. Neuhauser, Kriegsverletzungen des Urogenitaltraktus. Wissensch. Abend d. Militärärzte Ingolstadt. Sitzg. vom 5. Dez. 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 90. (Drei Nierenschüsse und eine Schussverletzung des Nierenbeckens oder Ureters, alle durch konservative Behandlung geheilt.)
5. *Posner, C., Über traumatische Nephrose. Ärztl. Sachverständigenzeitg. Bd. 21. p. 73 u. 92.
6. *Rinderspacher, K., Ein Fall von posttraumatischer orthostatischer Albuminurie. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. 1914. Nr. 9.

Posner (5) hebt auf Grund der Beobachtungen von einseitiger Nephritis und von dem Verhalten der Wanderniere bei Traumen die Möglichkeit hervor, dass durch Trauma in einer normal liegenden Niere eine Nephrose, d. h. ein degenerativer Prozess hervorgerufen werden kann, der in der Folge zu einer schweren Allgemeinerkrankung und zu einer Nephritis auf beiden Seiten führen kann. Als Symptome einer solchen Nephrose werden Schmerz in der Nierengegend, Temperaturerhöhung und Ödeme, letztere häufig zunächst auf die erkrankte Seite beschränkt, genannt, woran sich die Erscheinungen der Urämie anschliessen können. Das Auftreten von Blutungen aus der erkrankten Niere ist nicht konstant. Die sich an das Trauma anschliessende akute doppelseitige Nephritis kann akut und chronisch, gutartig, aber auch sehr stürmisch verlaufen.

In der Diskussion äussert sich Fürbringer für die Annahme der Möglichkeit einer Nephritis nach Trauma, namentlich aber für die Möglichkeit einer Verschlimmerung eines schon bestehenden Morbus Brighti und Bürger weist auf die Schädigung der Niere durch Fettembolie nach Traumen hin.

Rinderspacher (6) beschreibt einen Fall von Hämaturie und darauffolgender Albuminurie, besonders nach längerem Gehen und Stehen eintretend, nach Sturz.

Luckett und Friedmans (3) benützten die Kollargolfüllung des Nierenbeckens bei Nierenverletzungen nach Aufhörung der frischen Blutung, um den Sitz der Verletzung und die etwaige Zerreissung der Kapsel darzustellen, und erhielten klare, mit dem Operationsbefund übereinstimmende Bilder.

11. Nierensteine.

1. *Aubourg, P., Abnorme Schatten im Nierenbecken. Bull. et Mém. d. l. Soc. de radiol. 1914. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 36. p. 433.
2. Braatz, Grosse Anzahl von Nierensteinen. Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 9. Nov. 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 332. (Operativ entfernt.)
3. *Cabot, H., Stone in the kidney and ureter. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. p. 1233.
4. *Duffy, R., Pyelotomy versus nephrotomy in nephrolithiasis. Amer. Journ. of Surg. 1914. p. 416.
5. Fischer, Ausgedehnte Steinbildung in beiden Nieren bei Cystitis infolge von Blasenschuss. Ärztl. Verein Frankf. a. M. Sitzg. vom 7. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1328.
6. — Pyelonephritis mit Steinbildung. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 20. Sept. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1726. (Demonstration.)
7. Frank, E., Doppelseitiger Nierenbecken- und einseitiger Harnleiterstein bei Schwangerschaft. Kriegsärztl. Abend Berlin vom 18. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 722. (Demonstration.)
8. — Konkrementbildungen in den Harnwegen. Kriegsärztl. Abend, Berlin, vom 18. Mai. Ebenda.
9. *Furniss, H. D., Nierenschädigung durch Steine. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. Heft 5.
10. Hinman, F., A practical method of applying the wax tipped catheter in the diagnosis of ureteral stone in the male. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 2129.
11. *Kahn, M., Studie über die Chemie der Nierensteine. Zeitschr. f. exp. Path. u. Therap. Bd. 17. Heft 1.
12. Krecke, Zystenniere. Ärztl. Verein München. Sitzg. vom 9. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1224. (Mit Erfolg operiert.)
13. Lichtwitz, L., Über die Bildung der Harn- und Gallensteine. Berlin 1914. J. Springer.
14. Miyauchi, Amyloidhaltige Eiweisssteine im Nierenbecken. Zentralbl. f. Path. Bd. 26. Heft 11. (Fall von geschichteten Eiweisssteinchen im Nierenbecken eines an Amyloidosis Verstorbenen.)
15. Orhan-Bey, Röntgenschatten in der Nierengegend durch Fibroma pendulum erzeugt. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 94. Heft 1. (Zwei Fälle.)
16. *Pfister, E., Über das organische Gerüst der Harnsteine. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 41.
17. *Posner, C., Zur Viskosität des Harns. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 1106.
18. Rosenbloom, J., A case of xanthin calculus. New York. Med. Journ. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 694. (Spontan entleert, $^1/_3$ g schwer, von kanariengelber Farbe; Mann.)
19. Schildecker, Ch., Die Behandlung der Harnsteine auf Grund ihrer chronischen Zusammensetzung. Transact. of Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Bd. 70. p. 679. (Empfehlung individualisierender Diät je nach der chemischen Zusammensetzung der Steine.)
20. Smillie, W. G., Behandlung der Zystinurie. Arch. of int. med. Sept. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 1221. (Herabsetzung der Eiweisszufuhr, sowie Natriumbikarbonat, um Alkaleszenz des Harns herbeizuführen.)

Kahn (11) erklärt die grosse Mehrzahl der Nierensteine für aus Kalkoxalat bestehend. Harnsäure und Urate bilden in kleiner Menge einen Bestandteil aller Steine, jedoch sind zum grössten Teil aus Harnsäure bestehende Steine sehr selten. Bei aus Kalzium bestehenden Steinen wird eine Säurekur empfohlen.

Pfister (16) gelang es, durch Lösung der Steinbildner das organische Gerüst der Steine in Form eines bald feinfaserigen, dünnmaschigen, bald weitmaschigen Netzes darzustellen und zu färben, das aus Fibrin, Schleim, Blut, Bakterien, Eiter etc. bestehen kann. Um das Gerüstnetz herum findet die Steinbildung in Form einer Inkrustationszone statt.

Posner (17) stellt fest, dass die Viskosität, d, h. der Gehalt des Harns an Kolloiden mit der Konzentration des Harns (und mit dem Gehalt an Formelementen) steigt. Da bei zunehmender Konzentration des Harns die Strömungsgeschwindigkeit abnimmt, so kann hierbei die Zunahme der Krystalloide und der Kolloide erhöhte Neigung zur Steinbildung

herbeiführen. Der erfahrungsgemäss günstige Einfluss alkalischer Brunnen auf die Steinbildung wird weniger durch die chemischen Umsetzungen erklärt, sondern vielmehr durch die Beeinflussung der Viskosität, die zwar durch Alkalien anfangs erhöht, durch weitere Alkalivermehrung aber herabgesetzt wird.

Furniss (9) erklärt die Nephrolithiasis für ein ausgesprochen chronisches und lange symptomlos, zuweilen bei vollständiger Zerstörung der Niere nur geringe Gesundheitsstörung veranlassendes Leiden. Vereinzelte, nicht zu grosse Steine in den Kelchen schädigen die Niere sehr wenig, dagegen kommt es, sobald ein Stein ins Nierenbecken gelangt, mit Wahrscheinlichkeit über kurz oder lang zur Obstruktion mit darauffolgender Infektion. Kleine, weiche Steine können den Ureter ohne Schwierigkeit passieren, fixierte dagegen führen zu Obstruktion und Infektion oder können bei längerem Verweilen sich in die Ureterwand einbohren und Stenose bewirken. Infektion wurde in 68% der Fälle beobachtet, in 50% Schädigung, in 25% Aufhebung der Nierenfunktion. Bei Anurie ist stets an doppelseitige Lithiasis zu denken; bezüglich der Annahme einer Reflexanurie und der Reflexschmerzen hält sich Furniss sehr zurückhaltend, weil meist eine lokale Ursache zu finden ist. Bei infizierter Hydro- und Pyonephrose sowie bei Uretersteinen mit stärkerer Funktionsstörung der Niere erklärt Furniss die Nephrektomie für ratsam. Das wichtigste diagnostische Mittel ist die Radiographie, demnächst die Funktionsstörung.

In der Diskussion (Amer. Assoc. of Obst. and Gyn.) spricht sich Bonsfield gegen die zu freigebige Anwendung der Nephrektomie aus, weil die bis jetzt gesunde andere Niere über kurz oder lang erkranken kann. Reder erklärt die Röntgenaufnahme kurz vor der Operation für notwendig, weil der vor längerer Zeit nachgewiesene Stein bei der Operation wieder verschwunden sein kann.

Aubourg (1) beschreibt einen Fall von übereinander liegenden, von einander getrennten Schatten in der Nierenbeckengegend, die für Steine gehalten wurden, sich jedoch als tuberkulöse Veränderungen der Kelche und des Nierenbeckens erwiesen.

Cabot (3) fand bei einem Material von 153 Steinkranken, dass 101 Fälle zwischen 20 und 40 und 128 Fälle zwischen 20 und 50 Jahren zur Operation kamen; die ersten Symptome dagegen traten in der Mehrzahl von Fällen zwischen 20 und 30, in einer beträchtlichen Zahl schon zwischen 10 und 20 Jahren auf. Das Verhältnis der männlichen Kranken zu den weiblichen stellte sich auf ungefähr 2 : 1, und zwar war bei Männern die linke Niere etwas häufiger befallen, bei Frauen die rechte. In etwa zwei Drittel der Fälle waren Koliken vorhanden, demnächst folgt als häufigstes Symptom dumpfer Schmerz in der Nierengegend. Der Harn war in 14% normal, Albuminurie fand sich in 74%, Hämaturie und Pyurie in je 68%. Normaler Harn fand sich besonders bei Uretersteinen. Die Röntgenaufnahme gibt schätzungsweise in 85—90% positives Resultat. Die diagnostischen Schwierigkeiten brachten es mit sich, dass in 26 Fällen vor der Nierenoperation anderweitige vergebliche und unnötige Eingriffe gemacht worden waren, um die vorhandenen Beschwerden zu beseitigen. Als Methode der Wahl wird die Pyelotomie bezeichnet. Durch die Operation wurden bei Nierensteinen 51% vollständig geheilt, in den übrigen Fällen zeigte der Harn nach der Operation noch pathologische Befunde; bei Uretersteinen erfolgte vollständige Heilung in 71%.

In der Diskussion empfiehlt Hinman zur Diagnose, da Blutbefund und Röntgenbefund nicht selten negativ bleiben, die Uretersondierung mittelst des Katheters mit Wachsspitze.

Duffy (4) nennt als Vorteile der Nephrotomie bei Nierensteinen, dass man die Niere nicht vollständig luxieren muss, dass man auch grosse Steine leichter entfernen kann und dass die Operation bei Niereneiterung, wenn man drainieren muss und der Stein hoch in der Nierensubstanz liegt, vorzuziehen ist. Dagegen ist die Pyelotomie ein einfacher und sicherer Eingriff und es lassen sich die schweren Blutungen vermeiden, wie in einem mitgeteilten Falle, wo die Blutung nach der Nephrotomie die Nephrektomie nötig machte. Für die Ausführung der Pyelotomie empfiehlt er die Fixierung des Nierenbeckens zwischen zwei Nähten und Eröffnung mit feiner Schere. Besonders muss die Fettkapsel schonend behandelt werden. Die Nierenbeckenwunde ist mit feinem Catgut zu schliessen. Nachblutungen sind sehr selten, auch Fistelbildung ist selten. Der Harnleiter muss katheterisiert werden, um seine Durchgängigkeit festzustellen.

v. Illyés (g. 2. 13) führt bei Nierenbeckensteinen die Pyelotomie, bei vereiterten Steinnieren mit schlechter Funktion die Nephrektomie aus; bei Anurie soll womöglich binnen 48 Stunden operiert werden. 75 Fälle.

Kolischer (c. 9. 9) hebt bei Nierensteinen die Vorteile der Pyelotomie hervor, deren Naht er durch Fettüberpflanzung aus der Fettkapsel deckt.

Loux (e. 17) führte bei Pyonephrose und Steinbildung die Lendeneinpflanzung des Ureters aus mit Heilung und Beschwerdelosigkeit noch 12 Jahre nach der Operation.

12. Nierengeschwülste.

1. Auerbach, Nierentumor. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 22. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1472. (Hypernephrom mit Durchbruch in Nierenvene und Cava.)
2. *Baldwin, J. F., Dermoids of the kidney. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 2.
3. *Beneke, Über Nierenkarzinom. Ärzteverein Halle. Sitzg. vom 13. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 549.
4. *Casagli, F., Sui cosi detti ipernefromi e periteliomi del rene; loro caratteri anatomopatologici. Arch. per le Scienze med. 1912. Nr. 4. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 234.
5. *Coryell, J. R., Renal cancer associated with renal stone. Bull. of the J. Hopkins Hosp. Bd. 26. p. 93. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 670.
6. Ehrmann, W. B., Ein eigenartiges Angioliposarkom der Niere. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 15. p. 56. (In der Gegend des linken Nierenbeckens entstandener, grösstenteils extrarenal entwickelter Tumor, der als Übergangsform eines Angioliposarkoms zu einem Angiolipom aufgefasst wird; er bestand zum grösseren Teil aus Geschwulst-, zum kleineren aus Nierengewebe. Links keine Harnsekretion. Exstirpation.)
7. Fischer, Sarkom der retroperitonealen Drüsen, in Hohlvene, Ureter und Nierenbecken durchgebrochen. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 7. Dez. 1914. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 197.
8. Fleischmann, Hypernephrommetastase in der Scheide. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 10. März 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 166. (Halbpflaumengrosser, leicht blutender Tumor der hinteren Scheidenwand vom typischen Bau eines Hypernephroms; beiderseits unter dem Rippenbogen je ein derber, beweglicher Tumor abzutasten. 62jährige Frau.)
9. *Gerlach, W., und W. Gerlach, Zur Histogenese der Grawitzschen Tumoren der Niere. Beitr. z. path. Anat. Bd. 60. Heft 3.
10. Goldschmid, E., Grosses Hypernephrom mit zentraler Fibrose. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 16. Nov. 1914. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 18. (An zwei Stellen frei ins Nierenbecken ragend; Exstirpation.)
11. *Goldstein, L., Fall auf die rechte Seite, monatelang dauernde intermittierende Hämaturie, Hypernephrom, Tod nach Operation. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen. Nr. 7.
12. Grey, E., Ein Fall von Pyelonephritis in Verbindung mit Adenokarzinom und Chylurie. Boston Med. and Surg. Journ. 1915. Nr. 3.
13. *Kreke, Zwei Fälle von Hypernephrom. Ärztl. Verein München. Sitzg. vom 9. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1224.
14. *Kretschmer, H. L., und A. M. Moody, Malignant papillary cystadenoma of the kidney with metastases. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 19. Nr. 6.
15. *Kukula, O., Zur Diagnose der bösartigen Nierengeschwülste. Casop. lék. cesk. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 417.
16. Riesterer, E., Beitrag zur Kenntnis der Nierenkapselsarkome. Wiener klin. Rundschau. Bd. 29. p. 6 ff. (Sarcoma fibromatodes am unteren Pol der rechten Niere, von der Fettkapsel ausgehend, bei 63jähriger Nulliparae. Diagnose auf Ovarialtumor. Transperitoneale Ausschälung. Heilung.)
17. *Rothschild, Nephrektomie wegen Hypernephrom. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 5. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1290.
18. Sirami, E., Contributo allo studio dei tumori primitivi del rene. Clin. chir. Bd. 22. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 667. (Ein Fall von $3^1/_2$ kg schwerem Hypernephrom und einen Fall von bösartigem Adenohypernephrom in einer vorher diagnostizierten angeborenen Hufeisenniere.)
19. *Taylor, F., A case of multiple pulsating tumors secondary to hypernephrome. Lancet 6. März. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 693.
20. Unterberger, Hypernephrom. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 210. ($5^1/_2$ kg schwerer Tumor bei 66jähriger Nullipara, als maligner Ovarialtumor diagnostiziert; Operation unter Lumbalanästhesie. Exitus an Lungenembolie.)

Kukula (15) erklärt für die Diagnose der Nierengeschwülste als wichtigstes Symptom den Nachweis einer Geschwulst, nicht konstant ist die Hämaturie, die bei Geschwülsten meist intermittierend ist, und am unsichersten sind Nierenschmerzen. Als ganz besonders wertvoll wird die Funktionsprüfung mittelst Indigkarminprobe hervorgehoben, die stets eine Herabsetzung der Funktion schon im Anfangsstadium der Geschwulstbildung ergab.

Casagli (4) beschreibt einen Fall von perithelialem Hämangiosarkom der Niere und sieht die Unterschiede dieser Geschwulstform von dem Hypernephrom in einem ausgesprochenen Polymorphismus seiner Elemente (neben grossen epitheloiden Zellen Elemente bindegewebigen Charakters), in der Anwesenheit von glasig aussehenden Zellen (Hyalinentartung und Zerfall des Protoplasmas), in dem intimen Kontakt der Geschwulstzellen mit den Endothelzellen der Gefässe mit gänzlichem Fehlen oder äusserster Spärlichkeit eines fibrillären kollagenen Netzwerks zwischen beiden Zellarten, endlich in der Abwesenheit kollagener fibrillärer Interzellularsubstanz.

W. Gerlach und W. Gerlach (9) erklären die Abstammung der Grawitzschen Nierentumoren von Nebennierengewebe für unwahrscheinlich, sondern führen sie zum Teil auf das Nierengewebe selbst, zum Teil auf Verlagerung von Zellen in früherer embryonaler Periode zurück.

Goldstein (11) beobachtete nach Kontusion der rechten Nierengegend intermittierende Hämaturie und zwei Jahre später das Auftreten eines Hypernephroms. Der Keim zur Geschwulstentwicklung wird schon als bestehend angenommen, jedoch kann durch das Trauma das Wachstum des Tumors angeregt worden sein.

Krecke (13) berichtet über einen Fall von in das Nierenbecken durchgewachsenem Hypernephrom mit starken Blutungen und erwähnt ein bei der Operation in die Hohlvene durchgewachsenes Hypernephrom, bei dem erst $8^1/_2$ Jahre nach der Operation Zeichen von Rezidiven auftraten.

Rothschild (17) beobachtete einen Fall von grossem linksseitigen Nierentumor mit dauernder Hämaturie und dem typischen Blutbild der Bantischen Krankheit. Der Ureterkatheterismus war nicht möglich und die Diagnose wurde durch Kolonaufblähung zur Unterscheidung von Milztumor gesichert. Das enorme Hypernephrom ragte zapfenförmig in den Ureter hinein. Nephrektomie, Heilung.

Taylor (19) beschreibt multiple Hypernephrommetastasen in Schlüsselbein, Humerus, Darmbein, 4. und 5. Lendenwirbel, die wegen ihres Gefässreichtums pulsierten, und ausserdem in den Lungen.

Beneke (3) unterscheidet unter den Nierenkarzinomen die weichen, dem System der gewundenen Kanälchen angehörenden und die harten, dem Uretersystem („Ausführungsgangkarzinome") angehörenden Formen. Die ersteren sind sehr gross, häufig von papillärer Struktur, sehr langsam wachsend, neigen zu Verfettung und Nekrosen, sind häufig doppelseitig und brechen leicht in die Nierenvenen durch, während die letzteren meistens kleiner sind und sich durch ihre Härte und weisse Farbe auszeichnen; sie sind häufiger als die erstere Form und entstehen oft im Anschluss an ein Trauma. Sie haben meist Plattenepithelcharakter und führen nicht zu einer Vergrösserung der Niere, sondern im Gegenteil zu einer Verkleinerung infolge von Atrophie der Tubuli contorti. Ein Fall von der letzteren Form wird mitgeteilt.

Coryell (4) fand unter 145 Fällen 131 mal Nierensteine allein, 9 mal Nierenkrebs mit Nierensteinen und 5 mal Nierenkrebs ohne Steine. Die Untersuchung ergab, dass es in der Niere keine scharfe Grenze zwischen entzündlichen und Neubildungsvorgängen gibt. Die Geschwulstbildung beginnt nicht in der entzündlichen Zone selbst, sondern in ihrer Umgebung, und zwar geht sie von den Epithelien des Nierenbeckens und den Kanälchen aus. Stets fanden sich interstitielle und parenchymatöse Veränderungen, häufig auch Eiterung. Der entzündliche Reiz, der durch die Steine, die Nekrose der Harnkanälchen und Zystenbildung bewirkt wird, wird mit Wahrscheinlichkeit als Ursache der Krebsbildung angenommen.

Kretschmer und Moody (14) beschreiben ein bösartiges Cystadenom der Niere bei einem 17 jährigen Kranken, das wegen ausgedehnter Verkalkung einen pfirsichgrossen Schatten gab. Hämaturien waren schon mit 9 und mit 15 Jahren aufgetreten. Nierenbecken und Nierenvene fanden sich (Sektion) frei. Ausserdem bestand chylöser Aszites und Metastasen in den retroperitonealen und mesenterialen Lymphdrüsen, in Leber, Magen und Zwerchfell. Aus der Literatur konnten nur 10 Fälle von im Nierenparenchym entstandener papillärer Zystadenombildung zusammengestellt werden, dagegen 75 Fälle von papillären Geschwülsten, die vom Nierenbecken ausgingen.

Baldwin (2) beschreibt einen Fall von Dermoid mit grösstenteils verknöcherter Wand und Cholestearininhalt in der unteren Hälfte der Niere eines 16jährigen Mädchens, bei dem schon im 1. bis 2. Lebensjahr eine Geschwulst im Leib bemerkt worden war. Transperitoneale Nephrektomie, Heilung. Fünf Fälle aus der Literatur.

v. Illyés (g. 2. 13) berichtet über 24 Fälle von Nierengeschwülsten, die er grösstenteils mittelst retroperitonealer Nephrektomie operiert hatte.

13. Parasiten der Niere.

1. Bravo, G., und S. Pascual, Ein Fall von Echinococcuszyste der Niere. Rev. clin. de Madrid. 1914. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 417.

Bravo und Pascual (1) empfehlen bei Nierenechinococcus an Stelle der Auslösung der Zyste stets die Nephrektomie. Ein Fall von heftigen Schmerzanfällen und Membranenausstossung wird mitgeteilt.

XIII.

Elektrizität, Röntgentherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie. Massage, Gymnastik, Heissluftbehandlung, Belastungstherapie, Bäderbehandlung.

Referent: Dr. W. Reusch, Stuttgart.

A. Elektrizität.

1. Becker, Ferd., Gedämpfte Hochfrequenzströme als narbenerweichendes Mittel. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1044. (Becker hat bei einer Reihe von Verwundeten gute Erfolge mit den Hochfrequenzströmen beobachtet. Schlecht heilende Wunden mit kallösen Rändern, hypertrophische Narben und Keloide, Narbenschrumpfungen wurden günstig beeinflusst.)
2. Brink, Th., Tuberkulosebehandlung durch Einatmung ionisierter Luft und durch lokale Anwendung konstanter Ströme. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose. Bd. 32. Heft 1. 1914. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. p. 982. (13 Fälle von Drüsentuberkulose, 2 kalte Abszesse und 7 Kehlkopftuberkulosen wurden durch die Einatmung ionisierter Luft günstig beeinflusst. Auch die Durchleitung eines konstanten Stroms durch den Körper bewirkte eine Besserung tuberkulöser Prozesse.)
3. Bucky, Diathermieschädigungen und ihre Vermeidung durch den Pulsator unter gleichzeitiger Erhöhung der therapeutischen Wirkung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. p. 977. (Verfasser empfiehlt intermittierende Diathermieströme anzuwenden. Dadurch soll die Verbrennungsgefahr verringert und gleichzeitig die Wirksamkeit vergrössert werden. Der Diathermie-Pulsator wird von der Firma Siemens u. Halske hergestellt.)
4. Clark, William L., Die Anwendung der Austrocknung in der Gynäkologie. Amer. Journ of Obst. Vol. 72. Nr. 1. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 857. (Austrocknung nennt der Verf. die Anwendung von Hitzegraden, die gerade ausreichen, die Zellen durch Wasserentziehung zu zerstören. ohne irgendwie sie zu verkohlen. Statische Elektrizität dient seinen Zwecken.)

5. Gmunt, E., Einfluss der Diathermie auf Leukozyten. Casopis lékarno ceskych. 1914. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 31. (Nach der Diathermie tritt eine Leukozytose auf, die bis zu 45% der ursprünglichen Leukozytenzahl beträgt.)
6. Hirsch, A. B., Elektrotherapie in der Gynäkologie. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 858. (Nach einer Zeit der Überschätzung der Elektrotherapie vor 20—30 Jahren wird deren Bedeutung jetzt sicherlich unterschätzt. Verf. gibt hier einen kurzen Überblick über gynäkologische Affektionen, die vorteilhaft dieser Therapie unterworfen werden können. So vor allem Subinvolution des Uterus, Atonie des Darmes, Obstipation, Atonie wie abnorme Reizbarkeit der Blase, Dysmenorrhoe, manche Formen von Ausfluss. Vaginismus.) (Jaschke).
7. Hirsch, Henri, Die physikalischen Heilmethoden in der Hand des praktischen Arztes. Med. Klinik. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 695.
8. Joseph, Behandlung der Blasentumoren mit Thermokoagulation. 43. Chirurgenkongr. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Ergänzungsheft. p. 108.
9. Kowarschik und Keitler, Die Diathermie bei gynäkologischen Erkrankungen. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 41. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 30. (Besprechung der Technik und der Indikationen der Diathermie. Verff. verwenden als Elektroden Bleifolien. Als Indikationen kommen alle jene Erkrankungen in Betracht, bei denen Wärme indiziert ist.)
10. Kraus, Fritz, Zur Anwendung der Diathermie. Med. Klinik. Nr. 20. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 695. (Besprechung der Technik und der Indikationen der Diathermie. „Bei richtig gewählter Technik, Behandlungsdauer usw. befriedigten die mit der Diathermie in den besprochenen Krankheitsfällen erzielten Resultate. Als Indikationskreis für die allgemeine Diathermie möchte ich Schlaflosigkeit, geistige Erschöpfungszustände, rasche Ermüdbarkeit und andere Störungen nervöser Art an erster Stelle erwähnen, an weiteren dann Störungen der Blutbeschaffenheit (Chlorose, Anämien), ferner Rückenschmerzen verschiedener Ätiologie und Lumbago. Dagegen hat sich die Kontaktmethode mit Plattenelektroden bei allen Gelenkserkrankungen verschiedenster Ätiologie, bei Herz- und Gefässerkrankungen, Lungenkrankheiten, Ischias und anderen Neuralgien, ferner bei Nebenhodenerkrankungen, sexueller Neurasthenie und Psoriasis bewährt. Als Kontraindikation für die allgemeine Diathermie könnte allgemeine Fettsucht oder Neigung zu derselben angesehen werden."
11. Lohnstein, H., Zur Hochfrequenzbehandlung von Papillomen in der Nähe des Orific. internum vesicae. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 9. Heft 5. (Lohnstein hat ein neues Instrument konstruiert, das gestattet, die nähere Umgebung des Orificium intern. zu besichtigen und durch eine eingeführte Sonde mit Hochfrequenzströmen zu behandeln.)
12. Massey, Betton G., Eine verbesserte Ionisationsmethode für die Behandlung des Cervixkarzinoms; sinusoidaler galvanischer Reversalstrom bei Enteroptose und Erschlaffung der Beckengewebe; zwei neue elektrische Methoden in der Gynäkologie. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 1. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 858. (Referent verweist auf die Originalarbeit.)
13. Matz, A., Temperaturmessung beim Diathermieverfahren. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Jahrg. 13. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 696. (Matz empfiehlt den von der Firma Siemens & Halske konstruierten Apparat zur Messung der Temperatur an den Behandlungsstellen oder unter den Elektroden, wie auch an jeder anderen Körperstelle bei der Diathermie. Der Apparat erlaubt die Messung nach dem sogenannten thermoelektrischen Prinzip. Er wird besonders bei der Gonorrhoe mit Vorteil verwendet.)
14. Mendel, Felix, Über Diathermie und ihre Kombination mit Ultraviolettbestrahlung und anderen Heilmitteln. Therapie d. Gegenw. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 367. (Verf. empfiehlt eine kombinierte Behandlung von allgemeiner Diathermie [auf dem Kondensatorbett] und Höhensonnenbestrahlung. Er erreichte günstige Wirkungen bei Psoriasis, Lupus und anderen tuberkulösen Hauterkrankungen. Frappante Erfolge erzielte er bei Chlorose. Auch Skrofulose, Bronchialdrüsentuberkulose, Lungenspitzentuberkulose, Diabetes, Gicht usw. wurden günstig beeinflusst.)
15. Percy, J. F., Die Technik der Hitzeanwendung bei der Behandlung inoperabler Uteruskarzinome. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 2. Aug. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 858. (Das Verfahren des Verf. beruht auf der experimentellen Erfahrung, dass Temperaturen von 45° C bereits die Karzinomzellen zerstören, während gesunde Gewebe 55 bis 60° vertragen.)

16. **Recasens, Die Diathermie als Behandlungsmittel bei anexialen Entzündungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 289. (Die Diathermie stellt bei einer Reihe von Krankheitsprozessen der Adnexe ein sehr wirksames konservatives Behandlungsmittel dar, das besonders auch wegen seines schmerzlindernden Effektes Anwendung verdient. Bei Ovariosalpingitis chronica und Parametritis chronica wird die Wirkung besonders gerühmt.)**
17. **Rockwell, A., Diathermiebehandlung. Med. Record. Vol. 86. Nr. 24. New York. 1914. Dez. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 696. (Warme Empfehlung des Verfahrens, das einfach zu handhaben und ausgezeichnet in seinen Erfolgen ist. Verfs. Fälle nehmen allerdings keinen speziellen Bezug auf die Gynäkologie.)**
18. **Rumpf, Th., Weitere Mitteilungen über oszillierende Ströme und ihre strahlende Energie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. p. 241 u. Nr. 10. p. 277. (Rumpf erzeugt oszillierende Ströme, indem er den Wechselstrom eines grösseren Induktors durch dünne Glasplatten hindurchgehen lässt. Dabei treten elektrische Schwingungen auf mit hoher Spannung und ca. 1 Million Perioden pro Sekunde. Besprechung der Technik und der chemischen Wirkungen dieser Ströme. Die Ströme sollen auf Herz- und Gefässkrankheiten eine günstige Wirkung im Sinne der Digitalis ausüben.)**
19. **Schmidt, Hugo, Über Heilung entzündlicher Beckentumoren mittelst galvanischer Schwachströme. Therapie d. Gegenw. 1914. Heft 12. (Eine Reihe von entzündlichen Affektionen der weiblichen Genitalorgane wurde durch Anwendung des galvanischen Gleichstroms geheilt. Die Anode wird in die Vagina eingeführt, die Kathode wird auf den Leib oder den Rücken gelegt. Verwendet wurden Ströme von 20—30 Milliampère.)**
20. **Strassmann, P., Beseitigung eines Blasentumors durch Elektrokoagulation. Sitzungsbericht d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 445. (Es handelte sich um einen Blasentumor von der Grösse einer halben Pflaume, der Blutungen verursachte. Er wurde mit dem Hochfrequenzapparat der Firma Reiniger, Gebbert u. Schall in drei Sitzungen völlig zum Schwinden gebracht.)**
21. **Wunder, Elektrotherapeutische Improvisationen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. (Verf. zeigt, wie man mit den einfachsten Hilfsmitteln regulierbare galvanische Schwachströme zu therapeutischen und diagnostischen Zwecken herstellen kann.)**

B. Röntgen- und Radiumtherapie.

a) Physikalische und technische Arbeiten.

1. Adler, Erich, Versuche über das Kienböcksche und das Holzknechtsche dosimetrische Verfahren. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 465. (Ein Vergleich zwischen diesen beiden Messverfahren zeigt, dass das Quantimeter von Kienböck relativ am zuverlässigsten ist, wenn es auch nicht so vollkommen ist, dass es allgemein als Einheitsmass angenommen werden kann.)
2. Bahr, F., Zur Frage der künstlichen Erzeugung von γ-Strahlen radioaktiver Substanzen mittelst Röntgenröhren. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 427. (Der Dessauersche Reformapparat der Veifawerke [Gleichrichterinstrumentarium], soll nach der Behauptung seines Erfinders eine Strahlung liefern, die 10—15 mal so hart ist, als die seither bekannte Röntgenstrahlung. Nach Bahr ist diese Behauptung unrichtig. Der Reformapparat ist den bisher benutzten Induktorinstrumentarien nur wenig überlegen. Die Halbwertschicht im Wasser beträgt vergleichsweise, nach Filterung durch 3 mm-Aluminium bei einem Induktorinstrumentarium der Firma Reiniger, Gebbert und Schall 4,3—4,5 cm, bei dem Reformapparat 4,9—5,1 cm, bei der γ-Strahlung des Radiums 16! cm. Dieser Unterschied wird in Blei noch erheblich grösser. Je höher das Atomgewicht der absorbierenden Substanz, desto grösser wird der Unterschied der Penetrationskraft zwischen den härtesten Röntgenstrahlen und den Gammastrahlen. Im Blei verhalten sich die Halbwertschichten wie 0,023 cm : 1,0 cm.)
3. Behne, K., und E. Opitz, Zur Technik der Tiefentherapie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 1. (Die Verf. empfehlen zur Kühlung der Röntgenröhren Eiswasser und wollen dadurch unter Schonung der Röhren grössere Mengen harter Strahlung erzielen.)
4. Bucky, Die Kühlung der Röntgentherapieröhren mit siedendem Wasser. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. (Verf. beschreibt eine Wasserkühlröhre, die mit siedendem

Wasser „gekühlt" wird. Dadurch wird die Röhre dauernd auf einer bestimmten Temperatur gehalten, mit dem Vorteil eines gleichmässigen, ruhigen Ganges und einer absoluten Konstanz der Strahlenhärte. Die Röhre soll eine dauernde Belastung von 5 Milliampère vertragen.)

5. Cole, L. Gr., Technik und experimentelle Anwendung harter Strahlen bei Röntgentiefentherapie. Med. Rec. 4. IX. p. 418. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 472.

5a. — Technic and experimentel Applications of Hard Rays for deep Roentgentherapy Amer. Gyn. Soc. May. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 705. (Die ersten Erfahrungen mit der neuen Coolidgeröhre.)

6. Coolidge, M. W., Eine mächtige Röntgenröhre mit reiner Elektronenentladung. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 431. (Das Prinzip der Coolidgeröhre ist dasselbe wie das der Lilienfeldröhre. Beide sind fast vollkommen luftleer. An Stelle des Gasrestes der alten Röntgenröhren, dessen Ionen als Leiter des Hochspannungsstroms dienen, treten Elektronen, die auf thermischem Wege erzeugt werden. Coolidge benützt massive Wolframantikathoden, die eine ausserordentlich hohe Erhitzung ertragen und völlig gasfrei sind. Eine heizbare Wolframspirale, an Stelle der Kathode, dient als Elektronenquelle. Positive Ionen sollen im Gegensatz zu der Lilienfeldröhre nicht auftreten. Die Röhre soll stundenlang mit einer Sekundärstromstärke von 25 Milliampère betrieben werden können, ohne eine Änderung der Härte aufzuweisen. Die Intensität der Strahlung kann durch Regulierung des Heizstroms, die Penetrationsfähigkeit durch Veränderung des Hochspannungspotentials jederzeit leicht und schnell auf beliebige Werte eingestellt werden.)

7. Dessauer, F., Radium, Mesothorium und harte X-Strahlung und die Grundlagen ihrer medizinischen Anwendung. Otto Nemnich, Leipzig 1914. (Eine Einführung in die physikalischen Grundlagen der Strahlentherapie mit radioaktiven Substanzen und harten Röntgenstrahlen. 156 Seiten.)

8. — Eine Vorrichtung zur Darstellung des Strahlenganges in der Tiefentherapie. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 492.

9. — Homogenstrahlungslehre. (Die physikalischen Grundlagen der Tiefenbestrahlung.) Strahlentherapie. Bd. 5. (Verf. gibt hier ein kurzes Resumée seiner in zahlreichen Arbeiten niedergelegten Homogenstrahlungslehre.)

10. Ernst, A., und F. Dessauer, Einige Probleme der Tiefenbestrahlung. (Ultraharte Röntgenstrahlung.) Strahlentherapie. Bd. 5. (Jede Röntgenröhre sendet eine stark komplexe Strahlung aus. Auch mittelweiche Röhren enthalten, wenn auch wenig, ultraharte Strahlen. Durch geeignete Filtertechnik kann man daher auch mit mittelweichen Röhren Tiefentherapie treiben. Die so erzeugten harten Röntgenstrahlen sollen sich in ihrer Durchdringungsfähigkeit den γ-Strahlen des Radiums bis auf etwa $^1/_3$ nähern. Es folgen noch Untersuchungen über die Eigenstrahlung einer ganzen Reihe von Metallen, mit dem Resultat, dass die Eigenstrahlung zu therapeutischen Zwecken nicht verwendet werden kann.)

11. Guilleminot, Über die zur Deutung der in der Radiotherapie erzielten Resultate notwendigen physikalischen Grundlagen. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 330. (Die Arbeit hat zum Zweck: zu zeigen, dass alle biologischen Wirkungen, sowohl mit ungefilterten als mit gefilterten Strahlen von dem Gesetz der Proportionalität der Wirkungen zu den absorbierten Dosen beherrscht werden.)

12. Günther und Bosselmann, Vergleichende Versuche mit modernen Röntgeninstrumentarien für Tiefentherapie. Fortschr. d. Röntgenstr. 22. Heft 3.

13. Heusner, Hans L., Die elektromagnetischen Schwingungen, ihre biochemische Wirkung und therapeutische Verwendung. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 70. (Nichts Neues.)

14. Hida, Methode zum Erreichen einer konstanten Härte der Röhre. Fortschr. d. Röntgenstrahlen. 22. Heft 3.

15. Holzknecht, Die gasfreie Röntgenröhre nach J. E. Lilienfeld. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 837. (Verf. beschreibt die Konstruktion und Anwendungsweise der Lilienfeldröhre.)

16. — Das Glühventil nach Koch. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. (Eine wesentliche Verbesserung aller Induktorbetriebe, sowohl für die bisherigen als auch für die neuen gasfreien Röntgenröhren. Eine gasfreie Ventilröhre mit Thermoionenentladung.)

17. Koch, F. G., Die neuesten Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgentechnik. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 354. (Vortrag. Nichts Neues.)
18. Levy-Dorn, M., Die neuen Röntgenröhren von Lilienfeld, Coolidge und Zehnder. Deutsche med. Wochenschr. p. 887. (Eine kurze Erläuterung der Konstruktion der im Titel genannten Röhren.)
19. Löwenthal, S., Über sekundäre Elektronenbildung. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 199. (Wenn Röntgenstrahlen auf Substanz auftreffen, entstehen dreierlei Umformungen der strahlenden Energie. 1. Dispersion der Strahlen von unveränderter Qualität; 2. charakteristische Sekundärstrahlung [Eigenstrahlung]. Diese ist abhängig vom Atomgewicht der getroffenen Substanz; 3. sekundäre Elektronenemission.) Löwenthal weist nach, dass die sekundäre Elektronenbildung ebenfalls abhängig ist vom Atomgewicht. Sie ist am grössten beim Blei, am geringsten, d. h. gleich Null beim Aluminium, sie kann daher beim Protoplasma gar nicht in Betracht kommen. Von ihr soll jedoch, nach des Verfs. Ansicht, allein die biologische Wirkung auf das Gewebe herrühren. Es kommen demnach nur die Eisen- und Kalkatome im Gewebe als Energietransformatoren in Betracht. Da die sekundäre Elektronenemission proportional der primären Strahlenhärte ist, so lässt sich die von verschiedenen Seiten behauptete Parallelität zwischen Strahlenhärte und biologischem Effekt leicht erklären.)
20. Meyer, F., Praktische Erfahrungen mit dem Fürstenauschen Intensimeter. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44. p. 1313. (Nach Meyer stellt das Fürstenausche Intensimeter [Selenzelle] einen erheblichen Fortschritt für die Dosierung und Härtemessung der Röntgenstrahlen dar.)
21. Meyer, Hans, Das Iontoquantimeter, ein neues Messgerät für Röntgenstrahlen. Zeitschr. f. Gyn. Nr. 47. p. 1425.
22. Regener, Erich, Über Kathoden-, Röntgen- und Radiumstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 1. (Vortrag. Nichts Neues.)
23. Ritter, H., G. Rost und Krüger, Experimentelle Studien zur Dosierung der Röntgenstrahlen mit dem Sabouraudschen Dosimeter. Strahlentherapie. Bd. 5. (Eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.)
24. Röntgen, W. C., Grundlegende Abhandlungen über die X-Strahlen. Würzburg, Kabitzsch. (Eine Jubiläumsausgabe der drei ersten Veröffentlichungen Röntgens.)
25. Runge, E., Beitrag zur Messung der Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Strahlentherapie. Bd. 6. (Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, das Gausssche Aluminiumphantom durch Messungen an der Lebenden auf seine Gültigkeit auch für gefilterte Strahlen zu prüfen. Durch Einlegen von Kienböckstreifen in die Vagina und Messen der Entfernung des Streifens von der Oberfläche mit Hilfe des Tasterzirkels wurde der Dosenquotient bestimmt. Es hat sich herausgestellt, dass die Messungen am Phantom und an der Lebenden übereinstimmten, so dass das Gausssche Phantom in Zukunft ohne Bedenken zu Tiefenmessungen, auch für harte, stark gefilterte Strahlen verwendet werden kann.)
26. Schmidt, H. E., Über die Coolidge-Röhre der A. E. G. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. (Für tiefentherapeutische Zwecke ist nach Schmidt die Coolidge-Röhre anderen erstklassigen Röhren nicht überlegen. Ihr grösstmöglicher Härtegrad beträgt 10—12 Wehnelt. Dabei verträgt sie keine höhere Belastung wie 3 Milliampère.)
27. Schwentner, J., Leitfaden der Momentaufnahmen im Röntgenverfahren. Otto Nemnich, Leipzig 1913.
28. Scilard, B., Über die absolute Messung der Röntgen- und γ-Strahlen in der Biologie. Strahlentherapie. Bd. 5. (Verf. beschreibt ein Jontoquantimeter zur Messung der Röntgenstrahlen und der Gammastrahlen des Radiums. Als Mass für die strahlende Energie dient die Zahl der in 1 ccm Luft gebildeten Ionen. Einheit ist das Mega-Megaion [1 Million mal 1 Million Ionen]. Einheit der Strahlenqualität ist ihr Absorptionskoeffizient durch Luft. Der Apparat zeigt direkt die Oberflächenenergie in Mega-Megaion an. Die Tiefendosis und die Gesamtquantität werden daraus durch Formeln berechnet.)
29. v. Seuffert, Ernst, Eine Methode zu quantitativen und qualitativen Messungen von Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. Nr 27. p. 797. (Verfasser bespricht das Scilardsche Iontoquantimeter und zeigt, wie man dasselbe zum Vergleich verschiedener Apparatetypen verwenden kann.)
30. Sommerfeld, A., Die neueren Fortschritte in der Physik der Röntgenstrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. (Physikalisch-theoretischer Fortbildungsvortrag.)

31. Thedering, Ein einfaches mechanisches Regenerierverfahren für Röntgenröhren. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Heft 5.

32. Voltz, F., Die Erzeugung durchdringungsfähiger Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 6. (Verf. hofft, dass es der Technik mit der Zeit gelingen wird, Röntgenstrahlen von so kurzer Wellenlänge wie die γ-Strahlen des Radiums herzustellen. Er bespricht die technischen Bedingungen, die zu diesem Zweck erfüllt sein müssen und die Schwierigkeiten, die noch zu überwinden sind.)

33. Warnekros, Technische Neuerungen bei der Röntgentiefenbestrahlung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 228. (Die Veifawerke haben einen Apparat gebaut, bei dem gleichzeitig mit vier Röhren bestrahlt werden kann. Während der Bestrahlung wird das Karzinom von Diathermieströmen sensibilisiert. Besprechung des Szilardschen Iontoquantimeters.)

b) Biologische und histologische Arbeiten.

1. Abbe, Rob., Radium-β-Strahlen. Med. Record. Vol. 86. Nr. 22. New York 1914. Nov. 28. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 310. (Abbe kommt zu dem Ergebnis, die isolierten β-Strahlen seien diejenigen, denen die grösste Wirkung auf lebende Zellen zukommt.)

1a. Driessen, L. F., De invloed der Röntgenstralen op de menstruatie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Helft. Nr. 26. Med. Gyn. Ver. Okt. 1914. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jahrg. Heft 2/3. (Kurzer historischer Überblick und Angabe der vom Verfasser mit Röntgenstrahlen behandelten Menorrhagien, woraus erhellt, dass die besten Resultate erreicht wurden, wenn kurz nach der Menstruation bestrahlt wurde. Pathologisch-anatomische Untersuchungen zeigen, dass dann gerade die Epithelzellen der Follikel in den Ovarien am meisten empfindlich sein müssen, da eben auf die wachsenden Zellen die Einwirkung der X-Strahlen am stärksten ist.) (Mendes de Leon.)

1b. — Invloed van Röntgenstralen op dezwangere baanmoeder van het konijn. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 16. Mai. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 1/2. p. 126. (Holländisch.) (Zweck der Untersuchung war festzustellen, welchen Einfluss die Strahlen auf den Plazentationsprozess haben. Deswegen wurde immer vor dem achten Tage der Schwangerschaft bestrahlt. Stets blieb das Schwangerschaftsprodukt in der Entwicklung zurück. Bei einem am 15. Tag post copulationem getöteten Tier wurden links vier, rechts fünf Uterusanschwellungen gefunden, die jedoch mit einem vier Tage jüngeren Schwangerschaftsstadium übereinstimmten und von denen nur eine einen Embryo zu enthalten schien. Mikroskopisch wurde gefunden, dass die Keimblase, obschon nicht ganz frei in der Uterushöhle, doch nur einen minimalen Zusammenhang mit der mütterlichen Schleimhaut hatte. Vollkommene Verschmelzung des fötalen und maternalen Gewebes hatte noch nicht stattgefunden. Trotzdem war die Decidua maternales sehr gut zur Entwicklung gekommen, die mesometralen Schleimhautfalten hatten eine Grösse erreicht, die man bei der normalen Plazentation nie zu sehen bekommt; die Deciduazellen sassen voll Glykogen. Verf. schliesst daraus, dass die Glykogenbildung in der mütterlichen Schleimhaut, sowie deren deciduale Reaktion nicht durch eine chemotaktische Wirkung der Frucht ausgelöst wird, sondern dass dabei anderweitige Einflüsse im Spiele sind. Höchstwahrscheinlich muss die Ursache der Deciduabildung im Ovarium, speziell im Corpus luteum gesucht werden. Mikroskopische Untersuchung der Ovarien des bestrahlten Tieres brachte ans Licht, dass die Luteinzellen nicht oder nicht nennenswert durch die Bestrahlung gelitten hatten. — Verf. fand bei seinen Untersuchungen ferner einen erheblichen Unterschied in der biologischen Wirkung ungefilterter und gefilterter Strahlen. Letztere wirken viel intensiver. Deutlich war auch an den Präparaten sichtbar die stärkere Entwicklungshemmung der Frucht bei Anwendung grösserer Dosen. — Schliesslich wurden die Genitalorgane eines acht Tage schwangeren Kaninchens untersucht, das fünf Monate früher 27 X harte gefilterte Strahlen bekommen hatte. Auch hier waren die Anschwellungen in der Entwicklung zurückgeblieben und beantworteten mehr an den 6. wie an den 8. Tag der Gravidität. Das Ovar hatte sich anscheinend von dem schädlichen Einfluss der Bestrahlung erholt, die Funktion desselben, vielleicht die des Corpus luteum, schien trotzdem gehemmt, obschon mikroskopisch weder in Form, Grösse, Färbbarkeit noch in histologischem Bau der Luteinzellen Unterschiede mit einem normalen Corpus luteum festzustellen waren.) (Lamers.)

2. Fiorini und Zironi, Immunkörper und Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 317. (Die Röntgenstrahlen haben keinen Einfluss auf den Gehalt des Serums an Immunkörpern, weder in vivo noch in vitro.)
3. Frankl, Oskar, und C. P. Kimball, Über die Beeinflussung von Mäusetumoren durch Röntgenstrahlen. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 45. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 310. (Durch die Röntgenstrahlen wird nicht nur die Tumorzelle selbst, sondern auch der Nährboden des Tumors geschädigt.)
4. Silvio Gavazzeni und Spartago Minelli, Die Autopsie eines Röntgenologen Strahlentherapie. Bd. 5. p. 309. (Der Kollege starb unter den Symptomen schwerster. Anämie. Die Sektion ergab eine Aplasie des Knochenmarks und der Milz, als deren Ursache eine langjährige unvorsichtige Beschäftigung mit Röntgenstrahlen angesehen wird.)
5. Ghilarducci, F., Wirkung des Radiums auf Tuberkelbazillenkulturen. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 284. (Das Radium hat eine sicher abschwächende Wirkung auf den Tuberkelbazillus. Die Abschwächung ist nicht den α-Strahlen zuzuschreiben.)
6. Halberstaedter und F. Rütten, Experimentelle Untersuchungen über die biologischen Wirkungen des Enzytols. Strahlentherapie. Bd. 5. (Tierversuche. Eine Analogie zwischen Enzytolwirkung und Strahlenwirkung kann nicht aufgestellt werden.)
7. Halpern, J., Experimenteller Beitrag zur Chemotherapie der Tiergeschwülste. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 772. (Verf. hat mit einem kombinierten Arsen-Enzytolpräparat, dem Arsalyl-Enzytol bei Tiergeschwülsten günstige Resultate erzielt. Nachdem die relative Ungiftigkeit des Präparats festgestellt war, wurden Versuche an 43 Patienten mit schwersten inoperablen Tumoren vorgenommen. In einem Teil der Fälle trat eine auffallende Besserung ein. Subjektiv wurden zahlreiche Fälle günstig beeinflusst.)
8. Heimann, F., Der Effekt verschieden gefilterter Mesothorstrahlung auf das Kaninchenovarium. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 117. (Durch die Strahlung werden besonders die Graafschen Follikel geschädigt. Die Schädigung war am grössten bei Verwendung von Bleifiltern.)
9. Huessy, Paul, und J. Wallart, Interstitielle Drüse und Röntgenkastration. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1. p. 531. (Die Röntgenstrahlen haben eine elektiv zerstörende Wirkung auf den Follikelapparat des Ovariums. Trotz regelrecht durchgeführter Bestrahlung können aber einige Primärfollikel intakt bleiben. Die interstitielle Eierstocksdrüse wird nicht nur nicht geschädigt, sondern scheint eher zu hypertrophieren. Bei der Röntgenbehandlung der Myome wird daher nicht eine reine Kastration, d. h. eine Vernichtung des Ovarialparenchyms vorgenommen. Im Endometrium werden in erster Linie Gefässschädigungen in Form der Endarteriitis obliterans beobachtet, die vielleicht unabhängig von der Bestrahlung als physiologische Sklerosen aufgefasst werden müssen. Rezidive nach Bestrahlung lassen sich nicht völlig ausschliessen; sie sind als Follikelrezidive anzusehen.)
10. Klein, G., und H. Dürck, Mikroskopische Befunde nach Mesothorbehandlung bei Karzinomen. Sitzungsber. d. Münchn. gyn. Ges. Ref. Zentralbl. p. 54. (Es werden zwei Fälle mitgeteilt. 1. Ein Exzisionsstück aus einem in Heilung begriffenen inoperablen Gesichtskarzinom. Die Karzinomzellen werden nach primärer Schädigung durch hämatogene Zellen beeinflusst. 2. Ein letaler Fall von Gallertkarzinom des Cökums. Hier wurden die Karzinomzellen durch eine mächtige Wucherung des bindegewebigen Stromas erdrückt.)
11. Kolde, W., und E. Martens, Untersuchungen über das Verhalten des Blutes, besonders der roten Blutkörperchen nach Mesothoriumbestrahlung. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 127. (Nach Bestrahlung mit Mesothorium tritt stets ein Zerfall von roten Blutkörperchen ein, und zwar ist dieser Zerfall bei längerer Bestrahlung oder bei der Verwendung stärkerer Präparate meist ein grösserer als bei kürzerer Anwendung oder kleinerer Radiummenge. Bei sehr blutarmen Patienten wird man am besten durch Zählung der roten Blutkörperchen vor jeder neuen Bestrahlung sich erst davon überzeugen, ob der Patient sich schon von der vorhergehenden Bestrahlung genügend erholt hat.)
12. Müller, W., Beitrag zur Frage der Strahlenwirkung auf tierische Zellen, besonders die der Ovarien. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 144. (Reifferscheid hat bei Tieren Frühveränderungen nach Bestrahlung gefunden, die bereits nach drei Stunden nachweisbar waren. Sie bestanden in Pyknose und Zerfall der Follikelepithelzellen. Müller weist nach, dass diese Veränderungen auch an unbestrahlten Ovarien [Meerschwein-

chen, Mäusen] gefunden werden, und somit nicht als Strahlenwirkungen aufgefasst werden können.)

13. Nürnberger, Ludwig, Klinische Blutuntersuchungen bei der gynäkologischen Tiefentherapie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24 u. 25. (Nach den in der Literatur vorliegenden Erfahrungen lässt sich die Möglichkeit einer chronischen Blutschädigung durch protrahierte, jahrelang dauernde Einwirkung auch kleiner Strahlendosen nicht in Abrede stellen. Anderseits glauben wir uns aber auch auf Grund unserer bisher in 20 Fällen gemachten, übereinstimmenden Erfahrungen zu dem Schlusse berechtigt, dass bei sachverständiger Verabreichung auch sehr grosser Mengen von Röntgenlicht und radioaktiven Substanzen eine dauernde, irreparable Schädigung der blutbildenden Organe nicht gesetzt wird.)
14. Offermann, W., Sind die Oxydasenfermente durch Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung beeinflussbar? Strahlentherapie. Bd. 5. p. 321.
15. Partos, Über die biologische Wirkung der kondensierten Radiumemanation. Berl. klin. Wochenschr. 22. Febr. p. 181.
16. Reifferscheid, K., Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf tierische und menschliche Eierstöcke. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 407. (Bei Mäusen, Affen, Hunden und beim Menschen treten nach Röntgenbestrahlungen schwere degenerative Veränderungen in den Ovarien auf. Die Follikelepithelien und die Eizellen sind am empfindlichsten. Die Kerne werden pyknotisch und zerfallen völlig, die Zellen werden in hyaline Klumpen verwandelt. Auch Blutungen in das Ovarialstroma treten auf. Eine Regeneration der geschädigten Follikel tritt nicht ein. Dagegen können sich neue Follikel entwickeln, wenn noch ungeschädigte Primordialfollikel zurückblieben.)
17. Ricker, G., Mesothorium und Gefässnervensystem nach Beobachtungen am Kaninchenohr. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 679. (Eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.)
18. Ritter, Hans, und Tamm, Weitere Beiträge zur Cholinwirkung. Strahlentherapie. Bd. 5. Heft 1. p. 231. (Cholin bzw. Enzytol, intravenös injiziert, kann Psoriasisplaques zur Regression bringen. Wegen der schweren Allgemeinerscheinungen und dem deletären Einfluss auf die Spermatogenese können jedoch hieraus keine praktischen Konsequenzen gezogen werden.)
19. Rost, A., Experimentelle Untersuchungen über die biologische Wirkung von Röntgenstrahlen verschiedener Qualität auf die Haut von Mensch und Tier. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 269. (Der Grad der biologischen Wirkung der Strahlen auf die Haut hängt nur ab von der Menge der absorbierten Strahlung. Die Härte der Strahlen ist ohne Bedeutung. Eine grössere Toleranz für harte Strahlen besteht nicht. Es gibt keine reine Radioepidermitis. Der Hauptangriffspunkt der Strahlen ist der Kern. Die kernlosen Bestandteile der Haut sind aradiosensibel.)
20. Schottlaender, J., Zur histologischen Wertung und Diagnose der Radiumveränderungen beim Uteruskarzinom. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 644. (Wir sind zurzeit noch nicht imstande, die durch Radiumstrahlen hervorgerufenen Veränderungen von den durch natürliche oder anderweitige artefizielle Schädigungen hervorgerufenen zu unterscheiden. Die qualitative Veränderung ist für die Beurteilung nicht massgebend, nur die Quantität der Veränderung.)
21. Silberholz, Markus, Einfluss der Röntgen-, Radium- und Mesothoriumstrahlen auf die Fortpflanzung und Fruchtbarkeit. Diss. München 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 87.
22. Da Silva Mello, Experimentelle Untersuchungen über die biologische Wirkung des Thorium X, insbesondere auf das Blut. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 81. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. (Durch grosse Dosen Thorium X erfolgt eine akute tödliche Vergiftung mit gewaltiger Leukopenie. Kleinere Dosen können eine chronische Vergiftung hervorrufen, mit den Symptomen der Gewichtsabnahme, Anämie oder Leukopenie. Bei der Sektion wird das Knochenmark teilweise in hyperplastischem Zustand gefunden.)
23. — Über die Wirkung der strahlenden Energie auf das Blut und die blutbildenden Organe. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 387. (Kurze Zusammenfassung der Arbeit Nr. 22.)
24. Treber, Hans, Veränderungen des Blutes durch Aktinotherapie. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 398. (Verf. konnte eine Steigerung der Erythrozytenzahl und des Hb-Gehaltes nach Mesothoriumbestrahlungen bei Karzinomkranken feststellen. Die Leukozytenzahl ging herab. Nach Röntgenbestrahlungen ist die Leukopenie noch ausgesprochener.)

c) Klinische und therapeutische Arbeiten.

(Die Strahlenbehandlung der Myome und Karzinome des Uterus wird in einem speziellen Kapitel referiert [Kap. 11]. Hier sind daher bei den betr. Arbeiten nur die Titelüberschriften angegeben.)

1. Abbe, R., Röntgenstrahlen-Epithelioma — heilbar durch Radium. Ein scheinbares Paradoxon. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. July 17. p. 220. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 388.
2. — Uterusfibrome, Menorrhagien und Radium. Med. Record. Vol. 87. Nr. 10. March 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 661.
3. Adler, L., Über Radiumbehandlung bei Gebärmutterkrebs. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 290.
4. Albers-Schönberg, Seeger und Lasser, Das Röntgenhaus des allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg. Leineweber, Leipzig. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50. p. 1724. (Detaillierte Beschreibung des Bauplans und der Einrichtung des im Titel genannten Gebäudes.)
5. Albers-Schönberg und Lorenz, Die Schutzmittel für Ärzte und Personal bei der Arbeit mit Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. p. 306. (Eine Besprechung der juristischen und technischen Vorsichtsmassregeln bei der Arbeit mit Röntgenstrahlen. Nichts prinzipiell Neues.)
6. Amann, Diskussionsbemerkung zu dem Vortrag von Klein: Mehrjährige Erfolge der kombinierten Aktinotherapie bei Karzinom des Uterus und der Mamma. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 450.
7. Anspach, Brooke M., Die Behandlung des vorgeschrittenen Cervixkarzinoms mit Radium. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 1. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 929.
8. Aschheim, S., und S. Meidner, Erfahrungen mit intensiver Mesothorbestrahlung bei gynäkologischen Karzinomen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1.
9. Baisch, K., Erfolge der Mesothoriumbehandlung bei 100 Uteruskarzinomen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
10. Barcat, Die Radiumtherapie maligner Tumoren. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 51. (Die Radiumtherapie maligner Tumoren allein stellt ein sehr begrenztes Gebiet dar. In Verbindung mit der Chirurgie dagegen vermag sie ihren Wirkungskreis bedeutend zu vergrössern. Die Radiumchirurgie, die sich heute noch in den Anfangsstadien befindet, hat bereits ungeahnte Resultate gezeitigt. Sie bietet die Aussicht, dass in Zukunft die Chirurgie und die Radiologie das wechselseitige Gebiet ihrer Tätigkeit wesentlich werden vergrössern können.)
11. Bayet, Die Grenzen der Radiumtherapie für den tiefliegenden Krebs nach dem heutigen Stande der Wissenschaft. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 205. (Der Radiotherapie sind Grenzen gesetzt durch den Widerstand, welchen gewisse Tumorarten der Bestrahlung leisten, welcher wechselt je nach ihrem histologischen Bau, ihrem biologischen Typus, ihrer Lokalisation und der Dauer ihres Bestandes. Der Radiotherapie sind Grenzen gezogen, weil sie bei tiefsitzenden Tumoren nicht wirksam genug ist. Die Radiotherapie ist begrenzt, weil es unmöglich ist, die Bestrahlungsdosen unbegrenzt zu erhöhen. Der Radiotherapie sind Grenzen gesetzt, im Hinblick auf die übrigen Behandlungsmethoden des tiefliegenden Krebses.)
12. Becker, Ferd., Beitrag zum Kapitel der Röntgenschädigungen und deren Behandlung mit Quarzlampe und gedämpften Hochfrequenzströmen. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 405. (Teleangiektasien sowie Hyperkeratosen, die nach Röntgenbestrahlungen entstanden waren, wurden durch Quarzlampendermatitis erheblich gebessert. Die Hochfrequenzströme zeigten eine erweichende und heilende Wirkung besonders auf Röntgenulzera.)
13. Boggs, R. H., Bedeutung des Radiums, unterstützt durch Kreuzfeuer-Röntgenbestrahlung, für die Behandlung maligner Neubildungen. Amer. Journ. of the Med. Sc. July. p. 30. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 286.
14. Brunzel, H. F., Kasuistischer Beitrag zur Behandlung der Aktinomykose mit Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 253. (Eine aktinomykotische Infiltration des Mundbodens war trotz mehrmaliger Operation an der rechten Halsseite bis zum Schlüsselbein herabgekrochen und wurde durch Röntgenbestrahlung völlig geheilt. Zwei Erythemdosen in sechs Sitzungen. Aluminiumfilter 1 mm.)
15. Bucky, Ein Fall von schwerer Röntgenverbrennung nach gynäkologischer Tiefenbestrahlung. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 51. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 300.

(Verf. beschreibt einen Fall von schwerer Röntgenverbrennung, der bei der Bestrahlung eines Uteruskarzinoms zustande gekommen ist. Er warnt dringend vor dem Grundsatz, möglichst grosse Dosen in möglichst kurzer Zeit zu applizieren.)

16. Burnau, C. F., Kurzer Bericht des Standes der Radiumtherapie. Bull. Johns Hopkins. Hosp. May. p. 190. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 198.
17. Chase, Walter B., Radium in der gynäkologischen Praxis. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 1. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 929. (Hervorhebung der analgesierenden Wirkung des Radiums. Die direkte Einlegung des Radiums in das Tumorgewebe wird empfohlen. Auch zur Bekämpfung nicht maligner hämorrhagischer Metropathien sollte das Radium grössere Anwendung finden.)
18. Chéron, H., und Rubens-Duval, Der Wert der Radiumbehandlung des Gebärmutter- und Scheidenkrebses. Strahlentherapie. Bd. 5.
19. Cole, L. G., Über die therapeutische Leistungsfähigkeit der Coolidge-Röhre. Strahlen-Therapie. Bd. 6. (Mit der Coolidgeröhre kann eine volle Erythemdosis ohne Filter in 30 Sekunden, mit 3 mm-Filter in einer Minute und mit 10 mm-Filter in drei Minuten auf die Oberfläche gegeben werden.)
20. Degrais, P., und Anselme Bellot, Uteruskrebs und Radium. Klinische und histologische Beobachtungen. Strahlentherapie. Bd. 5.
21. Döderlein, Zur Strahlenbehandlung des Krebses. Zentralbl. f. Gyn. p. 185.
22. — Strahlentherapie bei Karzinom. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 95. Heft 3.
23. v. Eiselsberg, Erfahrungen bei Behandlung maligner Tumoren mit Radium und Röntgenstrahlen. 43. Chir.-Kongr. Ref. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Erg.-Heft. (Verf. empfiehlt die Bestrahlung nach erfolgter Operation zwecks Vermeidung von Rezidiven. Er warnt vor der Strahlenbehandlung operabler Geschwülste.)
24. — Über Radium- und Röntgenbehandlung maligner Tumoren. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 1.
25. Fehling, Operative und Strahlenbehandlung bei Geschwülsten der Gebärmutter. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 49.
26. Fisher, M. K., Die X-Strahlen gegen Brustkrebs. Med. Record. July 3. p. 17. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 286.
27. Flatau, S., Dürfen wir operable Uteruskarzinome ausschliesslich bestrahlen? Zentralbl. f. Gyn. p. 611.
28. v. Franqué, Über den gegenwärtigen Stand der Strahlentherapie des Gebärmutterkrebses. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn. Ref. Deutsche med. Wochenschrift. p. 875 u. 902.
29. Freund, Leopold, Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Med. Klinik. Nr. 3. p. 78.
30. Friedrich, W., und B. Krönig, Die Strahlenbehandlung der Myome in einer einmaligen Sitzung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
31. Fürstenau, R., M. Immelmann und J. Schulze, Leitfaden des Röntgenverfahrens für das röntgenologische Hilfspersonal. Stuttgart, F. Enke. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 368.
32. Füth, H., und F. Ebeler, Röntgen- und Radiumtherapie des Uteruskarzinoms. Zentralbl. f. Gyn. p. 217.
33. Gauss, C. J., Über die Prinzipien der Strahlenbehandlung gutartiger und bösartiger Geschwülste. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 379. (Vortrag, nichts Neues.)
34. Glaesmer, Erna, Das Strahlenkarzinom. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 275. (Verf. bespricht die verschiedenen Schädigungen, die nach Bestrahlungen mit Röntgenlicht und radioaktiven Substanzen auftreten. Es gibt nicht nur ein Röntgenkarzinom, sondern auch ein Radiumkarzinom. Nach der Ansicht der Verf. können auch im Innern des Körpers „Reizkarzinome“ nach Bestrahlungen entstehen.)
35. Gocht, H., Handbuch der Röntgenlehre. Stuttgart, F. Enke. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 367.
36. Görl, Über Röntgensterilisierung. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 47. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 308. (Eine Besprechung der Indikationen und der Technik der Röntgensterilisierung.)
37. Graff, E. v., Über die bisherigen Erfahrungen mit Radium und Röntgenstrahlen bei der Krebsbehandlung. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 627. (Bezieht sich auf Uteruskarzinome.)

38. Granger, F. B., Weitere Beobachtungen über die Erzeugung der Sterilität durch Röntgenstrahlen. Med. Record. 8. Mai. p. 770. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 94.
39. Grubbé, E. H., X-Strahlen und radioaktive Substanzen bei der Behandlung gynäkologischer Leiden. Med. Record. Vol. 86. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 415. (Grubbé bevorzugt die Verwendung der Röntgenstrahlen bei allen für die Strahlenbehandlung in Betracht kommenden gynäkologischen Erkrankungen. Die Anwendung der radioaktiven Substanzen ist nur als Unterstützungsmittel der Röntgenstrahlen anzusehen, auch beim Karzinom.)
40. Gunsett, A., Oberflächentherapie mit hohen Dosen hoch gefilterter Röntgenstrahlen, speziell bei Kankroiden und bei der Hypertrichose. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 219. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 416.
41. Habs, Probleme der Therapie mit radioaktiven Substanzen. 43. Chirurgenkongr. Ref. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Erg.-Heft. p. 105. (Habs verwendet bei der Behandlung der Karzinome gleichzeitig mehrere Präparate. Sie werden auf Wachsleder befestigt. Gute Erfolge bei Hautkarzinomen, Lymphomen, Kehlkopfkarzinomen und bei Cancer en cuirasse. Wesentliche Besserung bei inoperablem Rektumkarzinom.)
42. Halban, Zur Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms, Arrosion der Vena hypogastrica. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. in Wien. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 454.
43. Hayward, Pinch E. H., Arbeitsbericht aus dem Radiuminstitut in London vom 1. Januar bis 31. Dezember 1913. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 12.
44. Heidenhain, L., Die Aussichten der Strahlentherapie wider die Karzinome. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 25. (Bringt nichts Neues. Keine eigenen Erfahrungen.)
45. Heineke, Allgemeines Exanthem nach lokaler Radiumbestrahlung. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 216. (Nach 10 Minuten langer Bestrahlung des Vorderarms mit 20 mg Radiumbromid trat nach 14 Tagen ein sehr intensives nässendes Exanthem am ganzen Körper auf, das monatelang rezidivierte und hochgradigen Juckreiz verursachte. Besprechung der Literatur über allgemeine Exantheme nach lokalen Bestrahlungen.)
46. Heynemann, Th., Kystoskopische Befunde bei bestrahlten Kollumkarzinomen und ihre praktische Verwertung. Strahlentherapie. Bd. 5.
47. Hofmeier, M., Zur Frage der ausschliesslichen Strahlenbehandlung operierbarer Uteruskarzinome. Zentralbl. f. Gyn. p. 1.
48. Janus, Friedr., Eine Beobachtung bei Röntgenbestrahlungen. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 30. (Verf. beobachtete, dass nach einem warmen Bade die von Röntgenstrahlen getroffenen Bezirke der Haut sich deutlich als hyperämische Zonen von der übrigen Haut abhoben.)
49. Jeremitsch, Die Behandlung bösartiger Neubildungen mit Elektroselen. Ärztezeitg. Nr. 44. u 45. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 349. (16 Krebskranken wurden 5 ccm der Lösung (= 0,001 Selen) alle 2—3 Tage injiziert, ohne dass irgend eine Besserung erzielt wurde. Dagegen kam es zu Temperatursteigerung, Kopfschmerzen, Erbrechen und Schwächezuständen.)
50. Johns, M. W., Moderne Röntgentechnik bei Krebs. Med. Record. Jan. 23. p. 145. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 370.
51. Kaestle, C., Eine Beobachtung bei Röntgenbestrahlungen. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 35. p. 1186. (Durch Reizung der Haut mit Arsonvalisation konnten die bestrahlten Hautfelder hyperämisiert werden. Sie hoben sich dadurch von der unbestrahlten Haut deutlich ab.)
52. Kall, Kurt, Die Behandlung der venerischen Bubonen mit Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 1421. (1. Treten nach venerischen Ulzera Schmerzen und Infiltrate der Leistendrüsen auf, so sind diese sofort prophylaktisch zu bestrahlen, noch bevor stärkere entzündliche Erscheinungen eintreten. 2. Beginnende Fluktuation der Bubonen wird durch Röntgen meist noch zur Resorption gebracht. 3. Ausgebildete Abszesse müssen durch Stichinzision eröffnet werden. Die eitrige Sekretion lässt unter Röntgen rasch nach und die Heilungsdauer wird abgekürzt.)
53. Kelly, H. A., und C. F. Burnam, Radiumbehandlung bei Uterusblutung und Myom. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1914. August 22. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 309.
54. Kienböck, R., Radiotherapie der bösartigen Geschwülste. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 503. (Ausführliches Referat über die Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste. Inhalt: 1. Wirkung der Röntgenstrahlen auf die bösartigen Geschwülste im allgemeinen. 2. Wirkungen auf die einzelnen Geschwulstarten im speziellen. 3. Allgemeine

Technik. 4. Spezielle Technik. 5. Vergleich mit anderen Behandlungen, kombinierte Behandlung. 6. Vergleich mit der Operation. 7. Prophylaktische Strahlennachbehandlung. 8. Schädigungen durch Röntgenstrahlen. 9. Bedeutung der Strahlentherapie.)

55. Klein, Gustav, Mehrjährige Erfolge der kombinierten Aktinotherapie bei Karzinom des Uterus und der Mamma. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15.

56. — Mehrjährige Erfolge der kombinierten Aktinotherapie bei Karzinom des Uterus und der Mamma. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 5.

57. Koch, F. J., Zur Frage der Tiefenbestrahlung von Karzinomen mittelst Röntgenmaschinen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21. p. 711. (Physikalische Bemerkungen zu der gleichlautenden Arbeit von v. Seuffert.)

58. Kotzenberg, Bestrahlungstherapie bei bösartigen Tumoren. Deutsche med. Wochenschrift. p. 1173. (Mitteilung eines Falles von Rundzellensarkom am Oberarm eines 11jährigen Mädchens, der durch Röntgenbestrahlungen sehr erheblich gebessert wurde.)

58a. Kouwer, B. I., Stralenbehandeling by ziekten der vrouwelyke geslachtsdeelen een gevaar. Ned. Tydschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 9. (Verf. zeigt sich als ein Gegner der Röntgenbestrahlung in der Gynäkologie. Er warnt vor grossen Gefahren, indem manchmal maligne Degeneration bei Myomen zu spät erkannt wurde und meint, dass der Kastration mittelst Strahlenbehandlung dieselben Nachteile anklebten als der durch Operation. Er meint, es sei unmöglich, bei Blutungen die Bestrahlung so zu regulieren, dass nicht der ganze Eierstock vernichtet würde.) (Mendes de Leon.)

59. Krakowski, Jehuda., Die Behandlung des Karzinoms mittelst Röntgenstrahlen, Radium und Mesothorium. Diss. München 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 87. (Bringt nichts Neues.)

60. Krönig, B., Zur Verhütung von Nebenschädigungen bei Behandlung tiefliegender und tiefgreifender Karzinome mit Radium und Mesothorium. Deutsche med. Wochenschrift. p. 1286.

61. Krömer, Behandlung von Karzinomrezidiven durch Röntgenbestrahlung. Sitzungsbericht des med. Vereins Greifswald. Münchn. med. Wochenschr. p. 391.

62. Küpferle und A. v. Szily, Über Strahlentherapie bei Hypophysentumoren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 910. (Bei einem 65jährigen Patienten, der mehrere Monate nach einer zunächst erfolgreich entlastenden Hypophysenoperation die Sehkraft durch Rezidiv der malignen Geschwulst vollständig verloren hatte, ist das Sehen durch kombinierte Röntgen- und Mesothoriumbestrahlungen fast vollständig wiedergekehrt.)

63. Lazarus-Barlow, W. S., Die Ursache und die Heilung des Krebses im Lichte der neueren radiobiologischen Forschung. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 173. (Verf. sucht die bekannten Reizwirkungen kleiner Mengen von Radium- und Röntgenstrahlen in Zusammenhang mit der Ätiologie der bösartigen Neubildungen zu bringen. Mitteilung interessanter Experimente, die diese Theorie zu bestätigen scheinen. Therapeutisch steht er auf dem Standpunkt, dass das Radium das beste Mittel zur Behandlung des inoperablen Krebses darstellt.)

64. Löwenthal, S., Über Schwerfiltertherapie. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 195. (Elektrometrische Messungen der Absorptionsverluste der Röntgenstrahlung durch verschiedene Filter. Verf. empfiehlt 1/4 mm Blei zur Filterung. Klinische Daten sind nicht angegeben.)

65. Maragliano, Vittorio, Einige neue Ideen über die Röntgentherapie. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 353. (Allgemeine Erörterungen über den Zusammenhang zwischen biologischer Wirkung und Wellenlänge.)

66. Martin, A., Jahreskurs für ärztliche Fortbildung. Juli. p. 15. Gynäkologie. (Enthält ein Referat über die gesamte Aktinotherapie in der Gynäkologie. 1914/15.)

67. Martius, H., Über Beckenmessung mit Röntgenstrahlen; die Fernaufnahmen und der Kehrer-Dessauersche Beckenmessgürtel. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. XXII. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 606. (Ein Vergleich zwischen der Kehrer-Dessauerschen Messmethode und der Heynemannschen Fernaufnahmemethode ergibt, dass beide Methoden für die Praxis brauchbar sind. Dem Kehrer-Dessauerschen Messstuhl sind durch seinen hohen Preis enge Grenzen gesetzt, während Fernaufnahmen mit jedem vorhandenen Instrumentarium ausgeführt werden können.)

68. Meyer, Waldemar, Die ersten Erfahrungen in der Behandlung inoperabler Uteruskarzinome mit radioaktiven Stoffen an der Kgl. Univ.-Frauenklinik Erlangen. Dissert.

69. Nemjonoff, Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Ärztezeitg. Nr. 24. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 348. (Verf. bespricht die Myombehandlung mit Röntgenstrahlen. Nichts Neues.)

70. Newzomet, Wm. S., 100 Fälle von mit Radium behandelten malignen Erkrankungen. Fortschr. d. Röntgenstr. 22. Heft 3. (Nichts Neues.)
71. Ostrcil, A., Röntgentherapie in der Gynäkologie. V. Kongr. tschechischer Naturf. u. Ärzte in Prag 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 335. (Bringt nichts Neues.)
72. Pagenstecher, A., Über Dauertherapie. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 401. (Verf. versteht unter Dauertherapie die täglich wiederholte ein- oder mehrstündige Bestrahlung mit Verwendung von Schwerfiltern. Mitteilung einiger Krankengeschichten.)
73. Pauner und Kjaergaard, Die Röntgentherapie bei Metrorrhagien und Fibromyom. Verein f. Gyn. u. Geb. in Kopenhagen. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 486.
74. Pfahler, E. George, Röntgentherapie bei Uterusfibromen und Metrorrhagien. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 1. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 828.
75. — Röntgentherapie bei uterinen Blutungen. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1914. August 22. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 309. (Bringt nichts Neues.)
76. v. Pfungen, Über die Röntgentherapie maligner Neoplasmen nach den Erfahrungen der letzten Jahre. Wiener med. Wochenschr. Nr. 27. (Referat. Nichts Neues.)
77. — Über die therapeutische und Rezidive maligner Neoplasmen verhütende Bestrahlung nach Radikaloperationen maligner Neoplasmen. Wiener klin. Rundschau. Nr. 13 u. 14. (Nichts Neues.)
78. Popoffsky, Die Röntgenbehandlung der Myome. Therapeut. Rundschau. Nr. 20. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 348.
79. Ransohoff, L., Radium in der Behandlung des Uteruskrebses. Med. Record. 21. IX.
80. Roosing, Thor Kild, Ist Radiumbehandlung operabler Krebsgeschwülste zulässig. Aus der chir. Universitätsklinik der Abt. C. des Reichshospitals. Hospitalstidende. 1914. Nr. 27. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. (Ablehnung der Radiumbehandlung operabler Karzinome.)
81. Rosenthal, Josef, Strahlentherapie mittelst Ultradur-Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. p. 611. (Eine Besprechung und Empfehlung der Ultra-Dur-Röhren der Polyphosgesellschaft. Klinische Erfahrungen werden nicht mitgeteilt.)
82. Rotschild, Karl, Aktinotherapie bei Karzinomen des Uterus und der Mamma. Diss. München.
83. Runge und Grünhagen, Zur röntgenologischen Beckenmessung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 292. (Mitteilung eines neuen Verfahrens der röntgenologischen Beckenmessung. Es werden mit einem gewöhnlichen Instrumentarium zwei Aufnahmen nacheinander gemacht, wobei die Röhre nach der ersten Bestrahlung im Sinne einer stereoskopischen Aufnahme verschoben wird. Zwischen Patientin und Platte liegt eine Bleimarke. Durch algebraische resp. geometrische Berechnung wird dann die Lage jedes einzelnen Knochenpunktes im Raume bestimmt. Darauf kann ihre Entferunug voneinander auf das genaueste gemessen werden. Die mitgeteilten Resultate sind auf 1 mm genau.)
84. Rupp, Krebsbehandlung mit Radium. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 51.
85. Salzmann, F., Sekundärstrahlen in der Röntgentiefentherapie als Ersatz radioaktiver Substanzen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. (Unter den Bedingungen der modernen Tiefentherapie [Härte 9—11 W. 3 mm Al.] besitzt das Cadmium die intensivste Sekundärstrahlung. Die zu bestrahlenden Tumoren werden mit einem 0,5 mm dicken Cadmiumblech hinterlegt, so dass die Sekundärstrahlung von der entgegengesetzten Seite der Primärstrahlung auf den Tumor wirkt. Vier Fälle von inoperablem Uteruskarzinom wurden mittelst dieser Methode erheblich gebessert. Das Cadmiumblech wurde in die Vagina eingeführt, die Bestrahlung erfolgte durch die Bauchdecken.)
86. Schauta, F., Zur intrauterinen Radiumbehandlung. Sitzungsbericht der geb. gyn. Ges. in Wien. Zentralbl. f. Gyn. p. 543.
87. v. Schröder, Rudolf, In welcher Weise wird das Uterusmyom durch Röntgenstrahlen beeinflusst? Diss. Jena. Jan.
88. v. Seuffert, Ernst, Zur Frage der Tiefenbestrahlung von Karzinomen mit Röntgenmaschinen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19.
89. Sommer, E., Kohlensäureschnee als Sensibilisator in der Radiumtherapie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. p. 1676. (Zwei Gesichtskankroide, die sich auf Radiumbestrahlung refraktionär verhielten, wurden mit Kohlensäureschnee behandelt. Als auch hierauf nach zwei Monaten keine Besserung eintrat, wurde die Radiumbestrahlung wiederholt. Nach ca. drei Wochen waren beide Kankroide völlig verschwunden.)

90. Steiger, M., Bisherige Erfahrungen und Resultate aus dem Röntgeninstitut der Universitäts-Frauenklinik Bern. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 927.
91. Stephan, Praktische Neuerungen für Röntgentiefentherapie. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 13. p. 391. (Demonstrierung einer Trockenröhrenkühlung und eines Spreizspekulums.)
92. Stern, Samuel, Röntgentiefentherapie und ihre Anwendung in der Therapie maligner Neubildungen. Med. Record. Vol. 87. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 416.
93. Tilling, Anton, Kasuistischer Beitrag zur Frage des Röntgenkarzinoms. Diss. Heidelberg
95. Treber, Hans, Ergebnisse der Aktinotherapie bei Karzinomen des Uterus und der Mamma. Strahlentherapie. Bd. 6.
95. Trendelenburg, Wilh., Ein neues Verfahren zur Raummessung an stereoskopischen Aufnahmen, insbesondere an Röntgenaufnahmen. Wiener klin. Wochenschr. 18. II. 169.
96. Van de Velde, Th. H., Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. p. 313. (Erfahrungen der Frauenklinik Haarlem. Bringt nichts Neues.)
97. — Stralenbehandeling in de gynaecologie. Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 11. (In diesem zweiten Aufsatz behandelt Verf. den Einfluss von Radium- und Röntgenstrahlen auf gutartige Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, sowie Metritiden, Adnexerkrankungen, Blutungen bei jungen und bei älteren Frauen, Uterusmyome u. a. Er gibt die von ihm angewandte Dosierung und Technik an, bei beiden Arten der Strahlenwirkung. Im ganzen sollen seine Erfolge sehr befriedigend sein.) (Mendes de Leon.)
97a. — Stralenbehandeling in de Gynaecologie. Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1915. 1. Hälfte. Nr. 15. (In dieser dritten Mitteilung wird der Einfluss von Radium- und Röntgenstrahlen auf das Karzinom beschrieben. Verf. gibt meistens bei Carcinoma cervicis 50 à 100 Milligramm Radium 12—24 Stunden einige Tage hintereinander; dann eine Ruhezeit von 4—10 Wochen und danach wieder eine neue Behandlungsserie usw. Mit dieser Behandlung sollen befriedigende Resultate bei den sogenannten offenen Karzinomen, den Gebärmutterkrebsen, erreicht sein, während dagegen bei den geschlossenen Formen wie Brustkrebsen u. a. das Radium viel weniger wirksam war. Bei diesen letzten Formen leisten die Röntgenstrahlen viel bessere Dienste. Verf. steht auf dem Standpunkt, in inoperablen Fällen immer zu operieren, doch mit Nachbehandlung mit Strahlen, und nur bei inoperablen Fällen von vornherein die Strahlentherapie anzuwenden.) (Mendes de Leon.)
97b. Weihmann, Max, Über Radium- und Mesothoriumbestrahlung von Uterusmyomen und hämorrhagische Metropathien. Freiburg. Diss.
98. Werner, R., Bericht über die therapeutische Tätigkeit des Samariterhauses vom 1. Oktober 1906 bis 1. Januar 1914.
99. — Die Strahlenbehandlung der bösartigen Neubildungen innerer Organe. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 610. (Zusammenfassender Vortrag.)
100. Diskussionsbemerkung zum Vortrag Schauta: Zur Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms. Zentralbl. f. Gyn. p. 287.

C. Lichttherapie.

1. Arnecke, Charlotte, Über den Einfluss der ultravioletten Strahlen auf Bakterien und tierische Gewebe. Leipzig. Diss.
2. Bach, H., Anleitung und Indikation für die Bestrahlungen mit der Quarzlampe („künstliche Höhensonne"). Würzburg, Kabitzsch.
3. Berner, K., Über die Wirkung der Bestrahlung mit Quecksilberdampfquarzlampe („künstlicher Höhensonne") auf das Blut. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 342. (Auf die Bestrahlung mit Quarzlampe trat in keinem Fall eine Änderung der Erythrozytenzahlen und des Hämoglobingehalts ein, die Leukozytenzahlen zeigten dagegen eine konstante Abnahme ihrer sämtlichen Formen.)
4. Carl, W., Zur biologischen Wirkung des Quarzlampenlichts. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 804. (Die ultravioletten Strahlen haben einen schädigenden Einfluss auf die Keime von Pflanzen und auf die Entwicklung der jungen Pflanzen in der ersten Zeit nach der Auskeimung.)

5. Fromme, Über die Behandlung chronischer Entzündungen des Genitalapparats mit ultravioletten Strahlen. Sitzungsber. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Zentralbl. f. Gyn. p. 598. (Durch Bestrahlungen mit der Quarzlampe konnten von 11 Patientinnen mit Pyosalpingen, bei denen die Behandlung abgeschlossen ist, 9 als völlig geheilt entlassen werden. Auch bei Pruritus vulvae wurden gute Erfolge erzielt.)
6. Heusner, Hans L., Die Nitralampe. eine neue Strahlenquelle für therapeutische Zwecke. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43. p. 1458. (Die Nitralampen sind hochkerzige Wolframdrahtlampen. Die Glaskugel ist mit Stickstoff gefüllt. Das Spektrum enthält alle Farben in gleichmässiger Verteilung. Wird hergestellt von der Quarzlampengesellschaft Hanau.)
7. Hufnagel, V., Wundbehandlung mit Ultraviolettlicht. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. p. 67.
8. — Die kombinierte Behandlung langdauernder Wundeiterungen mit ultraviolettem Licht und allgemeiner Diathermie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. p. 860.
9. Johansen, E. S., Die Energiestrahlung des Kohlelichtbogens, des Quecksilberlichtbogens und der Sonne und ihre spektrale Verteilung. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 45.
10. Kork, M., und A. Bäumer, Zur Wundbehandlung mit ultraviolettem Licht. Therapie d. Gegenw. Juli.
11. Mayer, Aug., Über die Behandlung eiternder Wunden mit künstlicher Höhensonne. Med. Klinik. Nr. 8.
12. Reyn, Axel, und N. P. Ernst, Über Anwendung von künstlichen Lichtbädern bei Lupus vulgaris und chirurgischer Tuberkulose. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. (Gute Erfolge mit universellen Kohlebogenlichtbädern.)
13. Schanz, Fritz, Die Wirkungen des Lichtes auf die lebende Zelle. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. p. 643. (Das Licht verändert die Struktur der Eiweisskörper in dem Sinne, dass aus leichtlöslichen, schwerer lösliche Eiweisskörper werden. Dies scheint dem Verf. das biologische Grundgesetz über die Wirkung der strahlenden Energie auf die lebende Substanz zu sein.)
14. — Über die Beziehungen des Lebens zum Licht. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. (Nichts Neues.)
15. — Licht und Lichttherapie. Strahlentherapie. Bd. 5. p. 452. (Die Arbeit bringt nichts Neues. Ihr wesentlicher Inhalt ist ein Referat der Arbeit von Dorno: „Licht und Luft des Hochgebirges".)
16. Stellwaag, Über die Beziehungen des Lebens zum Licht. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. (Eine Erwiderung auf die Arbeit von F. Schanz. Nr. 14.)
17. Stümpke, G., Über therapeutische Erfolge mit der Quarzlampe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47. p. 1604. (Fälle von hartnäckigem, jahrelang dauernden Prurigo, Pruritus, ebenso von Neurodermitis und endlich subakute und chronische Ekzeme können durch die Quarzlampe weitgehend gebessert werden.)
18. Thedering, Über die Strahlenbehandlung der Acne vulgaris. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. Heft 4. (Empfehlung einer kombinierten Quarzlicht- und Röntgenbehandlung.)
19. — Erfahrungen mit der künstlichen Höhensonne und natürlicher Heliotherapie. Strahlentherapie. Bd. 6. p. 64. (Gute Erfolge bei Lupus, Skrophuloderma, Akne.)
20. Waltscheff, Nikolas, Blutuntersuchungen bei den Quarzlampenbestrahlungen. Diss. Berlin.

D. Massage, Gymnastik, Heissluftbehandlung, Bäderbehandlung.

1. Aron, Zur Frage der künstlichen Atmung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 265. (Die künstliche Inspiration wird nach Silvester Brosch zustande gebracht, dann aber soll man, um eine möglichst effektvolle, künstliche Exspiration zu erzielen, die Arme des Patienten nach unten führen und nun nicht auf den Processus xyphoideus drücken, sondern auf den Bauch des Kranken.)
2. Bach, H., Moorbäder und Quarzlichtbestrahlungen bei Enuresis nocturna. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 713. (Verf. nahm an, dass eine dünne, durchlässige trockene Haut bei Schwäche des Sphincter vesic. zur Enuresis noct. disponiere, dass Kältereize bzw. enormer Wärmeverlust durch

die Haut die Enuresis auslöse. Dies traf bei zwei Patientinnen zu und es gelang, sie durch Moorbäder und künstliche Höhensonne zu heilen.)

3. Bradford, S., Übungstherapie bei Viszeroptosis mit besonderer Berücksichtigung des Systems nach W. Curtis Adams. Med. Record. 1914. Bd. 85. Nr. 17. p. 745. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 31. (Speziell ausgebildete gymnastische Übungen, die im Liegen ausgeführt werden und eine Kräftigung der Bauch- und Rückenmuskeln sowie des Zwerchfells bezwecken.)
4. Delassus, 20 Jahre gynäkologischer Massage. Gynéc. 1914. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 31. (Verf. bespricht das Wesen und die Anwendungsweise der gynäkologischen Massage nach Thure Brandt, ihre Indikationen und Kontraindikationen. Nach seiner Ansicht leistet diese Methode in geeigneten Fällen sehr viel und ist bei diesen ohne Gefahr und sollte von den praktischen Ärzten viel mehr als bisher gekannt und angewendet werden.)
5. Eisenmenger, Die künstlich erzeugten intraabdominalen Druckschwankungen als vielseitige Heilfaktoren. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. Heft 11. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1760. Verf. hat einen Apparat angegeben, mit dem man Saug- und Druckwirkungen am Abdomen hervorbringen kann und bespricht ausführlich unter Betonung der physiologischen Verhältnisse seine Wirksamkeit bei Herzschwäche, Emphysem, Bronchitis, Bronchopneumonie und Asthma und bei Krankheiten der Abdominalorgane, die auf Sekretionsstörungen beruhen.)
6. Holz, S., Die Heilung der Parametritis posterior chronica durch automatische Kolpeurynthermassage und Fixation der Ligamenta rotunda. Zentralbl. f. Gyn. p. 441. (Verf. legt einen Kolpeurynter in das hintere Scheidengewölbe, der bis zur Schmerzäusserung mit Wasser gefüllt wird und lässt ihn einige Tage tragen. Dadurch soll eine allmähliche Dehnung und Erweichung der Narbenstränge eintreten. Zur Fixierung des Resultats wird die Alexander-Adamsche Operation empfohlen.)
7. v. Jaksch, K., Dekubitus und Dauerbad. Zentralbl. f. inn. Med. Nr. 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 475. (Das Dauerbad ist ein ausgezeichnetes Mittel, schwere Fälle von Röntgenulcus, von Dekubitus bei Myelitis, Typhus, Rückenmarksverletzungen zu heilen. v. Jaksch beschreibt die von ihm angegebene und bewährte Einrichtung des Dauerbades, die sich in jeder Krankenanstalt mit Warmwasserleitung für 35 Mk. für die Wanne herstellen lässt.)
8. Müller, A., Lehrbuch der Massage. Bonn, A. Marcus u. E. Webers Verlag. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 477.
9. Riehl, Zur Behandlung der Phlegmone im kontinuierlichen Bade. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 47. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 367. (Verf. erinnert an die vorzügliche Wirkung des Dauerbades bei Phlegmonen und bei Dekubitus. Ein solches lässt sich in jeder Badewanne improvisieren; es genügt, das Wasser von Zeit zu Zeit abzulassen und neu zu füllen.)
10. Roth, Kreuznach als Frauen-, Kinder- und Radiumbad im 19. u. 20. Jahrhundert. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie. Heft 10.
11. Schauta, F., Gynäkologie und Balneotherapie. Vortragszyklus. Jena, G. Fischer. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 30.
12. Sellheim, Improvisierung eines Dauerbades mittelst einer gewöhnlichen Badewanne. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. p. 22. (Auslegung mit einem grossen Leintuch, das am Rande der Wanne angespannt wird, Regulierung des Zuflusses aus der kalten und warmen Wasserleitung mittelst eines vorgebundenen Troges mit Badethermometer und Regulierung des Abflusses durch einen mit einem grösseren oder kleineren Loche versehenen Korkstöpsel. Auf diese Weise gelingt es in jedem gewöhnlichen Bad ohne grosse Umstände die Temperatur beliebig lange Zeit auf gleicher Höhe zu halten.)
13. Stein, Albert E., Heissluftmassage. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. (Verf. empfiehlt eine Kombination der Heissluftdusche mit Massage, die sich besonders bei Lumbago und Ischias als wirksam erweisen soll.)
14. Walter, Zur Heisslufttherapie in der Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 946. (Kontraindikationen: Affektionen, die zu Blutungen neigen. Akute Adnexaffektionen. Tuberkulose. Neubildungen. Appendizitis. Fieber. Indikationen: chronische Para- und Perimetritis. Verlagerungen des Uterus. Chronische Adnexerkrankungen ohne Fieber. Amenorrhoe. Dysmenorrhoe. Sterilität. Chronische Blasenstörungen. Technik: Polano-Klappscher Apparat. Elektrischer Lichtbogen.)

XIV.

Entwickelungsgeschichte und Anatomie der weiblichen Genitalien, einschliesslich der Plazentation.

Referentin: Elisabeth Weishaupt,
stellvertr. Leiterin vom pathol. Institut der Kgl. Universitäts-Frauenklinik Berlin.

1. Asai, T., Zur Entwicklung und Histophysiologie des Dottersackes der Nager mit Entypie des Keimfeldes und zur Frage der sog. Riesenzellen nach Untersuchungen bei der weissen Varietät der Hausmaus. Anat. Hefte. Bd. 51. p. 471—641.
2. *Aschheim, S., Zur Histologie der Uterusschleimhaut. (Über das Vorkommen von Fettsubstanzen.) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 2. p. 485—496.
3. *— Über den Glykogengehalt der Uterusschleimhaut. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
4. Bremer, John Lewis, The earliest Bloodvessels in man. The Amer. Journ. of Anat. Vol. 16. Nr. 4. p. 447—476. (Mit 11 Figuren.)
5. *Brill, W., Untersuchungen über die Nerven des Ovariums. Aus dem Neurolog. Institut in Frankfurt a. M., Direktor Prof. Edinger. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 86. Heft 3/4. p. 338—344.
6. *v. d. Broek, A. J. P., Studien zur Morphologie des Primatenbeckens. Mit 40 Figuren im Text und 4 Tafeln. Gegenbaurs Morphol. Jahrb. Bd. 49. Heft 1. p. 1—118.
7. Bromann, Ivar, Anatomie des Bauchfells (Peritoneum). Allgemeine Übersicht. Phylo- und Ontogenese. In: Handb. d. Anat. des Menschen in 8 Bänden. Herausgegeb. von Karl v. Bardeleben. p. 40. Mit 16 Fig. Jena 1914.
8. Burlend, The Pronephros of Scyllium canicula. Zool. Jahrb. Abt. f. Anat. u. Ontogenie. Bd. 37. Heft 2. p. 223—266. Mit 8 Taf. u. 7 Fig.
9. Bujard, Eug., Description d'un embryon humain (Eternod—Delaf) de 20 somites, avec flexion dorsale. (Mit 2 Tafeln.) Intern. Monatsschr. f. Anat. u. Phys. Bd. 31. Heft 4/6. p. 238—266. 1914. (Der Embryo Eternod-Delaf mit 20 Ursegmenten, den Bujard beschreibt, wird vom Verfasser zwischen die Embryonen Pfannenstiel III N. T. 6 und Meyer 300 N. T. 7 eingereiht. Die verschiedenen Anomalien: starke Rücken- und Schwanzkrümmung, mangelnde Übereinstimmung in der Entwicklung der kranialen und kaudalen Körperregion, Rachentorsion, Dextrokardie, Cölomasymmetrie werden vom Verfasser als Folgen der Immobilisation des Dotterbläschens und der mittleren Körperregion durch einen chorio-vitellinen Gewebszug angesehen, der aus einem in Mesoderm eingehüllten ektodermalen Epithelschlauch besteht.)
10. Ciulla, Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Corpus luteum und Menstruation. Atti della Societa italiana di Ost. e Gin. Vol. 18. p. 292.
11. Cowdry, E. V., The vital staining of mitochondria with janus green and diethylsafranin in human blood cells. Mit 1 Tafel.) Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Phys. Bd. 31. Heft 4/6. p. 267—286. 1914. (In den kernlosen roten Blutzellen im fliessenden Blut vom gesunden Erwachsenen fand Cowdry niemals Mitochondrien, dagegen konnte er sie in den kernlosen roten Blutzellen vom Knochenmark des Merrschweinchens darstellen, ausserdem beim Menschen in den grossen und kleinen Lymphozyten, in den neutrophilen und gelegentlich in den eosinophilen Leukozyten und in den Blutplättchen. — Mitochondrien sind demnach gewissermassen ein Indikator der Zelltätigkeit, sie sind in den aktiven, nicht aber in den Endstadien der Zelle enthalten.)
12. Fernandez, Miquel, Über einige Entwicklungsstadien des Peludo (Dasypus villosus) und ihre Beziehung zum Problem der spezifischen Polyembryonie des Genus tatusia. Mit 10 Abbild. Anat. Anz. Bd. 48. Nr. 13/14. S. 305—327.
13. Geinitz, Bruno, Über Abweichungen bei der Eireifung von Askaris. Arch. f. Zellforsch. Bd. 13. Heft 4. p. 588—633.
14. *Gräper, Ludwig, Eine neue Anschauung über physiologische Zellausschaltung. Arch. f. Zellforsch. Bd. 12. Heft 3. p. 373—395.

15. *Grosser, O., Die Beziehungen zwischen Eileiter und Ei bei den Säugetieren. Mit 4 Abbild. Anat. Anzeiger. Bd. 48. Nr. 4. p. 92—108.
16. Gurwitsch, Alexander, Über die nichtmateriellen Faktoren embryonaler Formgestaltung. Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol. Bd. 18. p. 111—142. Festschr. f. G. Schwalbe. Mit 5 Fig.
17. *Hecht, Paul, Ein Beitrag zur Kenntnis der Talgdrüsen der Labia minora. Anat. Anz. Bd. 47. Nr. 15 u. 16. p. 401—407. (Mit 4 Fig.)
18. Holmdahl, H., Zur Entwicklungsgeschichte des menschlichen Rektums. Anat. Hefte. Bd. 51. Heft 153. p. 229—267.
19. *Jizuki, S., Über Vorkommen von Muskelfasern in der menschlichen Plazenta. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Ergänzungsheft.
20. Johnson, Franklin Paradise, The development of the rectum in the human embryo. Amer. Journ. of Anat. Vol. 16. Nr. 1. p. 1—57. (Mit 25 Fig.)
21. Jones, Frederic Wood, The lower ends of the Wolfian ducts in a femals pig embryo. Journ. of Anat. and Physiol. Vol. 48. P. 3. p. 268—273. (Zu wenigen Textworten gibt Verfasser 8 Abbildungen, die die Wolffschen und Müllerschen Gänge bei einem weiblichen Schweineembryo von 12 cm Länge zeigen. Nur die zu einem Schlauche verschmolzenen Wolffschen Gänge stehen in Verbindung mit dem Sinus urogenitalis; die Müllerschen Gänge sind in dieser Körpergegend solide Epithelstränge, die sich bei Entwicklung eines Lumen im späteren Fötalleben in den Wolffschen Raum öffnen werden. Auf dem beschriebenen Stadium hat die Uterushöhle keine Verbindung mit dem Sinus urogenitalis.)
22. *Kehrer, E., Symphysenlockerung und Symphysenruptur. Monatsschr. f. Geb. Bd. 42. Heft 4.
23. *Keibel, Franz, Über die Grenze zwischen mütterlichem und fötalem Gewebe. Mit 1 Abb. Anat. Anz. Bd. 48. Nr. 10. p. 255—260.
24. *Keller, R., Über Veränderungen am Follikelapparat des Ovariums während der Schwangerschaft. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 1. p. 13—38. 1913/14.
25. Krainz, Über Reizwirkungen von Fremdkörpern auf die Uterusschleimhaut der Hündin. Dissert. a. d. geburtshilfl. Klinik der tierärztl. Hochschule in Wien.
26. La Torre, F., Pro e contro il raschiamento endouterino. La Clin. Obstetr. Vol. 13. Nr. 1—4.
27. *Lavatelli, Carlo, Sulle ghiandole delle piccole labbra. Arch. ital. di anat. e di embriol. Vol. 12. F. 3. p. 349—366. (Mit 2 Taf.)
28. Levi, Giuseppi, Il comportamento dei condriosomi durante i più precoci periodi dello sviluppo dei Mammiferi. Arch. f. Zellforsch. Bd. 13. Heft 4. p. 471—524.
29. Lustig, Hilda, Zur Entwicklungsgeschichte der menschlichen Brustdrüse. Arch. f. mikr. Anat. 1. Abt. Heft 1. p. 38—59. (Die erste Anlage der Milchdrüse stellt sich als Proliferation des Stratum germinativum der Oberhaut dar; sicher nachweisen konnte Lustig den Milchstreifen bei Embryonen von 8 mm Sch.-St.-Länge. Die Entwicklung der Milchdrüse hat mit der der Schweissdrüse soviel Gemeinsames, dass anzunehmen ist, dass beide aus einer primitiven tubulösen, merokrinen Hautdrüse hervorgehen.)
30. *Mall, Franklin P., On stages in the development of human embryos from 2—25 mm long. Anat. Anz. Bd. 46. Nr. 3. u 4. p. 78—84. 1914.
31. Meves, Fr., Über Mitwirkung der Plastosomen bei der Befruchtung des Eies von Filaria papillosa. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 87. Abt. 2. Heft 1. p. 12—46. (Meves beobachtete ein Loslösen der Plastochondrien von der zentralen Ansammlung im Spermienkörper und ein Übertreten in das Eizytoplasma, innerhalb dessen sie zunächst durch ihre Grösse deutlich erkennbar bleiben; später werden sie unsichtbar, was aber aller Wahrscheinlichkeit nicht etwa ihren Untergang bedeutet. Im Gegenteil, Meves ist geneigt, diesen Gebilden eine hervorragende Wichtigkeit für die Übertragung erblicher Eigenschaften einzuräumen [cf. Kontroverse zwischen Sobotta und Meves in demselben Archiv, in demselben und dem nächsten Band).
32. *Mayer, August, Über den Einfluss des Eierstocks auf das Wachstum des Uterus in der Fötalzeit und in der Kindheit und über die Bedeutung des Lebensalters zur Zeit der Kastration. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 2. p. 279—300.
33. *Meyer, A. W., Retrogressive changes in the fetal vessels and the suspensory ligament of the liver. Amer. Journ. of Anat. Vol. 16. Nr. 4. p. 477—521. (Mit 26 Figuren.)
34. Meyer, Max, Zur Frage der Beziehungen zwischen Ovarien und Epithelkörperchen. Inaug.-Diss. Strassburg. Januar-März.

35. *Mobilio, M., L'imene nella vitella e nella scrofa. Monitore zoologico italiano. 26. Jg. Nr. 1/2.
36. Monterosso, Bruno, Su l'origine e la costituzione dei materiali deutoplasmici nell' oocite in accrescimento dei Mammiferi. Arch. f. Zellforsch. Bd. 13. Heft 4. p. 530—562.
37. Neumayer, Über den Schluss der sekundären Medullarfurche und die Genese der Neuralleiste. Verh. d. Anat. Ges. 27. Vers. Greifswald. 1913. (Mit 9 Figuren.)
38. *Nussbaum, M., Zur Frage der Entstehung und Bedeutung der Geschlechtszellen. p. 465—471. Anat. Anz. Bd. 47. p. 465—471. 1914.
39. Oehninger, Maria, Fettgehalt und Fettstoffwechsel im menschlichen Amnionepithel. Inaug.-Diss. Würzburg. (Das in den Zellen des Amnionepithels abgelagerte Fett nimmt vom vierten Monat an Menge ständig zu. Vom sechsten Monat an differenziert sich das plazentare von dem freien Amnionepithel. Letzteres enthält mehr Fett. Im subepithelialen Bindegewebe findet sich eine fettfreie Zone, von der bis zum Chorion hin das Fett reichlicher auftritt. Verfasserin schliesst aus dem Auftreten von Farbstoffkörnchen inmitten von Fetttröpfchen im freien Amnion nach Injektion von einer in Olivenöl gesättigten Lösung von Sudan III in die Fruchtblase auf das Vorhandensein einer Lipase in den Epithelzellen des Amnion.)
40. Ottow, B., Zur Embryologie der Ureterenverdoppelung und die Bedeutung der letzteren für die Pathologie der Niere. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. Heft 1. Nr. 2—29. (Mit 3 Figuren.)
41. *Pardi, Ugo, Osservazioni sulle cellule interstiziali ovariche della coniglia e sugli elementi della teca interna dell' ovaio muliebre al di fuori e durante lo stato di gravidanza. Lo Sperimentale. Bd. 68. p. 409—426.
42. Pende, N., Über eine neue Drüse mit innerer Sekretion. (Aus dem Institut für med. Pathol. an der Kgl. Univ. Palermo.) Arch. f. mikr. Anat. Bd. 86. Heft 1. S. 193—197. (Eine Drüse, deren Bau verschieden von dem der Epithelkörperchen, der Schilddrüse und des Thymus ist und die in Einzelheiten an die Struktur der Nebennierenrinde erinnert. Pende fand sie beim menschlichen Neugeborenen und bei jungen Hunden an den oberen, ausnahmsweise auch in der Nähe der unteren Thymusläppchen, neben den oberen Epithelkörperchen, vor allem jedoch um akzessorische Schilddrüsen herum.)
43. Rabl, Carl, Edouard van Beneden und der gegenwärtige Stand der wichtigsten von ihm behandelten Probleme. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 88. p. 469. (Unter den 51 besprochenen Arbeiten behandeln 21 den Bau, die Reifung und die Befruchtung des Eies und die Zellteilung und 16 die Entwicklung der Säugetiere. Ausser der Besprechung der Schlussfolgerungen von van Beneden gibt Rabl auch den wichtigsten Inhalt der Arbeiten wieder. Die erste Gruppe enthält nach Rabls Urteil die bedeutungsvollsten Arbeiten, vor allem diejenigen, die für das Gesamtgebiet der Biologie von Wichtigkeit sind.)
44. Relterer, Ed., De la musculature striée de l'appareil urogénital du chat. Compt. rend. Soc. biol. Tome 76. Nr. 19. p. 866—869. 1914.
45. — Structure et homologies de l'appareil uro-génital du cobaye. Ibidem. Tome 77. Nr. 20. p. 11—14. 1914.
46. — et H. Neuville, De l'appareil uro-génital d'un lion et d'un Maki femelle. Compt. rend. Soc. biol. Tome 77. Nr. 21. p. 62—65. 1914.
47. *Retzius, G., Zur Frage von der Homologie der Entwicklungsstadien der Eier und der Samenzellen bei Ascaris megalocephala. Anat. Anz. Bd. 47. p. 476—479. 1914.
48. Rumpel, Alfred, Über die Entstehung der Mehrfach-, speziell der Doppelbildungen und der dreiblätterigen Teratome bei den höheren Wirbeltieren nebst Beiträgen zur normalen und pathologischen Entwicklungsgeschichte der Wirbeltiere. Zentralbl. f. allg. Pathol. Bd. 24. Nr. 16 u. 17. p. 728—745. 1913. (Mit 12 Figuren.)
49. Sabin, Florence R., Der Ursprung und die Entwicklung des Lymphgefässsystems. Ergebn. d. Anat. u. Entw. Bd. 21. p. 1—98. 1913. (Mit 19 Figuren.)
50. *Salmony, Lony, Längenmessung der weiblichen Urethra. Dermatol. Zeitschr. Bd. 22. Heft 4.
51. *Schröder, Robert, Anatomische Studien zur normalen und pathologischen Physiologie des Menstruationszyklus. Arch. f. Gyn. Bd. 104. Heft 1. p. 27—102.
52. *Schumann, Edward A., Die Dynamik des weiblichen Beckens; seine Entwicklung und Architektur im Hinblick auf die Funktion. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 1. p. 1.
53. *Schwarz, Emil, Untersuchungen über die elastischen Fasern des Uterus. Virch. Arch. f. path. Anat. u. Phys. u. f. klin. Med. Bd. 220. Heft 3. p. 322—327.

54. *Siegel, P. W., Wann ist der Beischlaf befruchtend? (Mit zwei Kurven.) Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 41. Heft 42. p. 1251—1253.
55. *Shiino, K., Über die Hüftpfanne. 1. Mitteil. Zeitschr. f. Morph. u. Anthropol. Bd. 17. Heft 2. p. 325—356. (Mit 16 Figuren.)
56. *Sobotta, J., Zur Frage der Wanderung des Säugetiereies durch den Eileiter. Anat. Anz. Bd. 47. 1914.
57. *— Nachtrag zu obiger Mitteilung. Anat. Anz. Bd. 47. Nr. 22/23.
58. Strahl, H., Über den Bau der Plazenta von Dasypus novemcinctus. Anat. Anz. Bd. 47. Heft 17/18. p. 472—476. 1914. (Mit einer Tafel.)
59. *Strakosch, Werner, Das Schicksal der Follikelsprungstelle. Arch. f. Gyn. Bd. 104. Heft 2. p. 259—278.
60. Toldt, K. jun., Über den Wert der äusserlichen Untersuchung vorgeschrittener Entwicklungsstadien von Säugetieren. Verhandl. d. k. k. zool. botan. Ges. Wien. Bd. 64. Heft 5/6. p. 35. (Mit 6 Tafeln.)
61. *Triepel, H., Alter menschlicher Embryonen und Ovulationstermin. Anat. Anz. Bd. 48. Nr. 5/6. p. 133—140.
62. Tschassownikow, S., Über Becher- und Flimmerepithelzellen und ihre Beziehungen zueinander. Zur Morphologie und Physiologie der Zentralkörperchen. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 84. Abt. 1. p. 150.
63. *Valberg, M., Zur Altersanatomie des Kaninchenovariums. (Aus dem anatomischen Institut Upsala.) Upsala läkareforenings Förhandlingar. Ny följd. Bd. 20. Heft 3/4.
64. *Vercesi, C., Sur le tissu interstitiel de l'utérus. (Glande myométricale-monster cells.) Arch. ital. de Biol. Tome 62. Fasc. III. p. 421—437. 1914. (Erschienen 31. März.)
64a. — Sul tessuto interstiziale dell' utero. Folia gynaecologica. Vol. 10. Fasc. I. p. 51—69. (Dieselbe Arbeit wie vorhergehende Nummer in italienischer Sprache.)
65. Walter, Leo, Zur Pathologie des Corpus luteum. Inaug.-Dissert. Jan.-März.
66. *Willey, Arthur, The Blastocyst and Placenta of the Beaver. Quarterly Journ. of Microsp. Science. p. 175—260. June 1914.
67. *Williams, John T., Die Bedeutung der Fascia pelvis zur Unterstützung des Uterus. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 4.
68. *Wilson, J. T., Observations upon young human embryos. Journ. of Anat. u. Phys. Vol. 48. p. 315—351.
69. Wintrebert, P., Sur le déterminisme des premiers mouvements spécialement leur adaptation au volume et à la forme de l'oeuf chez les vertébrés inférieurs. Compt. rend. Soc. biol. Tome 76. Nr. 6. p. 256—259. 1914.
70. — Les premiers stades du mouvement chez l'axototl (Amblystoma tigrinum). Ibid. Tome 76. Nr. 7. p. 303—306. 1914. (Mit 14 Fig.)
71. — Sur le mode des premiers mouvements et leur valeur pour la sériation des embryons chez les vertébrés inférieurs. Ibid. Tome 76. Nr. 5. p. 188—191. 1914.

A. Entwicklungsgeschichte.

266 menschliche Embryonen von 2—25 mm Länge teilte Mall (30) nach ihrem Entwicklungsstadium in 14 Unterabteilungen und gewann aus der Zahl der Objekte und aus ihrer Länge das Längenmittel für das betreffende Stadium. Zwischen größter und geringster Länge zeigt sich dabei in den einzelnen Gruppen eine weite Spannung, in der 3. Gruppe findet sich ein Embryo von 2 mm, ein anderer von 6 mm, in der 9. Gruppe einer von 9 mm und einer von 18 mm Länge. Mall zieht Photographien der Objekte in natürlicher Größe den Zeichnungen vor, da diese vielfach perspektivische anstatt geometrische Projektion geben. Durch Zusammenstellung und Vergleich eines großen Materials, an dem sich durch Austausch alle Embryologen beteiligen sollten, hofft Mall das Alter der Embryonen besser als bisher präzisieren zu können.

Seinen früheren Untersuchungen an weiblichen Keimröhren von Ascaris megalocephala hat Retzius (47) weitere systematische Durcharbeitungen folgen lassen, nach denen er das normale Vorkommen von einer der Teilzone der Samenzellen homologen Zone mit gleichartigen Zellteilungen ablehnt, und seine dem widersprechenden Befunde (Biol. Unters. Bd. 18), die er mit voller Sicher-

heit an zwei Weibchen erhoben hat, als Fälle von Hermaphroditismus deutet, wie sie ja bei niederen Tieren nicht eben selten sind.

In seiner entwicklungsgeschichtlichen Studie kommt Schumann (52) zu dem Ergebnis, dass das Becken der Frau auf Kosten der Anpassung an die aufrechte Körperhaltung für den Geburtsvorgang weniger geeignet ist als das der niederen Wirbeltiere. Das kindliche Becken nähert sich dem Vierfüsslertypus und ähnelt dem der höheren Affen. Der anteroposteriore Durchmesser ist bei ihm grösser als der transversale. Die Symphyse bildet einen spitzen Winkel, wodurch die Beckenhöhle dreieckig wird, die Iliacae sind flache, beinahe gerade Knochen, der Winkel, der durch die Iliac. ischiadic. gebildet wird, ist sehr klein, da die Knochen beinahe in einer Linie liegen.

Witschi gegenüber (Experimentelle Untersuchungen über die Entwicklungsgeschichte der Keimdrüsen von Rana temporaria. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 85, Abt. 2, Heft 2, S. 9—113) betont Nussbaum (38), dass ihm und nicht Goette die Priorität für die Beweisführung der Spezifität der Keimzellen gebühre. Allerdings habe sich Goette zuerst mit der Entstehung der Keimfalten befasst, lässt aber Geschlechtsdrüsen, Nieren und Fettkörper aus denselben embryonalen Zellen hervorgehen und könne deshalb für die Lehre der Keimzellen-Spezifität als niemandes Vorgänger gelten. Nussbaums Befunde und seine ursprüngliche Fassung der Theorie gehen auf das Jahr 1880 zurück.

Wilson (68) stellt in seiner Beschreibung eines menschlichen Embryo von 1,68 mm Länge diesen zwischen die Nummern 2 und 3, Gle und Klb, der Keibel-Elzeschen Normentafel. Der Wilsonsche Embryo besitzt wahrscheinlich zwei, möglicherweise drei Paar Ursegmente, reiht sich also den kleinsten bisher bekannten an. Eternods Embryo steht vielleicht auf einer noch früheren Entwicklungsstufe. Das Alter des Embryo (H 3) berechnet Wilson auf 18 bis 20 Tage.

Das Amnion ist in seinem reichlichen kaudalen Drittel dicht verbunden mit dem Haftstiel, dessen gefässhaltiges Mesenchym diesem Teil des Amnion wie eine Kappe aufsitzt. Es fehlt die ventrale Krümmung im Bereiche des Primitivstreifens, ebenso eine dorsale Knickung des Embryo. Der Canalis neurentericus ist weit offen und ist der Kopfregion näher als beim Embryo Klb. Der Enddarm fehlt, der Vorderdarm unterscheidet sich nach Entwicklung und Grösse kaum von dem des Klb. — Von der Chorda ist kaum eine Andeutung, auch nicht als Chordaplatte, vorhanden. Das Perikard wird noch von zwei fast symmetrischen Höhlen, die durch ein Septum proprium interpericardiacum unvollständig voneinander getrennt sind, dargestellt. Die Herzanlage ist noch doppelt und besteht aus rechten und linken epikardialen Muskelhüllen. Paarige dorsale Aorten. Eine eigentliche Schwanzvorwölbung fehlt, nur eine kaudale Anschwellung begrenzt die Furche des Primitivstreifens. Das ganze Bereich des Primitivstreifens erscheint als die fast direkte kaudale Fortsetzung der eigentlichen Embryonalanlage. Die Medullarfalte ist gut entwickelt, aber nirgends geschlossen. Gehirngliederung nicht deutlich. Keine Spur von Anlagen der Sinnesorgane und der Hypophyse. Eine schwache Andeutung der Mundbucht. Die primäre Rachenmembran zeigt reichlich Mesoderm zwischen Ekto- und Entoderm. Kranialwärts endet der Vorderdarm blind; er besteht nur aus dem weiten Rachenraum, der sich noch 3 mm frontal von der Darmpforte erstreckt. Eine Erweiterung der Allantois steht mit einem einseitigen dorsalen Raum des Dottersackes, der dorsalen Darmgrube in Verbindung, die medialwärts eine Einsenkung zeigt, die durch die Kloakenmembran geschlossen wird. Der erste Gaumenbogen ist differenziert, vom Ektoderm aber durch eine breite mesodermale Schicht getrennt. Die tiefste Stelle der ventromedianen Bucht der Rachenwand entspricht der medianen Anlage der Thyreoidea. Ausser paramedianen Gaumenbuchten ist noch eine schwache Andeutung eines zweiten primären Gaumenbogens vorhanden. Keine Urogenitalanlage.

Ein Teil der Dottersackgefässe haben deutliche Lumina mit endothelialer Auskleidung. Auf acht Schnitten überragt das Amnion das vordere Kopfende. Am hinteren Ende geht es in einen spitz endenden Rezessus über, auf dessen Grund die Fortsetzung des Primitivstreifens verläuft. Die kloakale membranöse Verbindung mit dem Ektoderm liegt auf der rechten dorsolateralen Wand dieser Bucht.

Ein zweiter Embryo, dessen genaue Beschreibung Wilson auf später verschiebt, besitzt 8—10 Paar Ursegmente, das heisst, das erste und das letzte Paar ist noch nicht völlig von dem axialen Mesoderm getrennt.

An der Hand seines im Eibläschen fixierten und tadellos erhaltenen Spezimen, das eine deutliche Rückenkrümmung aufweist, ist Wilson der Meinung, dass diese auch für Embryonen von 7—10 Ursegmenten als normal anzusehen ist, um so mehr, als alle bisher beschriebenen Embryonen dieses Entwicklungsstadiums die Dorsalflexur besitzen.

B. Plazentation. Gravidität. Puerperium.

Unter 11 Biberföten, deren Geschlecht Willey (66) bestimmen konnte, waren 10 männlich, 9 davon entstammten dem rechten Uterushorn. Willey folgert nun aus diesen kleinen Zahlen nicht ohne weiteres ein Überwiegen der männlichen Föten und eine gesetzmässige Lokalisation nach dem Geschlecht. Immerhin existiert bisher keine einzige Beobachtung eines weiblichen Biberfötus im rechten Uterushorn. Willey untersuchte sechs Fruchtsäcke von 4, 5—11 mm Höhe; er fand stets eine obplazentare Eiimplantation und beobachtete ferner immer grosse, vielkernige, phagozytäre Zellen an dieser Stelle der Mucosa uteri. Ein kielartiger, präplazentarer Fortsatz des Dottersackes erstreckt sich in der Richtung und Verlängerung des Primitivstreifens in die stets nach dem Mesometrium zu gelegene Plazenta. Als primäre Grube des Dotterbläschens reicht die entodermale Allantois in diesen von Willey als Ektostiel bezeichneten Fortsatz hinein. Der Ektostiel des Bibers dient zur Fixation des Embryo: die Ektoplazenta wird durch die sich scheibenförmig ausdehnende Proliferation des Ektostieltrophoblasten gebildet. Die Lokalisation des Haftstieles bei Tarsius und des Ektostieles vom Biber ist die Bestätigung der Minotschen Anschauung, dass die Scheibenplazenta einen primitiven Plazentartypus darstellt.

In der Frage nach Herkunft der Riesenzellen in der Decidua stellt sich Asai (1) auf die Seite derjenigen Forscher, die die Riesenzellen für fötale Elemente halten. Die Riesenzellen bilden Fortsätze, die sich zu einer mehr oder weniger weit ausgebreiteten Membran verbinden, die ebenso wie die Reichertsche Membran einen vollkommenen Abschluss gegen die Blutzellenmasse der Extravasate bildet. Bei der Maus ist die Anordnung der Riesenzellen nach ihrem Funktionszustande und dem Stadium der Gravidität verschieden. Sie verschwinden schon geraume Zeit vor der Geburt.

In dem Verhalten der Deciduazellen unterscheidet Asai zwei verschiedene Perioden. In der ersten Zeit (vor dem 12. Tage) ist eine fettige Entartung auf die phagozytierten Zellen und das Symplasma beschränkt, nach dem 12. Tage ist die fettige Entartung allgemein und das Gefässendothel ist verschwunden.

Der Dottersack hat beim Mäuseembryo nicht nur eine grosse Bedeutung als Ernährungsorgan, sondern er stellt auch die erste und wichtigste Entwicklungsstätte des embryonalen Blutes dar, indem sich die definitiven Erythrozyten in ihm entwickeln.

Jizuka (19) berichtet über den Befund von Muskelfasern bei zwei menschlichen Plazenten zwischen Amnion und Chorion, die in den Färbungen nach Mallory und nach van Gieson den für glatte Muskulatur charakteristischen Farbton annehmen und bei starker Vergrösserung Myofibrillen aufweisen. Im Zentrum

der Plazenta fanden sich an der bezeichneten Stelle die Muskelzellen reichlich, gegen den Rand wurden sie allmählich spärlicher und gingen endlich in Bindegewebe über.

Mit Hilfe der Bielschowskyschen Methode gelang es Keibel (23), in jungen Stadien der Eientwicklung eine scharfe Grenze zwischen mütterlichem und embryonalem Gewebe zu ziehen, eine Abgrenzung, die bekanntlich bisher die grössten Schwierigkeiten bereitete und über die eine Einigung noch durchaus nicht erzielt war. Diejenigen Zellen in den Grenzregionen, zwischen denen sich das Bindegewebsgerüst befindet, gehören dem mütterlichen Organismus an; es sind Deciduazellen. Die ihnen anliegenden Zellen ohne Bindegewebsgerüst sind fötaler Herkunft, sie gehören zu den peripheren Teilen der Zellsäulen und zu der Trophoblastschale.

Für das Anfressen und die Zerstörung mütterlichen Gewebes kommen nach Keibel ausser dem Synzytium und den Riesenzellen auch die Elemente der Trophoblastschale und der Zellsäulen in Betracht, die dazu ihre individuelle Selbständigkeit nicht verloren zu haben brauchen.

Den im Blutstrom weithin verschleppten synzytialen Riesenzellen schreibt Keibel keinen Einfluss auf die Auflösung des mütterlichen Gewebes zu, sondern ist der Ansicht, dass solche synzytiale Riesenzellen dem Untergange bestimmt sind.

C. Brunst. Menstruation.

Nach Schröder (51) sind die Hauptergebnisse für den Ausbau einer normalen Physiologie des Menstruationszyklus, so sicher auch ihre endgültige Lösung auf biologischem und physiologisch chemischem Wege herbeigeführt werden muss, bisher durch exakte anatomische Studien, durch das Schaffen morphologischer Grundlagen erzielt worden.

Ein proliferierendes Corpus luteum wird nach Schröder nur dann gefunden, wenn gleichzeitig im Endometrium die sekretorische Phase eben beginnt; an vielen Hundert Endometrien konnte Schröder nachweisen, dass die Sekretionsbilder in ihren ersten Anfängen vom 16.—18. Tage nach Beginn der vierwöchentlichen regelmässigen Menstruationsblutung zu finden sind, den Ovulationstermin setzt er demnach kurz vor die genannten Tage, d. h. auf den 14.—16. Tag nach Beginn der Menstruationsblutung.

Der gesamte Menstruationszyklus ist sehr widerstandsfähig gegen pathologische Reize verschiedenster Art. Das Dominierende ist das Ei selbst in seinem Reifwerden, seiner Reife und seinem Tod. Durch Eireifung wird der reifende Follikel bedingt, dieser regt das Endometrium zur Proliferation an. Die proliferative Phase ist durch die Hochschichtung der funktionellen Schicht des Endometriums, durch Stromawachstum und Lockerung und durch Drüsenverlängerung und Vergrösserung gekennzeichnet.

Das Corpus luteum bedingt die Sekretion in dieser proliferierten Schleimhaut (sekretorische Phase).

Beim Eitod stellt das Corpus luteum seine Funktion ein und die Schleimhaut wird in ihrer funktionellen Schicht vollständig abgestossen (! Ref.). Die Wunde der Basalschicht deckt sich schnell wieder mit Oberflächenepithel.

Wie der normale reifende Follikel die proliferative Phase des Menstruationszyklus bewirkt, so übt der persistierende Follikel diese proliferative Wirkung weiter aus und bedingt als Steigerung der Zyklusphase die Hyperplasia mucosae.

Nach Siegel (54) bringt der Krieg vielleicht insofern eine Lösung des Problems der Empfängnistähigkeit der Frau, als sich der Kohabitationstermin in manchen Fällen leicht feststellen lässt. An der Hand von zwei Kurven, in

die Menstruations-, Ovulations- und Kohabitationstermine eingezeichnet sind, ergibt sich die Wahrscheinlichkeit der Beziehung der Konzeption zum Follikelsprung. Die befruchtenden Kohabitationen zeigen zwei Tage vor dem Follikelsprung ihr höchstes Ansteigen, was mit den Berechnungen des Grafen Spee, der für die Spermienwanderung bis zum abdominalen Tubenende 24—36 Stunden ansetzt, gut übereinstimmt. Ausserdem geht aus den Kurven ziemlich sicher hervor, dass die Frau in den letzten acht Tagen vor Menstruationsbeginn nicht geschwängert werden kann, was sich mit den histologischen Befunden von R. Meyer und Ruge II decken dürfte.

Nach Triepels (61) Ausführungen kommen beträchtliche Schwankungen in der Lage des Ovulationstermins vor. Im allgemeinen schliesst er sich der Anschauung Fraenkels an, der die Ovulation auf den 18. bis 19. Tag nach Beginn einer Menstruation setzt. Die Zahl dürfte nach Triepel vielleicht etwas, aber wahrscheinlich nur wenig, um einen, höchstens vier Tage zu verkleinern sein. Triepel hält es für wünschenswert, in Zukunft bei Angaben über das Alter menschlicher Früchte zwischen dem wahren Alter („w. A.") und dem Menstrualalter („M. A.") zu unterscheiden. Letzteres würde 14—18 Tage mehr als das wahre Alter betragen. — Die Erscheinungen der Ovulation und Menstruation des Menschen haben sich nach Triepel unter tiefgreifenden Abänderungen, deren Prozesse gegenwärtig vielleicht noch nicht abgelaufen sind, aus den Erscheinungen der tierischen Brunst heraus entwickelt.

D. Anatomie.

1. Allgemeine Topographie.

Shiino (55) liefert in seiner ersten Mitteilung über die Hüftpfanne genaue, tabellarisch geordnete Angaben über die Stellung der Hüftpfanne im Becken und zu den Körperebenen. Die Pfannenmasse sind beim Weibe kleiner als beim Manne, auch entfernt sich die Hüftgelenkspfanne mehr von der Frontalrichtung als die des Mannes.

Die Symphysis ossium pubis ist nach den Ausführungen von Kehrer (22) kein wahres Gelenk, wenngleich sie nach Waldeyer eine akzessorische Gelenkspalte enthält. Sie besteht aus einer ovalen, in seitlicher Richtung plattgedrückten, aus einzelnen Lamellen von Faserknorpel zwiebelschalenartig zusammengefügten Scheibe, der Lamina interpubica, welche an der Vorderwand breiter ist als an der Hinterfläche, an welch letzterer sie in einer länglich rundlichen Erhabenheit, der Eminentia retropubica, mehr weniger stark vorspringt.

Unter den Bändern, die das Symphysengelenk allseitig verstärken, somit einen sehr wichtigen Teil desselben bilden, erscheint das Lig. pubicum superius im oberen, das Lig. arcuatum pubis im unteren Teil von besonderer Mächtigkeit. Dicht unter das beim Weibe mehr einem romanischen Rundbogen als einem gotischen Spitzbogen entsprechende Lig. arcuatum schliesst sich das ihm wohl noch angehörige, unterhalb seiner grössten Bogentiefe quer verlaufende Lig. praeurethrale an. Die Sehnen der Mm. recti abdominis und der Adduktoren der Oberschenkel verflechten sich untereinander und lassen sich weit auf die Vorderfläche der Symphyse verfolgen, wo sie besonders im oberen Teil derselben eine ansehnliche Verstärkung bilden. Dank dieser Ligament- und Muskelsehnenauflagerungen gewinnt die Symphyse, deren Knorpel allein eine Länge von 4 cm aufweist, nach Waldeyer einen Längendurchmesser von 5 cm.

Eine Gelenkhöhle findet sich innerhalb des Symphysenknorpels nicht, dagegen gehören Spalt- oder Höhlenbildungen zu den gewöhnlichen Vorkommnissen; dieselben nehmen nur bei schwangeren Frauen und bei solchen, die Geburten überstanden haben, einen beträchtlicheren Umfang an. Durch Zunahme der Blut- und Lymphgefässe und durch echte hypertrophische Vermehrung der

Gewebselemente kommt es in der Schwangerschaft zu einer Vergrösserung der Symphysenbänder.

In dem vergleichenden Teil zur Morphologie des Primatenbeckens stellt v. d. Broek (17) fest, dass das Ileum die meisten Veränderungen zeigt, von denen die Vergrösserung des Planum iliacum und die Bildung einer Fossa iliaca am auffallendsten ist. Die Formveränderungen im Gebiet des Os pubis sind bei weitem nicht so gross. Dasselbe ist bei den Primaten dünn, nur bei den Anthropomorphen wird es beträchtlich dicker, bleibt jedoch immer dünner als beim Menschen. Die Symphyse ist bei allen Affen viel höher als beim Menschen, sie ist fast stets gekrümmt, mit der Konkavität nach der Beckenhöhle gerichtet, während sie beim Menschen nach der Innenseite des Beckens konvex ist. Bei Anthropomorphen tritt wiederholt eine Synostose im Gebiet der Symphyse auf. Die Tubera ischii sind bei den Anthropomorphen deutlich verbreitert.

Die Vorderfläche des Kreuzbeins ist bei allen Primaten, ausser bei den Anthropomorphen, vollkommen eben. Die Krümmung von Anthropomorphenkreuzbein ist ziemlich ausgesprochen, jedoch steht sie weit hinter der des menschlichen Sakrum zurück. Die dorsale Sakralfläche zeigt bei den geschwänzten Affen ein stärker ausgeprägtes Relief als bei den schwanzlosen Affen. Bei den nicht anthropomorphen Affen herrscht das dreiwirbelige Sakrum vor. Häufig wird eine Vermehrung auf 4—5 Wirbel, seltener eine Verminderung auf zwei Wirbel angetroffen. Bei den anthropomorphen Affen kommt wie beim Menschen ein Kreuzbein mit fünf Wirbeln als Regel vor. Das Kreuzbein der anthropomorphen Affen ist schmäler als dasjenige der nicht anthropomorphen Affen.

Durch die zunehmende Breitenentwicklung des Planum iliacum wird eine allmähliche Zunahme des Beckenindex bedingt; mit Ausnahme von Hylobates und Schimpanse ist der Beckeneingang beim weiblichen Geschlechte viel runder als beim männlichen. v. d. Broek fand 48,6% aller daraufhin untersuchten Primatenbecken asymmetrisch.

In bezug auf die Beckenligamente kommt v. d. Broek zu folgenden Ergebnissen: Ein wahres Lig. tuberoso-sacrum kommt ausschliesslich dem Menschen (und Gorilla?) zu; bei den übrigen Primaten ist es durch ein Lig. tuberoso-caudale ersetzt. Nur bei den Anthropomorphen erreichen die obersten, schwächsten Bündel den Unterrand des Kreuzbeins.

Ein wirkliches Lig. spinoso-sacrum findet sich nur beim Menschen (beim Gorilla?) und beim Orang.

2. Ovarium einschliesslich Corpus luteum und Ovulation.

Brill (5) hat im Ovarium vom Kaninchen und von der Maus ein grosses sympathisches Ganglion nachgewiesen, von dem die periphere viszerale Nervenversorgung mit ihren Endformationen für Mark- und Rindenschicht ausgeht, indem die Fasern dem Bindegewebe zwischen alle drüsigen Formationen hin folgen und einzelne feinste Endverzweigungen und variköse Bildungen zwischen die Epithelstränge des Corpus luteum, der Theca folliculi, spärlicher in die Membrana granulosa und bis in die Tunica albuginea und an das Keimepithel heranreichen.

Im Ovarium des schwangeren Kaninchens fand Pardi (41) beinahe stets eine Vergrösserung und Vermehrung der interstitiellen Zellen. Mit der Vergrösserung der Zellen hält die Steigerung des Fettgehaltes Schritt. Die Veränderungen sind wahrscheinlich individuellen Schwankungen unterworfen. Die Chondriosome scheinen sich nicht in Fette umzuwandeln. — Im Ovarium des Weibes sind die Theca interna-Zellen Homologa der interstitiellen Zellen des Kaninchenovariums, was durch ihr histologisch gleiches Verhalten während der Gravidität bestätigt wird.

Strakosch (59) fasst seine Befunde, die von denen anderer Autoren (Franz Cohn, Leopold und Mironoff) teilweise abweichen, über das Schicksal der Follikelsprungstelle an menschlichen Ovarien folgendermassen zusammen: Die Rissstelle ist meist unregelmässig gezackt; ihre Grösse schwankt von der Grenze der Sichtbarkeit bis zu etwa 5 mm.

Der Verschluss erfolgt zunächst provisorisch durch einen intra vitam entstandenen Fibrinpfropf, dieser wird dann von dem Gefässbindegewebe der Theca interna, welches nach dem Durchwachsen der Granulosa die innere Bindegewebsschicht gebildet hat, durch Organisation ersetzt. Die Granulosa hat keinen Anteil, das Ovarialstroma verhält sich völlig passiv.

Der provisorische Schluss findet sofort statt, der bindegewebige ist nach etwa 9—10 Tagen vollendet. Die Art des Verschlusses gibt einen guten Schutz gegen das Eintreten von primären Infektionen durch das Follikelloch und gegen das Austreten von Blut aus dem Corpus luteum in den Peritonealraum.

Vom morphologischen Standpunkte aus verneint Keller (24) die Frage nach dem Vorkommen einer interstitiellen Eierstocksdrüse beim Menschen während der Gravidität, erst recht natürlich für die Zeit ausserhalb derselben. Dagegen gibt er zu, dass funktionell die Thekaluteinzellenwucherungen beim Menschen der interstitiellen Eierstocksdrüse bei gewissen Tieren gleich sein können. Beweise für diese von manchen Autoren so strikte aufgestellte Behauptung stehen aber zurzeit noch aus; und es müssen nach Keller gerade die von Fraenkel aufgestellten Tatsachen von dem unregelmässigen Vorkommen dieser Bildungen auch bei Tieren stutzig machen.

Einen Follikel, der einem weiter vorangeschrittenen Stadium der Reifung angehört hätte, konnte Keller in keinem seiner zahlreichen Präparate von Ovarien gravider Frauen finden, geschweige denn einen sprungreifen Follikel. Ferner war es ihm ebenfalls unmöglich, in der zweiten Hälfte der Gravidität ein frisches Corpus luteum anzutreffen, das noch keine Zeichen der Rückbildung an sich getragen hätte. Aus diesen Tatsachen ist der Schluss zu ziehen, dass es während der Schwangerschaft bei der Frau keine Ovulation gibt.

Von den beiden Formen der Follikelatresie, der zystischen und der obliterierenden, die besonders in der Schwangerschaft zur Geltung kommen, betrifft die zystische meist die grösseren, die obliterierende meist die kleineren Follikel.

Die Rückbildung des Corpus luteum während der Gravidität geschieht sehr unregelmässig, so dass am Ende der Gravidität des öfteren noch ein grosses und guterhaltenes Corpus luteum anzutreffen ist. Ein Gesetz hierüber lässt sich nach Keller nicht aufstellen.

Valberg (63) stellte bei 63 Kaninchenweibchen verschiedenen Alters das Frischgewicht der Ovarien und ihrer Komponenten, des Zwischengewebes und der Rinde fest. Der Höchstwert der Gesamtdurchschnittsgewichte fällt auf den siebenten Monat, Unterschiede von grundsätzlicher Natur zwischen dem rechten und linken Ovar liessen sich nicht feststellen. Zwischen Körpergewicht und Ovarialgewicht bestehen höchstwahrscheinlich keine Beziehungen.

Die interstitielle Drüse, die aus der Wand atretischer Follikel hervorgeht, erscheint im dritten Lebensmonat und bildet bald den umfangreichsten Bestandteil des Ovariums. Sicher ist nach dem vierten Lebensmonat eine Abhängigkeit der Ovarialgefässe von der Menge des Zwischengewebes und der funktionsfähigen Rindensubstanz vorhanden. Bei alten Tieren sind regressive Veränderungen an den Zellen der interstitiellen Drüse zu finden.

Frisch geborstene Follikel und Corpora lutea fanden sich zuerst bei fünf Monate alten Tieren. Die Grösse der 163 untersuchten gelben Körper schwankte zwischen 0,5—2,7 mm.

Durch Feststellung von Anzahl und Grösse der wachsenden Follikel gelang der Nachweis, dass beim Kaninchen der Follikelzuwachs hauptsächlich an eine kürzer dauernde präpuberale Periode und an eine längere postpuberale Periode

geknüpft ist, zwischen denen ein Zeitraum liegt, in dem die in der ersten Periode herangewachsenen Follikel durch Atresie grösstenteils zerstört werden.

Bei 0,3 mm nehmen die Follikel den Charakter der Graafschen Follikel an und sind bei 1,32 mm als sprungreif zu betrachten. Das Gesamtgewicht der nicht primären Follikel beträgt höchstens etwa $^1/_4$ von dem Gesamtgewicht der sonstigen Rinde, des sogenannten Rindenrückstandes.

Erblichkeitsfaktoren lassen sich an dem vorhandenen Material in keiner Hinsicht feststellen, dagegen ist eine gewisse Gleichmässigkeit in dem Bau der beiden Ovarien eines und desselben Tieres die Regel.

Als Textfigur findet sich die Abbildung eines achteiigen Follikels von einem drei Monate alten Tiere, dessen Eierstöcke an mehreiigen Follikeln ausserordentlich reich waren.

3. Tuben.

Nach Sobotta (56 u. 57) hat sich für alle auf die Wanderung des Eies durch die Tube untersuchten Plazentarier die ziemlich gleichlange, bzw. kurze Zeit, nämlich rund drei Tage, ergeben. Eine Ausnahme macht anscheinend nur das Ei des Hundes, das 8—10 Tage nötig hat und wahrscheinlich das Ei des Fuchses. Die Dauer der Durchwanderungszeit ist unabhängig von der Grösse des Tieres und von der Grösse des Eies. Das Entwicklungsstadium, das das Säugetierei während seines Aufenthaltes im Eileiter erreicht, steht in keinem Verhältnis zur Dauer seines Aufenthaltes in der Tube. Die Dauer des Aufenthaltes schwankt bei ein und derselben Spezies innerhalb enger Grenzen.

Sobotta beanstandet die Annahme von Grosser, nach der das Ei des Menschen 14 Tage oder gar länger für die Durchwanderung des Eileiters nötig hat; es scheint ihm eher wahrscheinlich, dass es wie die Eier der meisten Säugetiere rund drei Tage dazu braucht.

Die Grösse vom Ei der Maus bemisst Sobotta mit 0,06 mm im Durchschnitt, für das des Hundes gibt er 0,18 mm an; da das Ei des Menschen nicht stark mit deutoplastischen Bestandteilen ausgestattet ist, während das des Hundes sehr dotterreich ist, so wird es kaum das Mass des Hundeeies übertreffen und die durch Grosser von Bonnet übernommene Angabe von 0,22 bis 0,30 mm für das menschliche Ei erscheint Sobotta deshalb im höchsten Grade verdächtig.

Der Charakter des Epithels ist bei vielen Säugetieren und auch beim Menschen im ampullären Teil der Tube der nämliche wie im isthmischen Teile. Es ist in beiden Teilen eine Lage von flimmernden Epithelien vorhanden, in die stets nichtflimmernde, sekretorische Zellen eingestreut sind. Bei der Maus und der Ratte besitzt dagegen der grösste Teil der Länge des Eileiters kein Flimmerepithel, deshalb kann auch der Flimmerstrom keinesfalls allein die Fortbewegung des Eies besorgen.

Da sich bei der Maus im Beginn der Brunstzeit die Ovarialkapsel meist stark mit Flüssigkeit füllt, jedoch gar nicht oder fast gar nicht mehr, wenn die Eier in der Tube sind, so nimmt Sobotta an, dass die Flüssigkeit des Periovarialraumes unter Mitwirkung der Muskulatur von der Tube mitsamt den Eiern angesaugt wird. Die Annahme wird dadurch bekräftigt, dass sich mehrfach Eier im Periovarialraum fanden. Sowohl bei Ratte wie Maus liegen die aufgenommenen Eier in einem erweiterten Abschnitt der Ampulla tubae zusammen und harren hier der Befruchtung. Im Bereiche der Fimbrien und des Ostium abdominale werden die Eier, wenn der Vorgang richtig geschildert ist, nur den Bruchteil einer Sekunde verweilen; es ist bisher auch noch keinem Untersucher geglückt, sie an dieser Stelle aufzufinden. Fischel beschreibt eine Art Mesenterium tubae und eine in diesem gelegene glatte Muskulatur, den Musculus mesenterii tubae und einen weiteren Zug glatter Muskulatur beim Übergang der Ovarialkapsel in das Mesenterium tubae, welchem Fischel den Namen Musculus infundi-

buli tubae gibt. Dieser Muskel ist imstande, die Lichtung des Infundibulum tubae abwechselnd zu verengern und zu erweitern; die Erweiterung muss aber eine ansaugende Wirkung auf den Inhalt des Periovarialraumes ausüben.

Nach Zusammenstellungen aus der Literatur und nach Besprechung von Sobottas Beanstandung der früher von ihm gebrachten literarischen Angaben über die Wanderung des Säugetiereies durch den Eileiter bringt Grosser (15) nunmehr folgende Darstellung des Verlaufes der Vorgänge beim Menschen.

Durch die Wirkung des Flimmerstromes gelangt das Ei verhältnismässig rasch durch das Ostium abdominale bis in die Pars isthmica der Tube. Wegen der Enge des Rohres bleibt es hier entweder liegen oder es rückt unter der Wirkung des Flimmerstromes nur ganz langsam weiter, wobei die Furchung fortschreitet. Die Grösse des menschlichen Eies übertrifft wahrscheinlich die von allen anderen Plazentaliern, und das von Bonnet angegebene Mass (0,22—0,30 mm) darf nach Grosser nicht als unrichtig, ja nicht einmal als unwahrscheinlich bezeichnet werden, trotzdem es so sehr aus der Reihe herausfällt. Die Anwesenheit des Eies im Tubenlumen bedeutet nun einen zunächst unter dem Schwellenwert liegenden Reiz für die Tubenmuskulatur, der durch Summation schliesslich die Peristaltik anregt und zur Ausstossung des Eies aus der Tube führt.

Über die Grösse des menschlichen Eies bei der Implantation sind wir noch nicht unterrichtet; es ist nicht nötig, dass das Ei während der Furchung grösser wird. Wir wissen z. B. vom Meerschweinchen, dass die Implantationsreife nicht mit einer Grössenzunahme einhergeht.

4. Uterus.

Aschheim (3) untersuchte die Schleimhaut menschlicher Uteri aller Altersstufen auf ihren Glykogengehalt. Im embryonalen Uterus fand er kein Glykogen, in der Cervix dort, wo sich das Plattenepithel hinerstreckt als Bestandteil des Plattenepithels. Das Cervixepithel selbst war glykogenfrei. Auch in der Korpusschleimhaut des kindlichen Uterus fand Aschheim kein Glykogen.

Die Glykogenablagerung in der Uterusschleimhaut der geschlechtsreifen Frau steht nach Aschheim mit den menstruellen anatomischen Umwandlungen der Schleimhaut in Zusammenhang. In den postmenstruellen Drüsen und denen der ersten Hälfte des Intervalls fehlt das Glykogen. Mit dem Einsetzen einer sekretorischen Tätigkeit in den letzten Tagen des Intervalls tritt neben eiweissartigen Sekreten Glykogen in den Drüsen der Schleimhaut auf. Auch in den Stromazellen findet sich im Prämenstruum Glykogen, ebenso vielfach in der oberflächlichen Muskelschicht. In der Menstruation wird das Glykogen ebenso wie der Schleim ausgestossen, nur in persistierenden prämenstruellen Drüsen ist es noch nach Ablauf der Menstruation wahrnehmbar.

Tritt Schwangerschaft ein, so behalten Drüsen und Stromazellen ihre glykogenbildende Tätigkeit, ebenso wie sich in den Drüsen dann auch Schleim weiter findet.

Die gelegentlichen Untersuchungen des Corpus luteum ergaben Aschheim mit geringen Ausnahmen Abwesenheit des Glykogens in der Blütezeit.

Aschheim beabsichtigt, Mac Allisters Untersuchungen über Glykogen in der Tubenschleimhaut (cf. diesen Jahresbericht von 1913) an grösserem, einwandsfreiem Material fortzusetzen. Vielleicht lassen sich auch hier gesetzmässige Vorgänge aufdecken.

Aschheims (2) Untersuchungen ergaben, dass das Vorkommen von Lipoiden, d. h. von sudanophilen Substanzen (ohne Rücksicht auf ihre zum Teil ja auch noch unbekannte chemische Konstitution), bei der geschlechtsreifen Frau hauptsächlich gebunden ist an das prämenstruelle Stadium der Uterusschleimhaut. Besonders ganz kurz vor den Menses und während derselben zeigt die Schleimhaut reichlich Lipoide in ihren Epithelien. Mit der

Menstruation schwinden diese, im Intervall finden sich selten und meist nur wenige Fettkörnchen. Das Stroma weist in beiden Phasen lipoide Stäubchen und Fettkörnchenzellen auf, im Prämenstruum häufiger als im Intervall.

In den ersten Monaten der Schwangerschaft finden sich in den Drüsen reichliche, in der Decidua wechselnde Mengen von Lipoiden. Von den fötalen Elementen zeigen Synzytium, choriale Riesenzellen und Trophoblast die Lipoide in mehr weniger grossen Mengen.

Aschheim schliesst sich der Schröderschen Auffassung an, nach der während der Menstruation die funktionelle obere Schicht der Schleimhaut nahezu völlig abgestossen wird und teils autolytisch, teils phagozytär zugrunde geht. Diese Anschauung steht der Gebhardtschen von der Rückbildung der Schleimhaut diametral entgegen.

Von den Lipoiden der Decidua ist anzunehmen, dass sie ebenso wie das dort vorhandene Glykogen der Ernährung des Fötus dienen (Embryotrophe), von den Lipoiden der prämenstruellen Schleimhaut wissen wir bisher nur, dass sie durch die Menstruation ausgeschieden werden.

Vercesi (64) fand im nichtschwangeren Kaninchenuterus in der Nähe von Gefässen meist einzeln, seltener in Gruppen liegende lipoidhaltige Zellen, die er nach ihrem mikrochemischen Verhalten als interstitielle Zellen nach Ciaccio) anspricht. Während der ersten 10 Schwangerschaftstage hypertrophieren Stützsubstanz und Gefässe, und die beschriebenen lipoidhaltigen Zellen erscheinen in grösserer Zahl, und zwar sind sie kugliger, reicher an Fettkörnchen als vordem. Am 15. Tage haben die Veränderungen am interstitiellen Apparat ihren Höhepunkt erreicht; jetzt finden sich die grossen, blasigen, vielfach vakuolisierten Lipoidzellen in grossen Haufen, zwischen ihnen dünnwandige Blutlakunen oder feinste, an der Grenze der Beobachtungsmöglichkeit stehende Kapillaren, ein der von Ancel und Bouin beschriebenen Glande myométriale entsprechendes Bild. Die Zellhaufen sind in grosser Zahl in der gesamten Muskularis, besonders aber in ihrer mittleren und tiefen Schicht und in den der Plazentarstelle entsprechenden Partien vorhanden.

Vom 10. Tage erscheinen in der der Plazentarstelle gegenüberliegenden Obplazenta die von Minot im Jahre 1889 zuerst beschriebenen Monsterzellen, die Vercesi nach ihrer Lage und nach ihrem tinktoriellen Verhalten für besondere Umbildungsformen der interstitiellen Lipoidzellen zu halten geneigt ist. Nach dem 15. Schwangerschaftstage verringert sich die Zahl dieser Riesen- oder Monsterzellen, und am 18. Tage sind sie verschwunden. Nach dem Partus unterliegen auch die übrigen Lipoidzellen des Uterus einem Involutionsprozess und sind 10 Tage post partum ihrer Zahl und Grösse nach den Lipoidzellen des nichtschwangeren Uterus gleich.

Aus den Untersuchungen des elastischen Gewebes in normalen und pathologisch veränderten Uterus folgert Schwarz (53), dass die elastischen Fasern in der Gebärmutter eine gewisse Konstante bilden. Das elastische Gewebe hyperplasiert in den meisten Fällen, in denen das Bindegewebe des Myometriums hyperplasiert. Trotz der vielfachen gegenteiligen Behauptungen kann man von einer „Graviditätshyperplasie" des elastischen Gewebes in der Gebärmutter nicht sprechen.

Durch Kastration von neun Hunden im Alter von $^1/_4$ bis $^1/_2$ Jahr und durch Relaparotomie in verschiedenen Intervallen zur Besichtigung des Uterus, der im Alter von einem Jahre entfernt wurde, untersuchte August Mayer-Tübingen (32) die Abhängigkeit des Uteruswachstums vom Ovarium. Zunächst zeigte sich, dass der Uterus mit einem halben Jahr nicht erheblich länger und im ganzen kaum kräftiger war als mit $^1/_4$ Jahr. Das Uteruswachstum in der Kindheit ist also an sich nicht gross. Der Uterus eines einjährigen, nicht kastrierten Kontrolltieres und der eines einjährigen mit vier Monaten kastrierten Tieres zeigten keine nennenswerten Grössenunterschiede, woraus hervorgeht, dass das aller-

dings geringe Wachstum des Uterus in der Kindheit unabhängig vom Eierstock nach eigenen Gesetzen vor sich geht. Nur solche Experimente sind beweisend für das Uteruswachstum in der Kindheit, bei denen während der Kindheit selbst Kastration und Kontrolle vorgenommen wird. — Auch für die Fötalzeit nimmt Mayer eine gewisse Unabhängigkeit des Uteruswachstums vom Ovarium an. Die Pubertätsentwicklung dagegen steht nach Mayer, der sich hiermit der allgemein geltenden Anschauung anschliesst, ganz unter der Herrschaft des Eierstocks.

Nach Gräper (14) ist der Zellelimination, durch die das Gleichgewicht in den Zellvermehrung aufweisenden Organen erhalten bleibt, bisher nicht die genügende Beobachtung zuteil geworden. Er untersuchte Organe, die durch Einschränkung der Funktion eine starke Verkleinerung erfahren, Dottersack und drüsige Organe und solche, in denen die abgestossenen Zellen selbst zum Sekret werden, z. B. Mamma und Uterus. Zellausschaltung durch Chromatolyse gehört zu den täglichen Beobachtungen, doch während, abgesehen von der phagozytären Tätigkeit der Leukozyten, der Prozess bisher zumeist als ein interzellulärer angesehen wurde, sucht Gräper nachzuweisen, dass er sich meist intrazellulär abspielt, indem die geschwächte Zelle von einer gleichartigen Schwesterzelle aufgenommen und dann zur Chromatolyse gebracht wird. Aus den Abbildungen und aus der Literaturbesprechung geht hervor, dass Gräper viele Bilder, die von anderen Autoren als phagozytierte Leukozyten, als amitotische Kernteilung oder als interzelluläre Chromatolyse gedeutet wurden, im Sinne der intrazellulären Chromatolyse von geschwächten, homologen Nachbarzellen erklärt.

5. Vagina und äussere Genitalien.

Bei den Talgdrüsenuntersuchungen der kleinen Labien des Menschen fesselten die Aufmerksamkeit von Hecht (17) besonders zapfenförmige Epithelgebilde, die vielfach in Begleitung der Talgdrüsen zu beobachten sind. Er erklärt sie als Hemmungsstadien von Haaren und hält es für wahrscheinlich, dass sich die Talgdrüsen der kleinen Labien des Menschen im Anschluss an diese „inkonstanten Zapfen" entwickeln. Als Arbeitshypothese stellt er die Frage auf, ob auch an den übrigen Körperstellen mit freien, nicht an das Vorkommen von Haaren gebundenen Talgdrüsen (Augenlider, Lippenrot, Wangenschleimhaut usw.) diese inkonstanten Zapfenformen vorhanden sind, so dass man dann allgemeine Schlüsse über die Entwicklung der freien Talgdrüsen ziehen könnte. Seine übrigen Ergebnisse decken sich mit denen der anderen Autoren.

Erst im dritten Lebensjahre fand Lavatelli (27) gut differenzierte Talgdrüsen auf der lateralen Seite der Nymphen, auf der medialen erscheinen sie zwischen dem 8. und 9. Lebensjahre und sind auf beiden Flächen im 16. bis 18. Jahre voll entwickelt. Ihre Mehrzahl findet sich meist lateral, sehr spärlich sind sie auf dem freien Rande. Die meisten der Talgdrüsen sind beim Menschen sogenannte freie Drüsen, äusserst selten finden sie sich in Verbindung mit feinen Haaren, die ja in der Norm beim Menschen nicht in den Nymphen vorhanden sind. In Zahl, Entwicklungsgrad und Art der Verteilung weisen die Talgdrüsen bei der Erwachsenen individuelle Verschiedenheiten auf. Während der Gravidität sind sie besonders zahlreich, ihre Ausgänge sind weit und mit talgigem Sekret angefüllt. Im Alter atrophieren die Talgdrüsen und verschwinden zuletzt. In keinem Lebensalter lassen sich in den kleinen Labien des Menschen Schleimdrüsen und Schleimzellen oder Schweissdrüsen nachweisen.

Die vergleichend anatomischen Untersuchungen von Lavatelli ergaben bei den Primaten auf beiden Flächen der kleinen Labien zahlreiche, in Verbindung mit feinen Haaren stehende und nur ganz selten freie Talgdrüsen. Bei Schwein, Schaf, Kuh, Esel, Meerschweinchen sind gleichfalls, aber in ge-

ringerer Zahl als bei den Primaten an das Auftreten von Haaren gebundene Talgdrüsen vorhanden, bei Katze und Hund kommen sie nicht vor.

Aus den Untersuchungen ist zu entnehmen, dass, wenn die menschlichen Talgdrüsen ontogenetisch auch meist unabhängig vom Haar sind, sie doch phylogenetisch von solchen abstammen, die in Verbindung mit dem Haar stehen.

Nachdem Mobilio (35) in einer früheren Arbeit über die Form des Hymen bei der Stute berichtet hat, fasst er die Ergebnisse seiner Untersuchungen beim Kalb und beim Schwein folgendermassen zusammen: bei dem Kalbe findet sich ein Hymen in 50% der Fälle. Bei jungen Schweinen fehlt er nur ausnahmsweise (2 : 23).

Beim Kalbe ist er häufig medial vom Introitus vulvovaginale gestellt (15 mal in 21 Fällen), er kann band-, säulen- oder flächenartig geformt sein. Manchmal wird er von zwei kleinen, aber kräftigen, sichelförmigen Gewebsscheiden gebildet, die auf dem Boden des Introitus vulvovaginale entweder beiderseits von der Mittellinie oder als perforiertes Diaphragma oder ausnahmsweise als unperforiertes Diaphragma angeordnet sind.

Beim Schwein findet sich der Hymen gleichfalls in Band-, Säulen- oder Scheidenform. Es kommen auch zwei Säulen vor (1 : 21). Der Hymen kann auf der einen Seite säulenförmig, auf der anderen Seite flächenhaft (1 : 21) oder zweilappig (1 : 21) sein. Er kann scheidenartig erscheinen und sich in einem kräftigen Septum ein Stück in die Vagina fortsetzen (1 : 21). Er kann aus einer unperforierten Scheidenwand bestehen (2 : 21).

Sowohl beim Kalbe wie beim Schwein kann der Hymen nach dem Koitus intakt bleiben und Veranlassung zur Distokie geben. Bei beiden Tierarten können sich auch nach dem Partus Reste des Hymen finden.

6. Harnapparat.

Die Untersuchung von 100 Harnröhren von Frauen im Alter von 18 bis 40 Jahren ergab Salmony (50), dass bei 33% die Länge zwischen 3—4 cm, bei 50% zwischen 4—5 cm, d. h. bei 83% zwischen 3—5 cm schwankt, der Rest nicht über $5^3/_4$ resp. nicht unter $2^1/_4$ cm lang ist. Es besteht eine Proportionalität zwischen Urethrallänge einerseits und Körpergrösse andererseits. Rauber-Kopsch führt in seinem Lehrbuch der normalen Anatomie $2^1/_2$—4 cm als Längenmass an.

7. Bindegewebe.

Nach Williams (67) besitzen Perineum und Levator ani geringen Wert als Uterusstützpunkte, die auch mehr kranial in der Ebene der supravaginalen Cervix zu suchen und eng verbunden oder gar identisch mit den Stützpunkten der Blase sind. In der Hauptsache ist es nach Williams die Fascia pelvis, die den Uterus in seiner Lage hält, auch bilden die Ligamenta uterosacralia einen Teil des Stützapparates.

Bei Hund und Schaf sind nach den Befunden von A. W. Meyer (33) das Ligamentum suspensorium und das Ligamentum teres der Leber fötale Gebilde, die frühzeitiger Rückbildung verfallen. Bei Katze, Kaninchen und besonders bei Meerschweinchen und Ratten persistieren Teile dieser Gebilde länger. Degeneration und Schwund der Umbilikalvene bewegen sich in zentripetaler Richtung. Die Venae omphalomesentericae erhalten sich besonders bei Katzen lange Zeit nach der Geburt und treten nach Loslösung vom Nabel häufig in sekundäre Verbindung mit dem peripheren Venensystem. Thrombose ist kein Hilfsfaktor bei der Obliteration der Nabelgefässe; eine Proliferation des Gefässendothels konnte Meyer in keinem Falle beobachten. Die fibröse Umwandlung geschieht durch Degeneration der Media und durch Einwachsen von Bindegewebsfasern

aus dem subendothelialen intramedialen oder adventitiellen Bindegewebe. Eine Elastica interna ist gewöhnlich auch im extraabdominalen Teil der Umbilikalvene leicht nachweisbar.

Nachtrag. Schwedische und Dänische Literatur.

2. Abschnitt. Sonstiges Allgemeines:

1. Almkvist, J., Von der persönlichen Gonorrhoeprophylaxe des Weibes. Allm. svenska Läkartidningen. (Silas Lindqvist.)
2. Engleson, H., Über die Behandlung von Gonorrhoe des Weibes. Allm. Svenska Läkartidningen. (Silas Lindqvist.)
3. Essen-Möller, E., Beiträge zur Frage von der Berechtigung der Sterilisation vom medizinischen und rassenhygienischen Standpunkt. Allm. Svenska Läkartidningen. (Silas Lindqvist.)
4. Josephson, C. D., Zur Psychologie und Pathogenese der fehlerhaften Diagnosen. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Der Verf. teilt nach den Ursachen die fehlerhaften Diagnosen in sieben Gruppen. I. Unvollständige Untersuchung und Neigung, die Inkongruenz zwischen subjektiven Symptomen und objektiven Befunden auf die Rechnung des Nervensystems der Patientin zu schreiben, mit anderen Worten, die leichtsinnige Diagnose Hysterie und Neurasthenie. II. Das Übersehen von Veränderungen des Harns und der Harnorgane. III. Unterlassung bei dunklen Fällen rektale Untersuchung zu machen. IV. Unterlassung, nötige Instrumente, speziell die Uterussonde zu verwenden. V. Zu kurze Observationszeit. VI. Mangelhafte Anamnese. VII. Mangel an Zeit und Interesse für die Diagnose.) (Silas Lindqvist.)

3. Abschnitt. 2.

1. Kaarsberg, Et Tilfaelde af Haematometra parvum in utero bicorni. (Ein Fall von Haematometra parvum in utero bicorni.) Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 7. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1827—1828. (O. Horn.)

3. Abschnitt. 3. b)

1. v. Holst, H., Instrumentelle Perforation der Gebärmutter wegen Abszessbildung der Gebärmutterwand. Verh. d. Gesellsch. d. Ärzte zu Göteborg. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
2. Josephson, C. D., Ein paar Details von der Prolapsoperation. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Der Verf. hebt hervor, dass die ausgebreitete Ablösung der Blase von der Cervix der Raffung und Einstülpung vorzuziehen ist; dass man bei Vaginofixation, wenn die Gebärmutter zu gross ist, diese, genügend resezieren soll, und in diesem Falle, wenn die Patientin noch menstruiert, die Tuben und die Ovarien entfernen soll, dass der Fundus uteri nicht zu tief fixiert werden soll, nicht tiefer als etwas unterhalb Orificium urethrae intern., dass man nicht zu viel von der vorderen Vaginalwand resezieren soll.) (Silas Lindqvist.)

3. Abschnitt. 5.

1. Helsted, Et Tilfaelde af instrumentel Uterusperforation. (Ein Fall von instrumenteller Uterusperforation.) Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 3. März. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1781—1782. Disk. (O. Horn.)

4. Abschnitt. Vagina. 1.

1. Bjerrum, Atresia hymenalis og Pyokolpos hos Pattebaru. (Atresia hymenalis und Pyokolpos beim Säugling.) Ugeskr. for Laeger. Kopenhagen. p. 407. (O. Horn.)

4. Abschnitt. Vulva. 3.

1. Forssner, Hj., Fall von Hydrocele muliebris. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

5. Abschnitt. I. 1.

1. Åberg, P., Beiträge zur Kasuistik der Corpus luteum-Blutungen. Allm. Svenska Läkartidningen. (Silas Lindqvist.)
2. Forssner, Hj., Entstehen grosse intraperitoneale Blutungen aus Graafschen Follikeln oder Corpus luteum-Bildungen ohne gegenwärtige Gravidität. Allm. Svenska Läkartidningen. (Silas Lindqvist.)
3. Josephson, C. D., Röntgendiagnose eines stielgedrehten Ovarialkystoms. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)

5. Abschnitt. 4.

1. Kaarsberg, Et Tilfaelde af Struma ovarii dextri. (Ein Fall von Struma ovarii dextri.) Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 7. April. Ref. Ugeskr. for Laeger. p. 1829—1830. (O. Horn.)

7. Abschnitt. c)

1. Seedorf, En torkveret Adnextumor fra en 4 aars Pige (Ein torquierter Adnextumor von einem vierjährigen Mädchen.) Dem. Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 7. April. Ref. Ugeskr. for Laeger. p. 1821. (O. Horn.)

7. Abschnitt. d)

1. Lindquist L., Fall von Myoma tubae permagnum nebst Myomata multipl. uteri. Verh. d. Gesellsch. d. Ärzte zu Göteborg. Hygiea 1915. (Silas Lindquist.)

9. Abschnitt.

1. Kaarsberg, Et Tilfaelde af Fibrolipoma myxomatos. retroperitoneal. (Ein Fall von Fibrolipoma myxomatos. retroperitoneal.) Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 7. April. Ref. Ugeskr. for Laeger. p. 1828—1829. (O. Horn.)

10. Abschnitt. Myome.

1. Ahlström, E., Fall von intramuralem Myom mit Perforation zur Uterinhöhle nach intrauteriner Radiumbehandlung. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. d. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
2. — Fall von Nekrose eines röntgenbehandelten Myoms. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
3. — Einige Fälle von Myoma und Fibroma vaginae und von Myoma portionis vaginalis. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
4. Bovin, E., Fall von Myomoperation einer 82jährigen. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
5. — Zwei Fälle von grossen, solitären Cervixmyomen. Demonstration. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
6. Kaarsberg, To Tilfaelde af Fibromnekrose. (Zwei Fälle von Fibromnekrose.) Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 7. April. Ref. Ugeskr. for Laeger. p. 1825—1827. (O. Horn.)
7. Pauner og Kjargaard, Om Röntgenbehandling af Metrorrhagien og Fibromer. (Über Röntgenbehandlung von Metrorrhagien und Fibromen.) Ugeskr. for Laeger. Kopenhagen. p. 1571—1586. (Fortwährend gute Resultate.) (O. Horn.)

10. Abschnitt. Karzinome.

1. Kaarsberg, Cancer colli uteri in ulcere syphilitico. Hospitalstidende. p. 559—561. Kopenhagen. (O. Horn.)
2. — Leucoplacia colli uteri. Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 557—559. (O. Horn.)
3. — Erosio colli uteri e cancere incipiente hos en Syphilitiker. (Erosio colli uteri und cancere incipiente bei einem Syphilitiker.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 561 bis 564. (O. Horn.)

II. TEIL.

GEBURTSHILFE.

I.

Allgemeines, Lehrbücher, Lehrmittel.

Referent: Privatdozent Dr. M. Stickel.

A. Lehrbücher, Kompendien, Lehrmittel.

1. Abderhalden, E., Handbuch der biochemischen Arbeitsmethoden. Bd. 7. Berlin und Wien 1913. Urban und Schwarzenberg. Ref. Gyn. Rundschau. 9. Jahrg. Heft 3 und 4. p. 63.
2. Birk, W., Leitfaden der Säuglingskrankheiten. Bonn 1914. Marcus u. Weber. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 2. p. 195.
3. Braun, H., Die Lokalanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung. 4. Aufl. Leipzig. J. A. Barth. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. p. 471.
4. Doederlein, A., mit zahlreichen Mitarbeitern. Handbuch der Geburtshilfe. Wiesbaden, Bergmann. Besprochen durch Stoeckel, Zentralbl. f. Gyn. N. 50, p. 878 ff.
5. Van der Hoeven, P. C. T., Pathologie der zwangerschap. Deel II. De ziekten der zwangerschap. Leiden, S. C. Doesburgh. 419 Seiten. Preis 9.— Gulden. (Holländisch.) (Der vor zwei Jahren erschienene erste Teil enthielt die zufällig mit der Schwangerschaft zusammentreffenden Erkrankungen; dieser zweite Teil behandelt die Störungen, die mit der Gravidität in ursächlichem Zusammenhange stehen. In vier Kapiteln werden nacheinander die Störungen des mütterlichen Organismus, die Erkrankungen des Eies, die Extrauteringravidität und die mehrfache Schwangerschaft abgehandelt. Das Werk zeigt eine stark persönliche Note und enthält die übliche erschöpfende Literaturzusammenstellung.)
6. Holzapfel, K., Betrachtungen zur geburtshilflichen Operationslehre. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25 u. 26. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 951.
7. Kedarnath, Das, Handbook of Obstetrics for Students and Junior Practitioners in India. Calkutta, Butterweck and Co. 1914.
8. Langstein, L., und S. Meyer, Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel. 2. und 3. Aufl. Wiesbaden 1914. J. F. Bergmann. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 2. Heft 1. p. 89.
9. De Lee und Stowe, Obstetrics. Chicago. Ref. The Journ. Dec. 4. Nr. 23.
10. Lewandowsky, M., Die Hysterie. Berlin 1914. J. Springer. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 1. p. 86.
11. Liepmann, W., Kurzgefaßtes Handbuch der gesamten Frauenheilkunde. Leipzig 1914. F. C. W. Vogel. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. p. 583. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 510.
12. Meyer, Leopold, Loerebog i Fódselshjoelpen. Bd. 1. (Lehrbuch der Geburtshilfe. Bd. 1.) Kopenhagen. 459 p. 60 Fig. (O. Horn.)
13. Oppel, A., Leitfaden für das embryologische Praktikum und Grundriss der Entwicklungslehre des Menschen und der Wirbeltiere. Jena, G. Fischer. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 20.

14. Schultze, B. S., Lehrbuch der Hebammenkunst. Berlin und Leipzig 1914. Engelmann. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 2. p. 189.
15. Tugendreich, G., Vorträge über Ernährung und Pflege des Kindes. Stuttgart 1914. Enke. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 2. p. 195.
16. Winter, G., Besprechung des Handbuchs der Geburtshilfe von Döderlein. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 1. p. 268.

B. Geschichtliche und sonstige Werke und Aufsätze allgemeinen Inhalts. Berichte aus Kliniken, Privatanstalten etc.

1. Das ABC der Mutter. Herausgegeben von der Gesellschaft für Gemeinwohl in Cassel. 1916.
2. Abderhalden, E., Bund zur Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft. (Abderhalden erörtert die Ziele des in Halle im Februar 1915 gegründeten Bundes und wirbt für diese Ziele unter Darstellung der zu ihrer Durchführung einzuschlagenden Wege.)
3. Acosta-Jison, H., Pelvimetry and Cephalometry among Filipinas. Philippine Journ. Soc. Sec. B. 1914. IX. 492. Ref. Journ. of the Amer. Med. Assoc. March 29.
4. Alin, E., Von den statistischen Ergebnissen unserer Entbindungsanstalten. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
5. Armbruster, Zur Genese der Schwangerschaftsniere. Der Frauenarzt. Jahrg. XXX. Heft 6. p. 168.
6. — Über menschliche Befruchtung. Der Frauenarzt. Jahrg. XXX. Heft 12. p. 354.
7. Asch, R., Nekrolog auf Fritsch. Arch. f. Gyn. Bd. 104. Heft 3.
8. Bateson, W., Mendels Vererbungstheorien. Übersetzt von Alma Winkler. Leipzig 1914. bei Teubner Ref. Der Frauenarzt. Jahrg. XXX. Heft 11. p. 347.
9. Behr-Pinnow, v., Die Sicherung des Volksbestandes Deutschlands. Ausserordentliche Tagung der deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, Berlin. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25 u. 26.
10. — Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, eine Frage der Massenbelehrung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17. p. 502. (Darstellung der Ziele und Aufgaben des Kaiserin Aug. Vict.-Hauses.)
11. — Bemerkungen zu den Ausführungen von Rissmann. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. (Im wesentlichen Zustimmung zu den Vorschlägen Rissmanns.)
12. Bitter, H., Vroedvrouwen en leerling-vroedvrouwen te Haarlem in de 17. en 18. eeuw (Hebammen und Hebammenschülerinnen in Haarlem im 17. und 18. Jahrhundert.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 25. p. 2197—2207. (Holländisch.) (Die ersten gesetzlichen Bestimmungen für die Ausübung des Hebammenberufes in Haarlem stammen aus dem Jahre 1696.) (Lamers.)
13. Bonifield, C. L., Present Tendencies in Gynecology and Obstetrics Practice. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Nov. LXXII. Nr. 5.
14. Chipman, W. W., Teaching Obstetrics. Amer. Journ. of Obst. and Dis. cases of Women and Childr. March. LXXI. Nr. 3.
15. Comstock, Mothercraft. New York. Hearst's Livrary. Ref. The Journ. June 19. Nr. 25. p. 2088.
16. Daniels, C. E., Beiträge zur Geschichte der Geburtshilfe. Janus. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41. p. 1229.
17. Davis, E. P., Need of Hospitals for Maternity Cases. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. March. LXXI. Nr. 3.
18. Doncaster, L., Determination of sex. New York, Putnam's Sons. 1914. Ref. Journ. of Amer. Med. Assoc. LXIV. Nr. 24. p. 2011.
19. Eisenmann, A., Die Erlangung der Menscheigenschaft, ihre rechtliche Bedeutung und Behandlung. Stuttgart-Berlin-Leipzig. Kohlhammer. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 443.
20. Van Eman, F. F., Progress in obstetrics for 1914. Missouri State Med. Assoc. Journ. Oct. XII. Nr. 10.
21. Fehling, H., Nachruf auf Alfred Hegar. Beitr. f. Geb. u. Gyn. XIX. Ergänzungsheft. p. 1.

22. Ferroni, E., Fisiopatologia generale della gravida. Mailand 1914. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52. p. 1787.
23. Fischer, A., Staatliche Mütterfürsorge und der Krieg. Berlin ,Springer.
24. Franz, K., Nachruf auf Olshausen und Zinsser. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. LXXVII. p. 1.
25. Formijne, A. J., Het verzien van zwangeren. (Das Versehen der Schwangeren.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 22. p. 1876. (Holländisch.) (Zwei Fälle. Im ersten hatte das Kind einer Mutter, die im dritten Schwangerschaftsmonat laparotomiert worden war, einen laparotomienarbenähnlichen Streifen auf der Bauchhaut zwischen Nabel und Symphyse. Im zweiten Falle war bei einer Schwangeren im achten Monat wegen chronischer Pyelonephritis die rechte Niere exstirpiert worden. Die Frau hatte sich einige Tage nachher die in der Umgebung noch von der Jodeinpinselung braunverfärbte Wundstelle ansehen dürfen und war davon erschrocken. Das Kind hatte einen braunen Hautnävus an derselben Stelle und dazu ein grades schwarzes Streifchen an der Stelle, an der bei der Mutter der letzte granulierende Wundrest mit Lapis geätzt worden war.) (Lamers.)
26. Golder, C., und W. Gillespie, New Bethesda Maternity Hospital in Cinncinati. Modern Hospital. March. IV. Nr. 3.
27. Gottstein, Krankenkassen und kommunale Säuglingsfürsorge. Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz. Berlin, 13. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 904.
28. Grotjahn, Geburtenrückgang und Geburtenregelung im Lichte der individuellen und sozialen Hygiene. (Grotjahn erblickt die Ursache für das Übergreifen des Präventivverkehrs auf Kreise, denen er bis dahin fremd war, nicht etwa in Genußsucht und Faulheit, sondern in erhöhtem Verantwortlichkeitsgefühl. Für sichere Präventivmittel bei gleichzeitiger Unschädlichkeit hält er das Okklusivpessar und das Kondom, letzteres gleichzeitig als Infektionsschutz, für wertvoll. Im Interesse des Bevölkerungs-„auftriebes" verdient seiner Meinung nach der „rationelle" Typus der Fortpflanzung den Vorzug vor dem „naiven". Alle Massnahmen zur Erzielung eines quantitativ genügenden, qualitativ dafür möglichst günstigen Nachwuchses sind durchzuführen, wie Junggesellensteuer, Zuschüsse an kinderreiche Familien, Ermöglichung der Frühehe usw.)
29. Grotjahn, A., Die Eugenik als Hygiene der Fortpflanzung. Arch. f. Frauenk. u. Eugenik. Bd. 1. Heft 1. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 22.
30. Gruber, Max v., Ursachen und Bekämpfung des Geburtenrückganges im Deutschen Reich. München 1914. J. F. Lehmann. (v. Gruber weist unter Heranziehung aller in Betracht kommender Faktoren, wie Konfession, Parteizugehörigkeit, Stand, Beruf, Grad der Wohlhabenheit, Stadt oder Land usw. nach, dass der Geburtenrückgang fast ausschliesslich auf beabsichtigter Empfängnisverhütung beruht. Er unterscheidet äussere und innere Gründe für die übermässige, gewollte Beschränkung der Kinderzahl. Er empfiehlt Übernahme der Erziehungskosten vom dritten Kind an auf die Staatskasse und eine Elternpension.)
31. Gruber, v., Die Hebung der Rasse. Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt. Berlin, 26.—28. Okt. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49. p. 1476.
32. Grüner, E., Die Beziehungen der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbettes und des Klimakteriums zur Erkrankung der Zähne. Deutsche Zahnheilk. Heft 34. (Eingehende Darstellung der im Titel genannten Beziehungen.)
33. Guradze, H., Wirkt die Ehe lebensverlängernd? Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 1. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 236.
34. Hartmann, L'avortement est-il autorisé dans certaines circumstances en dehors des indications d'ordre médical? Ann. de gyn. et d'obst. Paris. Août 1914. bis Avril. XLI. Nr. 8.
35. Hegar, K., Bibliographie von Alfred Hegar. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 6. p. 543.
36. Heil, K., Geburtshilfliche Mitteilungen aus der Praxis. Leipzig 1914. Repertorienverlag. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 2. p. 193.
37. Herzberg, P., Der Geburtenrückgang im Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin in den Jahren 1810—1913. Inaug.-Diss. Rostock 1915.
38. Hirsch, M., Über Ziel und Wege frauenkundlicher Forschung. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 1. Heft 1. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 22.

39. Hirsch, M., Fruchtabtreibung und Präventivverkehr im Zusammenhang mit dem Geburtenrückgang. Würzburg 1914. Kabitzsch. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 3. p. 284.
40. Hist, Mit de geschiedenis der verloskunde. I. De ontwikkeling van vroedvrouwen en mannelijke verloskundigen. (Aus der Geschichte der Geburtshilfe. I. Die Entwicklung des Hebammenwesens und der männlichen Geburtshelfer.) Nederl. Maandschrift v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 4. p. 204. (Holländisch.) Nichts Eigenes, nichts Neues, nichts, was sich speziell auf Holland bezieht.)
41. Hoffa, Die Stellung der Ärzte zur Frage des Geburtenrückganges. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 1222.
42. Hofmann, K., Bericht über das 15. Tausend der Geburten in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg. Inaug.-Diss. Würzburg.
43. Hofmeier, M., Die deutsche Gesellschaft für Bevölkerungspolitik. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XLII. Heft 6. p. 539.
44. Ingerslev, E., Lidt om vort transportable Fódselsleges tidligere Historie. (Etwas über die frühere Geschichte unserer transportablen Geburtsunterlage.) Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 1310—1319. (O. Horn.)
45. — Den kongelige Fódsels-og Plejestiftelse. Tiden 1800—1849. (Die königl. Entbindungs- und Pflegeanstalt. 1800—1849.) Kopenhagen. 480 p. (O. Horn.)
46. Jünger, H., Bericht über das 16. Tausend der Geburten in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg. Inaug.-Diss. Würzburg.
47. Kersten, Geburtenrückgang in Neupommern. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Nr. 21. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48. p. 1440.
48. Kleinweg de Zwaan, J. P., De couvade-het mannenkraambed. (Das Männerwochenbett.) Medisch weekblad. Bd. 22. Heft 16 u. 17. (Holländisch.)
49. Koblank, Einiges aus Olshausens wissenschaftlichen Arbeiten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. LXXVII. p. 3.
50. Koeppe, Hans, Säuglingssterblichkeit und Geburtenziffer. Bei Hölder, Wien-Leipzig 1913. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 2. p. 50. Wiener med. Wochenschr. Nr. 43. p. 1614.
51. Kohler, J., Das Recht der Frau und der ärztliche Beruf. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 1. Heft 1. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 22.
52. Krohne, Die Stellungnahme und Mitwirkung des Staates bei der Mutter- und Säuglingsfürsorge. Deutsche Vereinig. f. Säuglingsschutz. Berlin, 13. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 904.
53. Küstner, Robert von Olshausen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 177 ff.
54. — Nachruf auf Fritsch. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 713.
55. — Nachruf auf Bondy. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 2. p. 184.
56. Langstein, L., Entwicklung, Erfahrungen und praktische Arbeit des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20 u. 21.
57. — und F. Rott, Der Beruf der Säuglingspflegerin. Berlin, Julius Springer. Ref. Gyn. Rundschau. Jahrg. 9. Heft 17 u. 18. p. 275.
58. Lindenau, Frauenbewegung und Kriminalität. Deutsche Strafrechtszeitg. Jahrg. 1. Heft 1—3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 232.
59. Lint, I. G., Oude obstetrisch-anatomische afbbeelingen en de platen van Jenty. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. Jahrg. Afl. 1/2. (Kurze orientierende Besprechung der ältesten geburtshilflich-anatomischen Abbildungen, von denen vier im Text reproduziert sind [aus der Moschion-Handschrift, aus Berengarius „Isagogae breves pellucidae in anatomiam humani corporis", aus Levelings „Anatomische Erklärung der Original-Figuren von Andreas Vesal" und aus Thomas Bartholinus „Anatomia reformata"). Ausführlich behandelt und auf sechs grossen Tafeln wiedergegeben werden die sechs Bilder aus dem 1758 in London erschienenen Werk: „Caroli Nicolai Jenty, Uteri praegnantis et ad partem maturi demonstrationes". Die Bilder wurden in sog. „schwarzer Kunst" ausgeführt von Joannes van Riemsdijk, der auch die Bilder in Kupferstich für Hunters „Anatomia uteri humani gravidi" lieferte. Sie sind sehr naturgetreu und künstlerisch vollendet und wegen der Technik interessant.) (Lamers.)
60. Litzenburg, J., Notes from German Obstetric Clinics. Journ.-Lancet. Minneapolis. Jan. 15. XXXV. Nr. 2.

61. Mac Kenzie, N. A., Instruction and choice of suitable nurses for district work in home, tuberculosis and infant welfare department. Public Health Journ. Toronto. Febr. VI. Nr. 2.
62. Martin, A., Beteiligung der Leiter und der Assistenten der deutschen und österreichisch-ungarischen Universitäts- und Akademie-Frauenkliniken am Weltkrieg. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 1. p. 88 ff.
63. — Rundfrage über die Beeinflussung der klinischen Arbeit durch den Krieg. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 6. p. 500.
64. — Internationale Gynäkologen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 5. p. 464.
65. — Nachruf auf R. Lomer und W. Rühl. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 2. p. 186—187.
66. — Eugen Köberlé-Nachruf. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 1. p. 82.
67. Methorst, H. W., De geboorte-achternitgang en zijn statistiek. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 9. p. 539. (Holländisch.) (Kritische Besprechung von E. Würzburgers Arbeit „Der Geburtenrückgang und seine Statistik" in Schmollers Jahrbuch 1914.)
68. Meurer, Geburtshilfliche Kasuistik. Nederl. Gyn. Ver. 29. Nov. 1914. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. 2/3. (Meurer demonstriert a) Plazenta, bei der Eihäute am Rande der Plazenta infolge eines Falles der Mutter auf den Bauch eingerissen waren, wodurch die Geburt zu früh eintrat. b) Teilt Fälle mit, bei denen das Kind während der Geburt ohne direkte Ursache gestorben ist und wo nur Druck auf die Nabelschnur die Ursache des Todes war, wie er in drei Fällen bei Operation feststellen konnte. c) Demonstriert eine in toto ausgestossene Frucht, wo die Nabelschnur auch schon um den Hals geschlungen ist. d) Eine Placenta circumvallata. Bei der Diskussion erwähnt Driessen einen ähnlichen Fall von Ruptur der Eihäute, nicht durch Trauma, sondern durch übermässige Dehnung der Gebärmutterwand bei Hydramnios mit Hydrocephalos.) (Mendes de Leon.)
69. Meyer, B., Zur Kenntnis der weiblichen Psyche. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 1. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 236.
70. Meyer, R., und E. Schwalbe, Studien zur Pathologie der Entwicklung. Jena, G. Fischer. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 4. p. 363 ff.
71. Montgomery, D. W., Die Niederkunft der Gargamelle. Med. Rec. 14. Aug. p. 259.
72. Natwig, Nachruf auf Heinricius. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 2. p. 181.
73. Noerdlinger, A., Über die Vorschläge zur Bekämpfung des Geburtenrückganges. Inaug.-Dis. Freiburg.
74. Odom, J. A., Obstetrics as practiced by Country Doctor. Texas States Journ. of Med. March. X. Nr. 2.
75. Opitz, E., Die Giessener Universitäts-Frauenklinik einst und jetzt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 1.
76. Philips, Th. B., Verloskundig overzicht uit de Amsterdamsche vrouwenkliniek gedurende de jaren 1898 tot en met 1913. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. Jaarg. Afl. 1/2. (Übersicht der Geburten in obengenannter Klinik während 16 Jahren, mit Besprechung der besonderen Massnahmen, Art der Geburten usw., die sich aber nicht zu einem Referat eignet.) (Mendes de Leon.)
77. Prestridge, B. G., Things to do and things not to do in obstetrics. Texas States Journ. of Med. March 10. Nr. 2.
77a. — Veneral diseases. The war, Berlin Letter. May 18. In the Journ. of the Amer. Med. Assoc. June 19. Nr. 25.
78. Pulvermacher, D., Bericht über die geburtshilflichen Leistungen des Wöchnerinnenheims der Heilsarmee im Jahre 1914.
79. Puppel, Der Geburtenrückgang, seine Ursachen, seine Bedeutung und seine Bekämpfung. Vortrag auf dem Hebammenverbandstag in Bingen. 13. Juni 1914. Ref. Der Frauenarzt. Jahrg. 30. Heft 6. p. 187.
80. Reifferscheidt, Nachruf auf Fritsch. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 6. p. 5.
81. Reynolds, E., Relation of Gynecologic surgery to bad obstetrics. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. March. LXXI. Nr. 3.
82. Richter, J., Zur Geburtenbewegung vor und während des Krieges. (Mit Diskussion.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 912.
83. Rissmann, Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit eine Frage der Massenbelehrung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. (Rissmann vertritt den Standpunkt,

dass Säuglingsschutz sich ohne Mutterschutz erfolgreich nicht betreiben lasse. Deshalb müssen die Hebammenschwestern in Säuglingspflege ausgebildet werden, und den Hebammenschulen Säuglingsheime angegliedert werden. Auch fordert er für Hebammen eine umfassende Allgemeinbildung.)

84. Rott, Einfluss des Krieges auf die Säuglingsschutzbewegung. Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz. Berlin, 13. März. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 904.
85. Sadger, E., Bedeutung des Vaters für das Schicksal der Tochter. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 1. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 235.
86. Sadlier, J. E., Operations at home, when and under what circumstances are they justifiable.
87. Sappington, H. O., Clinical obstetrics. Texas States Journ. of Med. March. X. Nr. 2.
88. Schallmeyer, W., Eugenik, ihre Grundlagen und ihre Beziehungen zur kulturellen Hebung der Frau. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 1. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 233.
89. Schauta, Nachruf auf Breus. Geb.-gyn. Ges. Wien, 16. Juni 1914. Zentralbl. f. Gyn. 1. Mai. p. 302.
90. Schmidt, R., Altindische Geburtshilfe. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 1. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 234.
91. Schultze, B. S., Zur Diskussion über Schwangerschaftsdauer. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
92. Schultze, E., Geschichtsphilosophisches zur Frage des Geburtenrückganges. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 1. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 234.
93. Seeberg, R., Der Geburtenrückgang in Deutschland. Leipzig bei Deichert 1914. (Gemeinverständliche Darstellung des Problems.)
94. Sellheim, H., Volkskraft und Frauenkraft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. (In kurzem Referat nicht wiederzugeben.)
95. — Was tut die Frau fürs Vaterland? Stuttgart bei F. Enke. Ref. Monatsschr. f. Gyn. Bd. 42. Heft 1. p. 86.
96. — Über den Betrieb der Universitäts-Frauenklinik Tübingen während des Krieges. Gyn. Rundschau. Jahrg. 9. Heft 2.
97. Siegel, Krieg und Geschlechtsleben. Freiburger med. Gesellsch. 20. Juli. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39. p. 1031. (Siegel erörtert den Einfluss des Krieges auf Zahl, Termin usw. der Geburten der Freiburger Frauenklinik und weist auf die Wichtigkeit der durch den Krieg gegebenen Möglichkeit genauer Bestimmung des Konzeptionstermines hin.)
98. Simon, H., Das Bevölkerungsproblem. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 2. Heft 1. p. 67.
99. Speier-Holstein, W., Schwangerschaftsscheidungswahn und verwandte Wahnideen beim weiblichen Geschlecht. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 2. Heft 1. p. 1.
100. Spielhagen, Reichswochenhilfe. Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz. Berlin, 13. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 904.
101. Stoeckel, W., Jahreskunde für ärztliche Fortbildung 1914. Juliheft. Geburtshilfe. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 56.
102. — Erinnerung an Heinrich Fritsch. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
103. Stratz, C. H., Wachstumsgesetze. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 1. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 234.
104. Theodor, F., Praktische Winke zur Ernährung und Pflege der Kinder in gesunden und kranken Tagen. Königsberg, Bonn. Ref. Der Frauenarzt. Jahrg. 30. Heft 12. p. 373.
105. Tvedegaard, H., Et nyt Födselslege. (Eine neue Geburtsunterlage.) Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 1307—1310. (O. Horn.)
106. Van Waasbergen, G. H., De daling van het geboortecijfer. (Die Abnahme der Geburtenziffer.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Heft 5. p. 253. (Holländisch.) (Allgemeiner Überblick. Nichts Eigenes.) (Lamers.)
107. Wangerin, W., Abstammungs- und Vererbungslehre im Lichte der neueren Forschung. Med. Klinik. II. 6. p. 780.
108. Weindler, F., Der Kaiserschnitt nach den ältesten Überlieferungen unter Zugrundelegen von 18 Geburtsdarstellungen. Janus. Bd. 20. Heft 1/2.
109. Wertheim, Nachruf auf Olshausen und Fritsch. Geb.-gyn. Gesellsch. Wien, 8. Juni. Zentralbl. f. Gyn. 31. Juli. p. 543.

110. Williams, J. W., The Limitations and Possibilities of prenatal care. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 2. Jan. 9. p. 95. (Williams erörtert an der Hand von 705 Totgeburten unter 10 000 Aufnahmen des Johns Hopkins-Hospital in Baltimore die Frage der Ursachen dieser Todesfälle und führt unter anderem an: Syphilis, Geburtsstörungen, Frühgeburt, Toxämien, Missbildung, Ernährungsstörungen der Mutter, Plazentarstörungen usw. Er gelangt zu der Überzeugung, dass eine grosse Zahl der Todesfälle sich vermeiden lasse durch vorbeugende Massnahmen in der Schwangerschaft und fordert zu diesem Zweck die Einrichtung besonderer, klinischer und poliklinischer Abteilungen, mit Ärzten und Hebammen zu sorgfältiger Überwachung der Frauen während der Schwangerschaft.)

111. Winter, Robert Olshausens wissenschaftliches Lebenswerk. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 3.

112. Van Zuiden, D. S., Jets over het Roonhuysiaansch geheim. Anno 1677. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 9. p. 703. (Holländisch.) (Verf. hat gefunden, und veröffentlicht den Text einer Urkunde aus dem Jahre 1677, aus der hervorgeht, dass nicht Roonhuysen und Ruysch Freunde waren, sondern im Gegenteil sich gegenseitig Konkurrenz machten und jeder für sich sein Geheimnis hatte.) (Lamers.)

113. — Van een oolijken dominé en een oud recept. (Über einen schlauen Pastor und ein altes Rezept.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Hälfte. Nr. 8. p. 1209. (Holländisch.) (Altes Notarprotokoll aus dem Jahre 1793, in dem über eine Fruchtabtreibung berichtet wird.) (Lamers.)

114. — Jets over de verloskunde in het einde der 17. eeuw. (Etwas über die Geburtshilfe am Ende des 17. Jahrhunderts.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Hälfte. Nr. 11. p. 1450. (Holländisch.) (Wiedergabe einiger notariellen Akten aus dem Jahre 1688, aus denen hervorgeht, dass Prof. Ruysch in Amsterdam, der, wie angenommen wird, gleichzeitig mit Roonhuysen, aber unabhängig von ihm, sein Geheimnis besass, sich eines grossen Rufes als Geburtshelfer erfreute und als solcher in höchster Instanz von den Hebammen zu schweren Geburten hinzugerufen wurde. Eine Hebamme macht sich Vorwürfe, dass sie nicht ihn, sondern einen anderen Arzt zu einer schwierigen Entbindung hinzugezogen hat. Der schlechte Ausgang gab zu Schwierigkeiten im Sektionssaal Anlass.) (Lamers.)

C. Sammelberichte.

1. Albeck, Die geburtshilfliche und gynäkologische Literatur in den skandinavischen Ländern 1912—1913. Sammelreferat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 6. p. 481 ff.
2. Beckmann, Zweiter Bericht über die russische geburtshilflich-gynäkologische Literatur des Jahres 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 4. p. 341 ff.
3. Hussy, P., Referat über italienische Literatur in Geburtshilfe und Gynäkologie 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 1. p. 46—67.
4. Liebe, G., Eugenik. Übersichtsreferat. Med. Klinik. 11. Juni. p. 784.
5. Linzenmeyer, G., Geburtshilfliche Übersicht. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Juliheft.
6. Weber, F., Die geburtshilflich-gynäkologischen Dissertationen der deutschen Universitäten. (S. S. 1914.) Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 1. p. 75 ff.
7. — Die geburtshilflich-gynäkologischen Dissertationen der deutschen Universitäten W. S. 1915. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 1. p. 67—81.

II.

Hebammenwesen.

Referentin: Dr. Resa Hirsch, Berlin.

1. Van Doren, Young, Midwife problem in State of New York. The Journ. of Amer. Med. Assoc. Sept.
2. *Eckstein, E., Mit welcher Berechtigung ist eine höhere Vor- und längere Ausbildung für Hebammen zu fordern? Gyn. Rundschau. IX. Heft 1.
3. Eitel, Martha, Das bayerische Hebammenwesen, seine Entwicklung und gegenwärtige Lage. Ann. f. d. ges. Hebammenwesen d. In- u. Auslandes.
4. Fairbairn, J. S., A Text-Book for Midwives. Oxford University Press. 1914.
5. Hübler, Ein Beitrag zur Händedesinfektion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7.
6. Huntington, J. L., Pregnancy clinic and midwife. Boston Med. and Surg. Journ. Nr. 21.
7. Knapp, L., Handbuch für praktische Hebammen. Falkenau a. d. Eger, Zinner. 1914.
8. Paine, A. K., Midwife Problem. Boston Med. and Surg. Journ. Nr. 21.
9. Sippel, Zur Asepsis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2.
10. Tracy, M., and M. Boyd, Painless childbirth. New York, Frederick Stokes Comp.
11. Williams, L. R., Position of New York State Departement of Healts relative to contro of Midwives. The Journ. of Amer. Med. Assoc. Sept.

Eckstein (2) vertritt energisch die Forderung einer höheren Vor- und einer längeren Ausbildung der Hebammen. Eine Volksschulbildung kann bei den Anforderungen, die in jeder Beziehung an die Hebammen gestellt werden, nicht mehr genügen. Eine Ausbildung von fünf Monaten ist zu kurz. Verfasser wünscht für die Vorbildung die Absolvierung einer Mittelschule und für die Ausbildung die Absolvierung einer staatlichen Krankenpflegeschule ein Jahr und daran anschliessend ein Jahr Hebammenlehrkurs.

III.

Physiologie der Gravidität.

Referentin: Dr. Resa Hirsch, Berlin.

A. Zeugung, Schwangerschaftsveränderungen im mütterlichen Organismus, Physiologie der Frucht und ihrer Anhänge.

1. *Ahlfeld, F., Zeitpunkt der Konzeption und die Dauer der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
2. Armbruster, Zur Genese der Schwangerschaftsgeräusche. Frauenarzt. 29. Jahrg. Heft 2.

3. Weber, F., Zur Übertragung von Nervenleiden von Mutter auf Embryo. Frauenarzt. Jahrg. 39. Heft 9.
4. Aschner, Schwangerschaftsveränderungen der Zirbeldrüse. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gyn. 1912.
5. *Bäcker, J., Die Dauer der Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. Heft 2.
6. Benestad, Georg, Ist Kolostrum das unreife Sekret einer insuffizienten Mamma? Münchn. klin. Wochenschr. Nr. 2.
7. *Bigler, W., Energometrische Untersuchungen an Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen. Zeitschr. f. Geburtsh. Bd. 77. Heft 2.
8. *Bondi, J., und S. Bondi, Experimentelle Untersuchung über Nierenveränderungen in der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1.
9. Cohn, Franz, Die Beziehungen der inneren Sekretion zu den Genitalfunktionen der Frauen. Ärztl. Verein zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 7. Juni.
10. Decio, Physiko-chemische Messungen der Galle während der Schwangerschaft. Geb.-gyn. Gesellsch. der Emilia u. d. Marcken (Italien).
11. Mary Lee, Edward, Prenatal case. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Oct.
12. Ellermann, V., Om Svangerskabstiden og dens Svingninger. (Über die Dauer der Schwangerschaft und deren Schwankungen.) Ugeskr. for Laeger. p. 1257—1269. Kopenhagen. (O. Horn.)
13. Emmons, A. B., Hilfsquellen für pränatale Fürsorge. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 3.
14. Fränkel, L., Ovulation, Menstruation, Konzeption und Schwangerschaftsdauer. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. 1913.
15. Franqué, O. v., Zeugungsfähigkeit bei der Frau. Dittrich, Handb. d. ärztl. Sachverständigentätigkeit. V.
16. Griffith, W. S. A., Presidential address on an investigation of the causes which termine the lie of the foetus in utero. Lancet. Nr. 4798. 14. August.
17. *Grüner, Ed., Die Beziehungen der Menstruation, der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbettes und des Klimakteriums zu Erkrankungen der Zähne. G. Thieme, Leipzig.
18. Gschwind, C., Systematische Untersuchungen über die Veränderungen der Hypophysis in und nach der Gravidität. Inaug.-Diss.
19. Hasselbach und Gammeltoff, Die Neutralitätsregulation des graviden Organismus.
20. Hausmann, E., Ein Vergleich des Geburtsverlaufs und Stillgeschäftes bei den oberen und den arbeitenden Klassen. Inaug.-Diss.
21. Van der Hoeven, P. C. T., De herkomst van het vruchtwater. (Die Herkunft des Fruchtwassers.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 9. p. 491. (Holländisch.) (Theoretische Betrachtungen auf Grund eingehenden Literaturstudiums. Nichts Eigenes.) (Lamers.)
22. Holzbach, E., Functioning of the kidneys during Pregnancy. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Stuttgart. Nr. 1.
23. Jaschke, Th., und P. Ludwig, Zur Biologie des Kolostrums. Zentralbl. f. Geburtsh. Bd. 78. Heft 1.
24. Jean, R., La glycuronurie de la grossesse. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Paris. Oct. IV. Nr. 10.
25. Josephson, C. D., Intravitale Färbung des Fruchtwassers. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
26. Keller, Über Veränderungen am Follikelapparat des Ovariums während der Schwangerschaft. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 1913.
27. Kinga Kurihara, Über den Keimgehalt des Urins Schwangerer. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76.
28. Landsberg, Die Bedeutung der innersekretorischen Drüsen für den Stoffwechsel in der Schwangerschaft. Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gyn. 1913.
29. Lelle, Einige Untersuchungen über die Lipoide der mütterlichen und der fötalen Leber. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 4.
30. Linzenmeier, G., Ein junges menschliches Ei in situ. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1. 1914.
31. Lizuka, S., Über Vorkommen von Muskelfasern in der menschlichen Plazenta. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19,
32. Loredan, L., Action of mammary extract on the circulatory system. Ann. de ost. e gin. Febr. 28.

33. Maier, M., Untersuchungen über Eisengehalt, Hämoglobin und Blutkörperchenvolumen bei geburtshilflichen und gynäkologischen Patienten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76.
34. Martius, H., Über Beckenmessung mit Röntgenstrahlen; die Fernaufnahmen und der Kehrer-Dessauersche Beckenmessgürtel. Fortschr. a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 22.
35. Meyer, E., Zur Frage der Konzeptionsbeförderung und der Eheschliessung bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1.
36. Moffett, R. D., Ein neues Messbrett für Kinder. Med. Record. Vol. 87. Nr. 20.
37. Möglich, O., Zur Frage nach der Dauer der menschlichen Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.
38. Näcke, P., Die Zeugung im Rausche. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 28.
39. Neu, M., und Fr. Keller, Zur Funktion der Leber in der Gravidität. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38. Heft 4.
40. Newele, F. L., Der Blutdruck während der Schwangerschaft auf Grund von 450 Beobachtungen. Journ. of Amer. Med. Assoc. 30. I.
41. Nijhoff, De beteekeins van bet overtollige sperma voon de vrucht. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II. Nr. 16.
41a. Peters, Zum Kapitel Schwangerschaftsdauer. Geb.-gyn. Gesellsch. in Wien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
42. Prochownik, L., Ein Beitrag zu den Versuchen künstlicher Befruchtung beim Menschen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.
43. Robertson, On the Fortnitous Origin of Departures from the Normal Period of gestation in Man. Amer. Journ. of Obst. Nr. 6.
44. Runge, E., und E. Gruenhagen, Zur röntgenologischen Beckenmessung. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Okt.
45. Schmauch, G., Die Schilddrüse der Frau und der Einfluss auf Menstruation und Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1913. Bd. 38.
46. Schneller, A., Über galvanische Nervenmuskelerregbarkeit in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Erlangen.
47. Schultze, B. S., Zur Diskussion über Schwangerschaftsdauer. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
48. Schumann, E., Die Dynamik des weiblichen Beckens, seine Entwicklung und Architektur in Hinsicht auf die Funktion. Amer. Journ. of Obst. LXXI. Nr. 1.
49. Sella, Über die Strukturveränderungen der Harnblase und des Harnleiters während der Schwangerschaft. Geb. u. gyn. Gesellsch. d. Marcken u. d. Emilia. Lucina 1913.
50. Sellheim, H., Was tut die Frau fürs Vaterland? Stuttgart, Enke.
51. *Siegel, P. W., Wann ist der Beischlaf befruchtend? Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42.
52. Thierry, H., Untersuchungen über die elektrische Erregbarkeit bei Schwangeren. Zeitschr. f. Geb. Bd. 73. Heft 3.
53. Wachsner, Zur Kenntnis der bilateralen Asymmetrie des menschlichen Körpers. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 52.
54. *Werner, P., Untersuchungen über die Nierenfunktion bei gesunden und kranken Schwangeren und Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. Bd. 104. Heft 3.
55. Wheeler, R., Study of nutritive value of some proprietary infant foods. II. Lt milk modifiers. Amer. Journ. of Diseases of children. Avril. IX. Nr. 4.

Nach Bäcker (5) dauert die normale Schwangerschaft ca. 270—280 Tage, längere Zeit ist von Nachteil für das Kind. Das Maximum sind 300 Tage. Die über diese Zeit hinausdauernde Schwangerschaft ist ein pathologischer Zustand, der sowohl in der Entwicklung des Kindes, als auch im Geburtsverlauf bemerkbar ist. Wird diese lange Dauer der Schwangerschaft rechtzeitig diagnostiziert, so ist die künstliche Einleitung der Geburt erforderlich.

Die von Bigler (7) mit dem Christenschen Energometer ausgeführten vergleichenden Untersuchungen an Graviden am Ende der Gravidität und Nichtgraviden haben ergeben, dass die Füllung des peripheren Pulses am Ende der Gravidität gegenüber der Norm herabgesetzt ist, ebenso dessen Energie und dessen Leistung. Die Ursache dieser Abnahme der „peripheren" Füllung liegt wahrscheinlich darin, dass die Blutmenge, welche zur Durchblutung der Genitalorgane,

besonders des hochgraviden Uterus notwendig ist, der Peripherie entzogen wird. Die Anschauung, dass die Herzarbeit während der Gravidität eine Steigerung erfahre, wird durch diese Tatsachen nicht widerlegt, denn die Grösse der Arbeitsvermehrung, die zur Durchblutung des graviden Uterus nötig ist, ist nicht zu messen. Es ist aber möglich, dass diese Arbeitsvermehrung durch Verminderung der peripheren Leistung kompensiert wird. Die Tatsache, dass bei Kombination von Gravidität und Herzfehler so selten Dekompensationserscheinungen auftreten, spricht für diese Auffassung.

Es wurde schon immer angenommen, dass die Frau in den verschiedenen Zeiten des Menstruationsintervalles verschieden empfängnisfähig sei, klinisch bestätigt wurde diese Ansicht bis heute noch nicht. Siegel (51) hat nun jetzt im Kriege, wo doch ein grosser Prozentsatz der im zeugungsfähigen Alter befindlichen Männer meist mehrere Monate von Hause fort sind, nach dieser Richtung hin Forschungen angestellt. Wenn z. B. eine Frau am 31. Juli 1914 ihre letzte Periode gehabt und ihr Mann am 6. August 1914 in den Krieg gezogen ist, mehrere Monate fortgeblieben ist, so kann man wohl mit guter Sicherheit annehmen, dass das Kind aus einem Verkehr in der Zeit zwischen dem Periodenbeginn und dem Zeitpunkt der Abreise des Mannes empfangen sein muss. Es wäre unrecht und falsch, wenn man im Durchschnitt diesen Frauen extramatrimonielle Schwängerung unterschieben wollte. Analog ist es, wenn der Mann einige Tage auf Urlaub zu Hause war und die Frau danach geschwängert ist. Verfasser hat nun auf diese Weise die kohabitationsmöglichen Tage von 100 schwangeren Frauen, deren Männer im Felde sind, zusammengestellt und die Ergebnisse dieser Untersuchungen in einer Kurve aufgezeichnet. An dieser Kurve sieht man, dass bei allen diesen Frauen die zur Befruchtung führende Kohabitation nur in den ersten 21 Tagen nach der letzten Menstruation möglich war und dass die Konzeptionsfähigkeit direkt nach der Periode mit ungefähr dem sechsten Tage nach Menstruationsbeginn am höchsten war. Bis zum 12. oder 13. Tage hält sie sich ungefähr auf gleicher Höhe, fällt dann steil ab, um vom 21. Tage an einer absoluten Sterilität Platz zu machen. In 10 Fällen wurde beobachtet, dass, wenn der Mann einige Tage vor Beginn der Menstruation gekommen war und auch noch vorher wieder weg musste, keine Schwängerung eintrat. In den Fällen aber, wo der Mann noch einige Tage nach der eingetretenen Menstruation zu Hause war, trat die Konzeption erst nach der Periode ein. Wohlers hat nun an der Freiburger Frauenklinik für die letzten 10 Jahre diejenigen verheirateten, erstgebärenden Frauen zusammengestellt, bei denen die Konzeption innerhalb der ersten fünf Wochen der Ehe stattgefunden hat. Es waren 160 Fälle, hierunter 65 Frauen, bei denen die Hochzeit innerhalb der letzten acht Tage vor Menstruationsbeginn fiel und alle diese machten nach der Hochzeit noch eine Menstruation durch, um erst dann zu konzipieren. Nach diesen Untersuchungen zusammen wäre zu schliessen, dass die Frau in den letzten acht Tagen vor Menstruationsbeginn nicht geschwängert werden kann.

In eine zweite Kurve hat der Verf. auch die Zeit eingetragen, in die das Platzen des Graafschen Follikels fällt. Es ist interessant, dass der Follikelsprung kurz nach der höchsten Höhe der möglichen befruchtenden Kohabitation stattfindet und die gleichmässige Höhe der Kohabitationskurve um 1—2 Tage überdauert. Wenn man die Zeit berücksichtigt, welche die Spermien brauchen, um den Uterus und die Tuben zu durchwandern (nach Spee 24—36 Stunden), so dürfte die Befruchtung im allgemeinen zwei Tage später als die zugehörige Kohabitation stattfinden. Verfasser bittet die Kliniker um weitere Prüfungen seiner Beobachtungen. Ahlfeld (1) schlägt bezugnehmend auf diese Ausführungen vor, Aufzeichnungen zu machen über Zeit und Dauer des Aufenthaltes des aus dem Felde beurlaubten oder unmittelbar nach der Eheschliessung in das Feld ziehenden Ehemannes, über Zeit und Dauer der letzten Menstruation, Tag der Geburt, Gewicht und Länge des Kindes, sowie auch über Nichteintritt

von Schwangerschaft trotz erfolgter Kohabitation. Die Zusammenstellung nach dem Kriege dürfte dann ergeben, ob die obige Annahme sich bestätigt.

Werner (54) gibt in grossen Zügen eine Übersicht über die Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Nierenphysiologie und -pathologie der letzten Jahre. Er bespricht ferner die Einteilung der verschiedenen Nierenerkrankungen, sowie die Funktionsprüfungen an gesunden und kranken Nieren in Schwangerschaft und Wochenbett und gibt einen Bericht über seine eigenen in dieser Richtung angestellten Untersuchungen. Er prüfte die Ausscheidungsverhältnisse des Milchzuckers, des Jods und des Phenolsulfonphthaleins:

1. an gesunden Schwangeren und Wöchnerinnen;
2. nach Geburten in Narkose;
3. bei Herzfehlern;
4. bei Pyelitiden;
5. bei Schwangerschaftsglykosurien;
6. bei Strumen;
7. bei Nephritiden, a) Nephrititis in graviditate, b) Schwangerschaftsniere;
8. bei Eklampsie.

Seine Resultate fasste er zusammen.

1. Eine Schädigung der glomerulären Funktion lässt sich bei Gesunden weder in der Schwangerschaft noch im Wochenbett mittelst der Milchzuckerprobe nachweisen. Die Funktion der Tubuli ist bei gesunden Schwangeren und Wöchnerinnen um ein Geringes gesteigert gegenüber den Verhältnissen bei Nichtschwangeren. Die Arbeit der Tubuli geschieht nicht kontinuierlich, sondern periodisch. Die Gesamtleistung der Niere geprüft mittelst der Phenolsulfonphthaleinprobe ist gut, doch die Funktionsbreite der Niere ist herabgesetzt.

2. Nach operativen Geburten in längerdauernder Narkose lässt sich eine Schädigung sowohl der glomerulären als auch der tubulären Funktion nachweisen, die aber anscheinend nur von kurzem Bestande ist. Auch hier ist die Funktionsbreite der Niere herabgesetzt.

3. Bei Kombination von gut oder nur mässig gut kompensiertem Herzfehler mit Schwangerschaft ergeben die Jod- und die Phenolphthaleinprobe gute Werte, die Ergebnisse der Milchzuckerprobe sind nicht eindeutig; lassen aber in manchen Fällen eine gewisse Schädigung erkennen.

4. Bei Pyelitis gravidarum lassen sich keine Störungen der Nierenfunktion nachweisen, es sei denn, dass die Erkrankung doppelseitig sei. In einem solchen Falle war die Funktion der Tubuli herabgesetzt.

5. Der sogenanten Schwangerschaftsglykosurie dürfte eine Störung der Glomerulusfunktion zugrunde liegen, die Funktion der Tubuli ist nicht verändert.

6. Die Nierenfunktion bei Struma und Gravidität zeigt eine Störung nur in dem Sinne, dass auf den Reiz der Milchzuckerinjektion verhältnismässig oft Traubenzuckerausscheidung erfolgt, was als eine Funktionsschwäche des Glomerulussystems zu deuten sein dürfte.

7. Bei Nephritis in graviditate ergibt die Nierenfunktionsprüfung eine schwere Störung sowohl der glomerulären als auch der tubulären Funktion; letztere zeigt eine schnelle Besserung nach der Geburt, während erstere durch diese kaum beeinflusst wird.

8. Wir müssen zwei Formen von Nephropathia in graviditate unterscheiden, eine, die mit, und eine, die ohne Gefässstörungen einhergeht; erstere neigt zum Übergange in chronische Nephritis nach Ablauf der Gravidität, beiden gemeinsam ist ein äusserst wechselvolles Verhalten der Jodausscheidung.

9. Die Funktionsprüfungen mit Milchzucker und Jodkali sind ein wertvolles differentialdiagnostisches Hilfsmittel zur Unterscheidung zwischen Nephritis und Nephropathie und gestatten ausserdem eine Beurteilung des weiteren Verlaufes der Nierenkrankheit bei Nephropathie.

10. Die Eklampsieniere verhält sich funktionell ähnlich wie die Schwangerschaftsniere.

Bondi J. und Bondi S. (8) haben bei Versuchen an schwangeren und nichtschwangeren Tieren mit den die Nieren schädigenden Giften: Uran, Chrom, Kantharidin und Arsen festgestellt, dass die Uran- und Chromvergiftungen bei schwangeren und nichtschwangeren Tieren sehr verschieden waren. Bei den Kantharidin- und Arsenvergiftungen waren nur geringe oder gar keine Unterschiede. (Uran und Chrom greifen vorzugsweise das Epithel an, Kantharidin und Arsen das vaskuläre System.) Die Niere schwangerer Tiere ist also Giften gegenüber empfindlicher als die nichtschwangerer Tiere. Die Verfasser finden darin eine Bestätigung der Vermutung, dass möglicherweise die Nephritis gravidarum durch Herabminderung der Widerstandskraft der Niere entstehen könne.

In einer grösseren Arbeit stellt Grüner (17) fest, dass die häufiger vorkommenden schlechten Zähne bei den Frauen durch Schädigungen des Generationsprozesses bedingt werden, und zwar ist die Hauptursache: Funktionsuntüchtigkeit des Kalkregulierungssystemes. Gingivitis findet sich zehnmal so häufig bei Schwangeren und Wöchnerinnen als bei anderen Frauen.

B. Diagnostik und Diätetik.

1. Allgemeines.

1. Adair, Fred. L., Eine Methode, rasch den Termin der erwarteten Geburt zu bestimmen. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 5.
2. *Ahlfeld, F., Wie soll die innere Untersuchung Schwangerer und Gebärender ausgeführt werden? Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 6.
3. — Die Diagnose ein- oder zweieiiger Zwillinge ante und intra partum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XLI.
4. *— Die Durchsichtigkeit der Bauchdecken Hochschwangerer. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 6.
5. Alzmann, J., Einige Beiträge zur biochemischen Schwangerschaftsdiagnose. Inaug.-Diss. Würzburg.
6. Anton, W., Beitrag zu den blutenden Septumpolypen. (Ein Frühsymptom der Schwangerschaft.) Prager med. Wochenschr. Nr. 45.
7. D'Arco, L., L'eserzizio professionale della levatrice in rapporto allo suo stato civile. Lucina. XII.
8. Black, J. H., Allergic Reactions in Pregnancy. Texas State Journ. of Med. XI. Nr. 6.
9. Bollag, Klinische Erfahrungen über Novokainanästhesie bei normalen Geburten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
10. Drugg, W., Die Koagulation des Blutes und ihre Verwertung in Geburtshilfe und Gynäkologie. Inaug.-Diss. Bonn.
11. Eben, R., Zur Diagnose der frühen Schwangerschaftsstadien nebst Untersuchungen über den diagnostischen Wert der Kutanreaktion in der Schwangerschaft. Prager med. Wochenschr. 1914. Nr. 24.
12. Ellermann, V., Über die Schwangerschaftszeit und ihre Schwankungen.
13. Judd, A. M., X-Strahlendiagnose der Schwangerschaft. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 2.
14. Kayser, K., Die geburtshilfliche Röntgendiagnose und der Betrieb der Röntgenröhren in der Gynäkologie. Fortschr. a. d. Gebiete der Röntgenstr. Bd. 22.
15. *Rissmann, P., Beiträge zur diätetischen und medikamentösen Beeinflussung der Schwangerschaft nebst Analysen über den Alkaligehalt des Blutes. Frauenarzt. 30. Jahrg. Heft 1 u. 2.
16. *Schultze, B. S., Zur Frage der inneren Untersuchung mit einem oder zwei Fingern. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Okt.
17. Schwarzenbach, Technische Neuerungen in der geburtshilflichen Hauspraxis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 45.

Ahlfeld (2) ist ein strikter Gegner des Einführens zweier Finger bei der Untersuchung von Schwangeren und Gebärenden und lässt eine solche Untersuchung nur in Ausnahmefällen zu.

Schultze (16) betont in einer Erwiderung auf diesen Aufsatz Ahlfelds den Vorteil der gynäkologischen sowie der geburtshilflichen Untersuchung mit zwei Fingern. Die Untersuchung ist leichter und vor allem schneller auszuführen als mit einem Finger, aber natürlich nur bei Frauen mit weiter Scheide, also meist bei Mehrgebärenden. Der wesentliche Vorteil ist, dass durch das gleichzeitige Betasten desselben Körpers an verschiedenen Stellen eine räumliche körperliche Vorstellung des zu betastenden Gegenstandes sicherer und schneller gewonnen werden kann.

Ahlfeld (4) macht auf die Durchsichtigkeit der Bauchdecken Hochschwangerer aufmerksam. Er berichtet Fälle, bei denen die über den Rücken des Kindes wegziehende Nabelschnur und deren Pulsation deutlich zu sehen war. Ebenso waren die intrauterinen Atembewegungen zu beobachten. Praktischen Wert hatte ein Fall, bei dem Sectio caesarea gemacht wurde. Durch die Bauchdecken hindurch sah man eine grosse aufgeblähte Vene auf der vorderen Uteruswand schräg verlaufen, deren Verletzung nur durch vorsichtiges Einschneiden vermieden werden konnte.

In einer grösseren Abhandlung bespricht Rissmann (15) die Stoffwechselstörungen in der Schwangerschaft. Die serologischen Theorien sind einseitig, therapeutisch haben sie gar keinen Wert. — Der Stoffwechsel ist in der Schwangerschaft stark verändert, man soll daher bei den sogenannten Schwangerschaftsvergiftungen grösseres Gewicht auf die Veränderungen des Stoffwechsels legen. Durch die Plazenta werden der Mutter Nährstoffe und Salze entzogen und Stoffwechselprodukte mannigfachster Art aufgebürdet. Diese Stoffwechselstörungen können durch Gelegenheitsursachen erschwert werden. Um diese Störungen genauer kennen zu lernen, müssen Stoffwechselversuche im grössten Umfange vorgenommen werden.

Die Ansicht, gesunde Schwangere ebenso weiterleben zu lassen wie vor der Schwangerschaft teilt Rissmann nicht. Der Fleischgenuss soll eingeschränkt werden, höchstens 100—150 g pro Tag, ebenso soll der Genuss von Kaffee, Tee, Alkohol, Gewürze (ausser Kochsalz, weil der Organismus in der Schwangerschaft schon ärmer an Kochsalz wird), Reizmittel usw. herabgesetzt werden. Ganz zu verbieten sind eingekochte Fleischbrühe, pikante Saucen, Wild, Leber, Nieren etc. Eier höchstens 3 im Tag. Hingegen soll viel Gemüse, Obst und Flüssigkeiten genommen werden.

Zu den Hauptsymptomen der Schwangerschaftsstörungen gehören: Dumpfe Kopfschmerzen bei eiweissfreiem, aber hochgestelltem braunen Urin (die Kochprobe ergibt viele Salze, die sich auf Zusatz von Säuren lösen), ferner Pulsbeschleunigung, vergesellschaftet mit allgemeiner Mattigkeit. Wichtig sind die Erscheinungen des Magendarmkanals. Gastroenteritis kann eine Gelegenheitsursache für eklamptische Anfälle abgeben. Störungen an motorischen und sensiblen Nerven sind durch Diät zu beeinflussen.

Besonderen Wert legt Rissmann auf die Ausscheidung von Farbstofflösungen und Kochsalz mit dem Urin (intravenöse Injektionen von Phenolsulfonaphthalein). Ringersche Lösung oder Kochsalz bei Eklampsie ist zu verwerfen, da die Kochsalzausscheidung herabgesetzt ist. Hingegen ist die Ringersche Lösung bei juckenden Hautausschlägen von gutem Erfolg bei gleichzeitigen entsprechenden Diätvorschriften. Auch unstillbares Erbrechen kann in einzelnen Fällen durch Diät geheilt werden.

Rissmann schliesst seine Abhandlung mit folgender Zusammenfassung:

1. Da der Stoffwechsel in jeder Schwangerschaft starke Veränderungen erfährt, so bedarf auch jede gesunde Frau in diesem Zustande bestimmter Diätvorschriften.

2. Im Fötus und der Plazenta, namentlich aber auch im mütterliche Körper gibt es zahlreiche Ursachen, die dahin wirken, dass die Stoffwechselveränderungen in der Schwangerschaft zu einer Stoffwechselstörung, oft schwerster Art, werden.

3. Obwohl durch genaue chemische Analysen noch viel klarzustellen ist, kann man schon jetzt behaupten, dass durch eine rationelle Diät, durch medikamentöse, vielleicht auch durch Organo-Therapie sich in kräftigster Weise auf die Stoffwechselstörungen in der Schwangerschaft einwirken lässt.

4. Es werden sich hierdurch die sogenannten Schwangerschaft-Toxämien in ihrer grossen Mehrzahl verhüten und heilen lassen, und voraussichtlich werden sich Aborte und Frühgeburten ohne lebensfähiges Kind wesentlich einschränken lassen.

2. Serologische Schwangerschaftsdiagnostik.

1. Abderhalden, Neue Forschungsrichtungen zur Feststellung von Organstörungen. Deutsche Strafrechtszeitg. I. Jahrg. Heft 1—3.
2. Adachi, S., Schwangerschaftsdiagnose mittelst Antitrypsinverfahrens. Zeitschr. f. Geb. 76. Heft 2.
3. *Baumann, E., Die Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsdiagnostik im Frauenspital Basel. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Sept.
4. Berman, L., Die Anstellung der Ninhydrinreaktion mit Harnen und Harndialysaten schwangerer Frauen. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1914. August.
5. Bolaffio, M., Anaphylaxieversuche in Beziehung zur Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. Heft 2. Bd. 76.
6. Boldt, H. J., Die Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion für den Praktiker. The post-graduate. XXIX. p. 897.
7. Bronfenbrenner, Freeland und Schlesinger, Serum-Skin Test for Pregnancy and different pathological conditions. Amer. Journ. of Obst. Okt.
8. Bullock, W. E., Study of basis of Abderhaldens Serum Reaction. Lancet. London. Nr. 4770.
9. Bijleveld, J. W., De reactie van Abderhalden. (Die Abderhaldensche Reaktion.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 1. p. 1—5. (Holländisch.) (Versuche mit 92 Sera. Alle Sera von Graviden ergaben eine positive Ninhydrinreaktion. Jedoch reagierte häufig auch das Dialysat von Serum allein positiv mit Ninhydrin. Nach fortgesetzter Dialyse fiel jedoch diese Kontrollprobe immer negativ aus. Dagegen war sie stets positiv, auch wenn die Sera von Nichtschwangeren stammten, wenn in den Hülsen Plazenta und Serum zusammen vorhanden waren. Auch bei einem Manne wurde eine positive Reaktion gefunden und ebenso bei mehreren nichtschwangeren Frauen. Über den Wert und die Spezifizität der Abderhaldenschen Reaktion lässt sich noch nichts Sicheres sagen.) (Lamers.)
10. Ceola, Mario, Serodiagnosis of Pregnancy with the Method of colored substratum. Ann. di ost. e gin.
11. Colle, Guido, Action of extracts of the Placenta. Ann. di ost. e gin. April.
12. Decio, C., Verhandlung der Società Emiliana e Marchigiana di ostetricia e ginecologia a Bologna. (Nach der Methode Lohmann-Kinoshita hat er den Cholingehalt der Plazenta bestimmt und ihn mit 0,007 % ziemlich stark unter dem Mittel der übrigen Organe gefunden.)
13. Dejust, S., Technik der Abderhaldenschen Reaktion nach den neuesten Veröffentlichungen. Prager Med. XLII. 8. p. 85.
14. *Ebeler, F., und E. Löhnberg, Weitere Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13.
15. *— — Weitere Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 13.
16. *Echols, C. M., Die Grenzen der Dialysierungsmethode als praktische Schwangerschaftsdiagnose. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1914. Aug.
17. Eggstein, A. A., Die Abderhaldensche Reaktion. Journ. of Amer. Med. Assoc. 27. Febr. p. 735.
18. Falls, F. H., Studie über die Fermenttätigkeit des Blutserums. Journ. of the Amer. Med. Assoc.

19. Falls, F. H., The present status of the Abderhalden Text. Journ. of the Amer. Med. Assoc. June 5.
20. Fränkel, Zur Diagnose der Gravidität mit Abderhaldens Dialysierverfahren. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Bd. 22. Heft 4 u. 5.
21. *Franz, R., Über die antiproteolytische Serumeinwirkung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und die Bedeutung der Antitrypsinmethode für die serologische Schwangerschaftsdiagnostik. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 3.
22. Fujii, T., Über das Vorkommen von gerinnungshemmenden Substanzen in den weiblichen Geschlechtsorganen und in der Plazenta. Biochem. Zeitschr. Bd. 66. p. 368.
23. *Goodman and Berkowitz, Abderhalden-Reaction in Malignant Tumors, Pregnancy and Angiosclerosis. Surg., Gyn and Obst. Chicago. Oct. XXI. Nr. 4.
24. Goormaghtigh und Deheegher, Zur Technik der Abderhaldenschen Reaktion. Progrès méd. XLII. 20.
25. Heimann, Fr., Die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion. Berl. Klinik. XXV. 301.
26. *Herrmann, E., Über eine wirksame Substanz im Eierstock und in der Plazenta. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 1.
27. *Hirsch, P., Fermentstudien. 1. Bestimmung von Fermentwirkungen mit Hilfe des Interferometers. I. Mitteilung. Die Anwendung der „interferometrischen Methode“ zum Studium der Abwehrfermente. Hoppe-Seyler, Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. 91. Heft 6.
28. *Hoffmann, M., Zur Bestimmung des Gesamtcholesterins im Blute in gynäkologischen und geburtshilflichen Fällen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.
29. Hoogenhuijzen, van, Creatin as Index of Pregnancy Intoxication. Niederländ. Zeitschr. f. Heilk. Nr. 21.
30. *Hüssy, P., Gedanken über die Modifikationen der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Gyn. Rundschau. Heft 5.
31. De Jong, D. A., Intradermale en conjunctivale zwangerschapreactie. (Intradermale und konjunktivale Schwangerschaftsreaktion.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 4. p. 197. und i. d. Tijdschr. v. vergelijkende Geneesk. Bd. 1. Heft 2. (Holländisch.) (Versuche an Rindern mit vollkommen negativem Resultat. Die Methoden haben keine praktische Bedeutung.) (Lamers.)
32. Issel, E., Experimentelle Untersuchungen über die Abderhaldensche Reaktion mit Tierplazenta und Tier- und Menschenserum. Inaug.-Diss. Freiburg.
33. Joormaghtigh und Deheegher, Zur Technik der Abderhaldenschen Reaktion. Progr. méd. XLII. p. 229.
34. *Keitler, H., und K. Lindner, Über die Abderhaldensche Dialysiermethode. Wiener klin. Wochenschr. Jahrg. 27. p. 549.
35. Ketcham, I. M., Serum test for Pregnancy. Indiana State Med. Assoc. Journ.
36. Kolmer, J., and Ph. Williams, Serum studies in Pregnancy. Amer. Journ. of Obst. June.
37. — — A Study of the Specificity of Ferments in pregnancy and the mechanism of the Abderhalden reaction. Amer. Journ. of Obst. July.
38. Kotschneff, N., Über die Nuklease des Serums Gravider und Nephritiker. Biochem. Zeitschr. Bd. 67.
39. Krukenberg, R., Sind Retroplazentar- und Nabelvenenblut zur Diagnose der mütterlichen bzw. kindlichen Syphilis durch die Wassermann-Neisser-Brucksche Komplementbildungsreaktionen verwendbar? Zeitschr. f. Geburtsh. Bd. 74. Heft 2 u. 3.
40. Labbé, A., und P. Pètridis, Die Abderhaldensche Reaktion als Schwangerschaftsdiagnose. Journ. méd. de Paris. 1914.
41. Lindstedt, F., Von der Entwicklung und der jetzigen Lage der Frage von den sog. Abwehrfermenten (Abderhalden), nebst Untersuchungen über die Spezifität der Graviditätsreaktion. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
42. Loew, O., Über Giftwirkung des Ninhydrins. Biochem. Zeitschr. LXIX. 1 u. 2.
43. Lohmeyer, G., Verhalten der proteolytischen Fermente der Leukozyten bei Gravidität, puerperalen Erkrankungen und Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. Zeitschr. f. Geb. 76. Heft 2.
44. Malone, R. H., Die Diagnose der Schwangerschaft: eine einfache Methode auf Grund der Anwesenheit spezifischer Enzyme im Urin. Journ. Amer. Med. Assoc. 15. Jahrg. p. 1651.

45. Meyer, E., Action of Salvarsan taken by the mother on congenital Syphilis of the Fetus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Stuttgart. Nr. 1. p. 1.
46. Miller, Keith und Rowntree, Plasma and blood volume in pregnancy. Journ. of the Amer. Med. Assoc. August.
47. Petri, Th., Neue Probleme des parenteralen Eiweissabbaues in ihrer Beziehung zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XLI.
48. *Pfeiler, Standfuss und Roepke, Über die Anwendung des Dialysierverfahrens für die Erkennung der Trächtigkeit. Zentralbl. f. Bakt. Bd. 75. Heft 7.
49. Retterer, Ed., Striation des fibres-cellules du myometrium féminin. Ref. Presse méd. Nr. 27.
50. Ridella, A., Relative Placental Insufficiency. Ann. di obst. e gin. Jan. 15.
51. Sarateanu, F., und C. Feliran, Die Wassermannsche Reaktion in der Schwangerschaft der Frauen und bei Wöchnerinnen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37. Heft 1.
52. Sarti, A., hat vermittelst der Reaktion nach Neumann-Hermann kindliches und mütterliches Blut differenziert und übereinstimmend mit diesen Autoren gefunden, dass diese Reaktion auch mit eingetrocknetem Blute noch positive Resultate ergibt.
53. Schwarz, H., Der Wert der Abderhaldenschen biologischen Reaktionen für den Geburtshelfer und Gynäkologen. Journ. of the Amer. Med. Assoc.
54. *Steiner, H., Klinische Studien mit Abderhaldens Dialysierverfahren. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 17.
55. Thoma, E., Die praktische Verwendbarkeit des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens zur Diagnose der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Freiburg.
56. Trinchese, J., Infektions- und Immunitätsgesetze bei materner und fötaler Lues. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19.
57. *Tuma, J. V., Einfluss der Medikamente auf die Abderhaldensche Reaktion. Lekarski Roshledg. XXI. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
58. *v. Waasbergen, G. H., Die Abderhaldensche Reaktion bei Nichtschwangeren. Maandschr. voor Verlosk. en Vrouwenz. Nr. 1.
59. De Wade, La réaction d'Abderhalden est une globulinolyse. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Bd. 22. Nr. 2.
60. Wankulenko, J., Über die Kreatinin- und Kreatinausscheidung durch den Harn bei Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. Bd. 98. Heft 3.
61. Weber, F., Die biologische Diagnose der Gravidität nach Abderhalden. Inaug.-Diss. Göttingen 1914.
62. Zubrzycki, J. R. v., Studien über die Meiostagminreaktion bei Karzinom und Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1.
63. — Zur Beeinflussung der Katalysatoren in der Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. Heft 9.

Baumann (3) hat eine grosse Anzahl Versuche gemacht mit selbst zubereiteter Plazenta, mit „Plazentaeiweiss siccum Hoechst", mit „haltbarer feuchter Plazenta Hoechst" und mit gefärbtem Plazentasubstrat. Bei den beiden ersten hatte er stets gute Resultate, mit haltbarer feuchter Plazenta Hoechst waren 40% Misserfolge und mit gefärbtem Plazentasubstrat stets negative Resultate. Ganz besonders befriedigt ist Baumann von den Erfolgen der Abderhaldenschen Serodiagnosen in differentialdiagnostisch schwierigen und unklaren Fällen. Die Fehlresultate werden im Maximum auf $1^1/_2$—2% bei Einbeziehung aller Aborte und Tubenmolen auf 3—4% eingeschätzt.

Die von Tuma (57) schon früher gemachte Erfahrung, dass Jodkali und Fibrolysin die Abderhaldensche Reaktion unspezifisch machen, wurde von ihm experimentell bestätigt. Die Reaktion fand in neuen Fläschchen mit eingeschliffenem Glasstöpsel statt. Die Organe bereitete sich der Autor teils selbst zu, teils bezog er sie aus München; diese waren durchaus verlässlich, ebenso die eigenen. Nach der Jodtherapie (es wurden 30 g Jodkali gegeben) baute das Serum von Wöchnerinnen Gehirn ebenso intensiv ab wie Plazenta, etwas schwächer wurde Niere (Albuminurie) abgebaut. Die Kontrolle fiel negativ aus. Fibrolysin wurde am Kaninchen geprüft. Es bekam 10 Injektionen von 2—3 ccm Fibrolysin in die Muskulatur. Vor den Injektionen gab das Serum des Kaninchens mit allen Organen negative Reaktion; nach den Injektionen gab das Serum

allein eine schwach positive Reaktion; am meisten wurde Gehirn und Niere, etwas schwächer Plazenta abgebaut. Es wurde auch Fibrolysin allein, dann mit Plazenta bzw. Niere eingestellt, das Dialysat gab nie positive Reaktion.

Goodman und Berkowitz (23) haben bei einer grossen Anzahl von Versuchen an Schwangeren ausnahmslos befriedigende Resultate erhalten.

Bei von Waasbergen (58) reagierten nicht nur alle Schwangeren positiv, sondern auch alle Frauen, welche sich im prämenstruellen Zustande befinden. Überhaupt ergaben fast alle im menstruationsfähigen Alter befindlichen Frauen eine mehr oder minder stark positive Reaktion. Je mehr sich die Frauen dem Klimakterium nähern, bzw. es schon erreicht haben, wird die Reaktion weniger stark positiv bzw. negativ.

Ebeler und Löhnberg (14, 15) haben keine ganz einwandsfreie Resultate, wollen aber noch kein abschliessendes Urteil fällen, ob die Reaktion für die Praxis zu gebrauchen sein wird.

Echols (16) kommt zu der Ansicht, dass die Frage, ob die Fermente für Plazentarproteine absolut spezifisch sind, noch nicht gelöst ist. Er gibt in seiner Arbeit einige zu beachtende technische Anweisungen. Er hat bei 95 Patienten Versuche angestellt. Alle Schwangeren mit Ausnahme einer einzigen gaben positive Resultate, aber auch bei 12% von nicht graviden Patienten fiel die Reaktion positiv aus. Man kann also bei negativem Resultat eine Schwangerschaft ausschliessen, bei positivem aber nicht mit Bestimmtheit auf eine solche schliessen. Zu fast demselben Resultat kommt Steiner (54).

Auch Franz (21) sagt, dass die positive Reaktion nur mit Vorsicht zu verwerten sei, die negative hingegen stets das Fehlen einer Schwangerschaft beweise. Der antiproteolytische Serumtiter ist in der Schwangerschaft gegenüber dem Serumtiter eines gesunden nicht graviden Individuums stark erhöht. Der Titer des Geburtenserums ist wiederum höher als der Titer des Schwangerenserums, aber die Erhöhung des Titers steigert sich noch mehr bei Erkrankungen mit erhöhter Eiweissresorption, z. B. Anämie, Tuberkulose, Karzinom, Fieber. Die Reaktion ist also nicht spezifisch für Schwangerschaft, sie zeigt vielmehr nur an, dass ein erhöhter Eiweissumsatz vorhanden ist.

Hüssy (30) bespricht die verschiedenen vorgeschlagenen Modifikationen der Abderhaldenschen Fermentreaktion. Es zeigt sich immer wieder, dass nur ein absolut genaues Arbeiten zu dem gewünschten Ziele führen kann. Auch Abderhalden weist stets darauf hin. Sehr wichtig ist die Vorbereitung der Substrate und des Serums, darin sind auch die grössten Schwierigkeiten der Methode zu suchen. Es kommt vor allem darauf an, die Substrate ganz blutfrei zu machen. Es ist aber sehr schwer zu entscheiden, ob wirklich die Organe blutfrei sind oder nicht. Das makroskopische Aussehen genügt im allgemeinen nicht, auch der mikroskopische Befund ist nicht ganz massgebend. Bisher musste das Substrat mit einem Serum vordialysiert werden, das sicher Hämoglobin abbaut. Diese Methode ist umständlich. Fehser und Nippe haben nun eine sehr einfache Methode angegeben, die bezweckt, auch die geringsten Spuren von Hämoglobin in dem Substrate nachzuweisen; die Leuko-Malachitgrün-Reaktion. Nach ihr ist es möglich, die selbst geringsten Fehlerquellen auszuschalten. Dadurch fällt auch das Vordialysieren des Serums weg. — Das von den Hoechster Farbwerken in den Handel gebrachte Plazentartrockenpulver, das statt des ausgewaschenen Organs zur Anwendung gelangen kann, hat sich bewährt und zwar ist das grobkörnige Pulver in einer Dosis von 0,25 g dem feinkörnigen vorzuziehen, da letzteres die Hülsen unbrauchbar macht. Das feuchte Präparat steht an Güte zurück. —

Die Verwendung mit vorgefärbten Präparaten von Cochenille können die Dialysiermethode nicht ersetzen. Mit Spritblau, mit dem Abderhalden selbst gute Erfahrungen gemacht hatte, wurden keine Versuche angestellt, da dieser

Farbstoff in der heutigen Zeit nicht zu erhalten war. Die Anregung von Rollet (Münch. med. Wochenschr. 1914, Nr. 37) ist interessant und der Nachprüfung wert.

Hirsch (27) hat im Gegensatz zu den bisherigen qualitativen Methoden zum Nachweis der Abderhaldenschen Abwehrfermente eine neue quantitative Methode angegeben und zwar werden mit Hilfe des Löwe-Zeissschen Interferometers die Konzentrationsänderungen bestimmt, die durch die Auflösung der durch Einwirkung der Abwehrfermente auf die Organsubstrate gebildeten Peptone in dem zu untersuchenden Serum bedingt sind. Diese Methode schaltet vor allem den subjektiven Beobachtungsfehler aus und beweist ebenfalls die Richtigkeit der Abderhaldenschen Anschauungen.

Pfeiler, Standfuss und Roepke (48) haben an einer grösseren Anzahl Tiere Versuche angestellt und haben gefunden, dass nicht nur im Serum der tragenden, sondern auch der nichtträchtigen Tiere Abbaustoffe der Plazenta vorhanden sind.

Auf die grosse Empfindlichkeit der Abderhaldenschen Methode weisen Kestler und Lindner (34) hin. Mit ihren Resultaten sind sie nicht ganz zufrieden, doch sagen sie, dass die Untersuchungen, die mit der genügenden Verschärfung durchgeführt sind, die Abderhaldenschen Theorien im allgemeinen zu beweisen scheinen. Jeder Fall erfordert die grösste Objektivität, da auf Grund von geringen Farbenunterschieden eine Diagnose gestellt werden muss. Es wäre wünschenswert, dass sich die Arbeiten zunächst mit der Beseitigung der Fehlerquellen beschäftigten.

Nach den ausführlichen Untersuchungen von Minnie Hoffmann (28) steigt der Cholestearingehalt des Blutes während der Schwangerschaft von seinem normalen Wert von 0,15% um etwa 0,06% durchschnittlich. Die Kurve erreicht ihre Höhe im letzten Monat, um nach der Geburt wieder in 8—10 Tagen zur Norm abzusinken, unabhängig davon, ob die Wöchnerin stillt oder nicht stillt. Das Nabelschnurblut weist einen ziemlich konstanten Wert auf, von 0,11—0,12%, gleichgültig, ob der Cholestearingehalt des mütterlichen Blutes mehr oder weniger erhöht ist. Bei Eklampsie scheinen besonders hohe Werte aufzutreten.

Das aus dem Retroplazentarblut gewonnene Serum gibt nach Krukenberg (39) schon bei gesunden Müttern 30% positive Wassermannsche Reaktionen und kann bei pathologischen Geburten, langer Geburtsdauer, Narkose, Fieber, Blutverlusten etc. bis zu 50% steigen. Um also festzustellen, ob bei der Mutter Lues vorliegt, ist unbedingt eine Nachprüfung am Armvenenblut erforderlich. Dagegen gibt das Nabelvenenblut gesunder und von gesunden Müttern geborener Kinder regelmässig negative Reaktion. Die Reaktion ist positiv nur bei Lues hereditaria, niemals aber bei Eklampsie, Narkose, Fieber, Blutungen etc., auch nicht bei asphyktisch geborenen Kindern. In allen auf Lues verdächtigen Fällen empfiehlt Krukenberg daher eine Prüfung des Nabelvenenblutes.

Herrmann (26) ist es nach einer grossen Anzahl von Experimenten gelungen, den wirksamen Reizstoff aus Corpus luteum und aus der Plazenta als chemisches Einzelindividuum abzusondern. Am Schlusse seiner grossen Arbeit kommt er zu folgenden Resultaten:

Die am Corpus luteum und Plazenta isolierte wirksame Substanz hat einen mächtigen wachstums- und entwicklungsfördernden Einfluss auf das gesamte Genitale.

Die aus Corpus luteum und Plazenta isolierte wirksame Substanz beeinflusst die Ausgestaltung spezifischer Geschlechtscharaktere in förderndem Sinne.

Die wirksame Substanz des Corpus luteum und der Plazenta sorgt für die anatomische Integrität des Genitalapparates und der Brustdrüsen.

Die wirksame Substanz des Corpus luteum und der Plazenta bewirkt die für die Brunst- resp. Anfangsstadien der Gravidität charakteristischen Genitalveränderungen.

IV.

Physiologie der Geburt.

Referent: Cand. med. G. Kaboth.

A. Allgemeines, Geburtshilfliche Asepsis, Beckenmessung.

1. Adair, P., A rapid method of Determining the Expected date of Confinement. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 771. (Wiedererfindung unserer alltäglichen Berechnung.)
2. Ahlfeld, Diagnose auf ein- oder zweieiige Zwillinge ante und intra partum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 109. (Eine wesentlich praktische Bedeutung kommt der Frühdiagnose bei ein- oder zweieiigen Zwillingen nicht zu.)
2a. — Die Durchsichtigkeit der Bauchdecken Hochschwangerer. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. 6.
3. Barnum, C. G., The Effect of Gravitation on the Presentation and Position of the Fetus. The Journ. of the Amer. Med. Ass. February 6. Vol. LXI. Nr. 6. p. 498. (Verf. tritt entgegen Schatz dafür ein, dass die Schwerkraft die Hauptursache für die Schädellagen sei. Er versucht, diese Meinung auch experimentell von neuem zu stützen.)
4. Beitler, F. V., Statistical Treatment of Stillbirths. Amer. Journ. of Public Health. July.
5. Bigler, Energometrische Untersuchungen an Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 77. p. 371. (Am Ende der Gravidität zeigt der periphere Puls geringere Füllung, da infolge stärkerer Durchblutung der Genitalien der Peripherie Blut entzogen wird. Trotzdem keine Verminderung der Herzarbeit — vielleicht Steigerung —, da zur vermehrten Uterusdurchblutung vermehrte Arbeit gehört. Vielleicht gleichen sich diese Mehrarbeit des Herzens und die Verminderung der peripheren Leistung aus; das würde die oft geringen Störungen bei Herzfehlern in der Gravidität erklären. Während der Geburt beträchtliche Steigerung, nach der Geburt starkes Sinken der peripheren Leistung.)
5a. Driessen, Demonstration des Einflusses der Röntgenstrahlen auf den schwangeren Uterus. Ned. Gyn. Vereenig. 16. Mai. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 1/2. (Mendes de Leon.)
6. Garber, J., Geburten bei jüngeren und älteren Erstgebärenden. Diss. in. München 1914. (Statistik über etwa 1500 Fälle.)
7. Gödde, H., Ist die Zahl der Vielgebärenden in den letzten 20 Jahren zurückgegangen? Diss. in. Bonn. (Die Zahl der Vielgebärenden ist in den letzten Jahren erheblich zurückgegangen.)
8. de Groot, jr., Over den invloed van intrauterine kunstbewerkingen, tydens de baring toegepast, op het ziekte-en sterfte-cyfer der kraamvrouwen. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaecol. 24. jaargang. afl. 4. (Verf. hat das Material der Utrechtschen Frauenklinik sorgfältig untersucht und meint an der Hand von 355 Fällen, wobei es nötig war, die schwangere oder die kreissende Frau innerlich zu untersuchen bzw. zu behandeln (nl. 84 Fälle von Partus praematurus, 56 manuelle Lösungen der Plazenta, poliklinisch; 98 id. klinisch, 38 Fälle von Tamponade klinisch und 79 poliklinisch), ohne eine einzige an einer tödlichen Infektion zu verlieren, dass die Gefährlichkeit der vaginalen Flora stark überschätzt werde. Denn bei diesen Manipulationen sind reichlich Bakterien aus der Vagina in den Uterus gebracht worden. Hauptsache ist nach seiner Ansicht die sorgfältige Desinfektion der Hände, wobei Gummihandschuhe ganz entbehrt werden können. Verf. meint, zwar nicht ganz eine mögliche Autoinfektion der Kreissenden ablehnen zu können; doch ist an seinem Materiale diese Frage nicht mit Bestimmtheit zu lösen.) (Mendes de Leon.)
9. Hausmann, E., Ein Vergleich des Geburtsverlaufes und des Stillgeschäftes bei den oberen und den arbeitenden Klassen. Diss. in. Strassburg. (Die Stillfähigkeit, die Funktion des Uterus und der Bauchpresse ist bei den Frauen der oberen Stände schlechter als bei denen der arbeitenden Klassen.)

9a. Judd, A. W., X ray diagnosis of Pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 310. (Erkannte einmal Zwillinge.)
10. Martius, Die Beckenmessung mit Röntgenstrahlen: Die Fernaufnahmen und der Kehrer-Dessauersche Beckenmessstuhl. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 32.
11. Haehndel, E., Über Drillingsgeburten mit besonderer Berücksichtigung der in den letzten 20 Jahren an der kgl. Univ.-Frauenklinik und -Poliklinik beobachteten Drillingsfälle. Diss. in. Breslau. (Nichts Neues.)
12. Richter, J., Zur Geburtsbewegung vor und während des Krieges. Geb.-gyn. Ges. Wien. 8. Nov. Zentralbl. f. Gyn. p. 912. (Zunahme der Geburten 1914 August bis April 1915; dann starke Abnahme.)
13. Schatz, Die Ursachen der Kindslagen. Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 393.
14. Schultze, B. S., Zur Frage der inneren Untersuchung mit einem oder zwei Fingern. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 288. (Aus einfachen Erwägungen praktischer Art redet B. S. Schultze der Untersuchung mit zwei Fingern bei Frauen, die schon geboren haben, das Wort, aber auch bei Erstgeschwängerten soll stets dann mit zwei Fingern untersucht werden, wenn ein Finger kein genügendes Ergebnis hat.)
15. Schumacher, Eine neue Methode der Händedesinfektion. Deutsche med. Wochenschr. p. 921. (Zuerst Waschen in Seife mit Bürste; dann 3 Minuten in einer Mischung von Jodkalilösung und Ammoniumpersulfatlösung; dann 2 Minuten in 10% Natriumthiosulfatlösung.)
16. Schumann, E. D., The Mechanism. of Labor from the Standpoint of Comparative Anatomy, with a Report of Cases of Dystocia in Wild Animals. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 4.
17. Specht, A., Über die Geburt bei Minderjährigen. Zentralbl. f. Gyn. 1916. p. 60ff. (Eine Untersuchung über 81 Erstgebärende im Alter von höchstens 16 Jahren. Verf. findet, dass die Menstruation bei diesen früher auftritt, dass das Becken in der Entwicklung dem Alter vorauseilt und dass unter den Kindern die Knaben über die Mädchen weit überwiegen. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verlaufen durchaus nicht ungünstiger als bei Erstgebärenden im normalen Alter.)
18. Süpfle, K., Grotan und Festalkol zur Händedesinfektion. Münch. med. Wochenschr. 1914. 39. p. 2017. (Beide Mittel werden zur schnellen Desinfektion empfohlen.)
19. Watson, B. P., Organotherapy in Obstetric and Gynecological Practice. Canad. Med. Ass. Journ. Nr. 8. p. 661.

B. Verlauf der Geburt.

1. Adair, F. L., Occiput posterior positions. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 616. (Darstellung durch neuere Artbeiten überholt.)
2. Astley, G. M., Shoulder Presentation with Report of 3 cases. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 294. (1 mal Selbstwendung, 2 mal Wendung.)
3. Basnitzki, S., Über die in den Jahren 1903—1913 in der kgl. Univ.-Frauenklinik und der kgl. Hebammenschule zu München zur Beobachtung gekommenen Sturzgeburten. Diss. in. 1914. München. (182 Fälle mit 26 246 Geburten.)
4. Carter, P. J., Method to Lessen Perineal and Extensive vaginal Tears during Childbirth. New Orleans med. and Surgical Journ. Sept. Nr. 3.
5. Fogt, E., Vor- und frühzeitiger Blasensprung und Geburt. Diss. in. München 1914. (Ist verderblich für Mutter und Kind.)
6. Kirkpatrick, A note on the „Dublin Method" of Conducting the Third Stage of Labour. Journ. obst. and gyn. Brit. Emp. Vol. 27. p. 1242. (Die Expression der Plazenta (Credéscher Handgriff) wurde 1767 von John Harvey zuerst genau beschrieben, später in der Dublin School gepflegt, danach erst von Credé angegeben.)
7. Lucas, V., Partus unilateralis in utero didelpho. Med. Klin. 12.
8. Nordmann, A., Zur Bewertung des Kopfhochstandes vor der Geburt bei Erstgebärenden. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 2. Zentralbl. f. Gyn. p. 789. (Hochstand des Kopfes vor der Geburt (in der Eröffnungsperiode), ist keine pathologische Erscheinung.)
9. Phillips, Double Episiotomy During Labour. Lancet, London Nov. 27.

10. v. Reuss, A., Einige Bemerkungen über die Bedeutung der während der Geburt eintretenden Zirkulationsstörungen für das Kind. Gyn. Rundsch. 9. Jahrg. Heft 1. (Wenig objektive Grundlage für die „Bemerkungen".)
11. Salus, H., Über mein erfolgreiches Vorgehen beim Dammschutz. Zentralbl. f. Gyn. 1916. p. 58. (Verf. schlägt vor, den Damm bei auf dem Beckenboden angelangten Schädel mit zwei, später vier Fingern während der Presswehe so zu dehnen, dass beim Nachlassen der Wehe der Damm stets etwas stärker gedehnt ist, als der Schädel allein zustande gebracht hätte.)
12. Schack, E., Beiträge zu den Ergebnissen der klinischen Behandlung der Beckenendlagen. Diss. in. Heidelberg. (Das operative Vorgehen ist für die Kinder ungünstiger als das Abwarten; Verf. empfiehlt Einschreiten nur bei dringenden Indikationen.)

C. Wehenmittel.

1. *Anderes, Über die Wirkung einzelner Uterustonika auf die Zirkulation mit spezieller Berücksichtigung des kleinen Kreislaufes. Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 103.
2. Bandler, S. W., Beobachtungen über Pituitrinextrakt. Med. Rec. Oct. 9. p. 607.
3. — Use of Pituitary Extract in Obst. Practice; with some Observations on Twilight Sleep. Med. Rec. New York January 2. 87. Nr. 1.
4. — Value of Pituitary Extract in Obstetrics and Gynaecology. Amer. Journ. of Obst. Jan. 1916.
5. — Pituitrinextrakt in der Geburtshilfe. Amer. Ass. of Obst. Gyn. Sept. 14.—16. Med. Rec. p. 721.
6. — Report of cases showing the value of pituitary extract in the first Stage of Labor. New York Acad. of Med. Dec. 22. 1914. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 674.
7. — Pituitary Extract; Its Value in Distinguishing Between False and True Labor Pains. Archives of Diagnosis, July, VIII. Nr. 3. p. 201—300.
8. Blair, Bell, Infundibulin in primary uterins inertia and in the induction of Labour. Roy. Soc. of Med., Sect. of Obst. a Gyn. May 6. Journ. of Obstr. a Gyn. Brit. Emp. XXVII. 2. p. 100. (Empfehlung dieses neuen Präparates als Wehenmittel; es wirkt sensibilisierend, auch im Verein mit anderen Mitteln wird die Wirkung gesteigert.)
9. Chidichino, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Pituglandols auf die glatten Muskelfasern mit besonderer Berücksichtigung des Uterus. Società Toscana di Ost. e Gin. Ginecologia, 1913. p. 156.
10. Curtis, A., Experiments in the production of abortion and labour by the Use of placental Extracts. Surg., Gyn. and Obst. Vol. XX. 3. (Experimente mit menschlichem Plazentarextrakt und Schwangerenserum an Hühnern und Kaninchen mit positivem Ergebnis.)
11. Druskin, S. J., Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe. Amer. Journ. of Obst. 1914. (Bestätigung des bisher Bekannten. Gute Zusammenstellung.)
12. Esbensen, K. A., Hypophysis Extract in der Geburtshilfe. Arch. Mensuelles d'Obst. et de Gyn. Paris. Juli, 7. u. Sept. Nr. 9. p. 97—144. (Bericht über 5 Fälle, in denen der Hypophysenextrakt schon während der Eröffnungsperiode Gutes gewirkt hat.)
13. — Pituitrine-Experimental researches. Journ. of Obst. and Gyn. 26. Nr. 2. February. (Zieht Pituitrin dem Pituglandol vor.)
14. — Erfahrungen mit Hypophysenextrakt. Arch. mens. d'obst. de gyn. Sept. 1914. (Erfahrungen in Kopenhagen. Warme Empfehlung.)
15. Foges, A., Pituitrinanwendung in der Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 3. p. 455. (Beobachtungen über 83 Fälle von Wehenschwäche und 88 von Nachgeburtsblutungen. Pituitrin hatte fast stets sehr guten Erfolg. Ebenso günstige Wirkung als Prophylaktikum gegen Blutungen beim Kaiserschnitt. - Die Indikationen zum Pituitrin entsprechen im allgemeinen denen zur Zange.)
16. — Die Anwendung der Hypophysensubstanzen in der Geburtshilfe. Wien. med. Wochenschrift. 1914. p. 1004. (Unentbehrlich in der Austreibungsperiode.)
17. Frank, The Clinical Manifestations of Disease of the Glands of Internal Secretion in Gyn. and Obstetrical Patients. Surg., Gyn. and Obst. Vol. XIX. Nr. 6.
18. Friedmann, L. J., Pituitary Extract in Obstetrics. New York med. Journ. Oct. 2. Vol. 102. Nr. 14. p. 289—736.

19. Fuchs, A., Erfahrungen mit Pituglandol in der geburtshilflichen Praxis. Zeitschr. f. Geburtsh. Bd. 73. Heft 2. S. 517. (Empfehlung; nicht ausreichend zur Einleitung des Abortes.)
20. *Gardlund, W., Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. p. 543.
21. Gruss, J., Die Anwendung des Hypophysenextraktes in der Geburtshilfe. V. Kongress tschech. Naturf. Prag 1914.
22. *Guggisberg, Über Wehenmittel. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 2. (Ref. im Zentralbl. f. Gyn. p. 789.)
23. Herzog, Th., Chineonal als Wehenmittel. Münch. med. Wochenschr. Nr. 38. Zentralbl. f. Gyn. p. 932. (Empfiehlt Chineonal (Merck), eine Kombination von Chinin und Veronal, bei primärer Wehenschwäche. Voller Erfolg in 70—75%.
24. Hofstätter, R., Die Anwendung der Hypophysensubstanzen in der inneren Medizin und Gynäkologie. Münch. med. Wochenschr. 1914. p. 1894. 1937. 1970. (Empfehlung des Pituitrin als Diuretikum bei Eklampsie, sowie bei Ischurie. Ferner bei Uterusblutungen, Hypoplasie, Amenorrhoe, klimakterischen Beschwerden, Hyperemesis gravidarum und Graviditätstoxikosen.)
25. van Hoytema, Pituitrine in de verloskundige praktyk. Nederl. Maandschr. Bd. 2.
26. Hrdlicka, K., Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 707. V. Kongress tschech. Naturf. Prag 1914. (Bericht über die Anwendung in 390 Fällen. Bei Wehenschwäche in der I. Geburtsperiode 7,9% Misserfolge, in der II. Periode 4,5%, in der III. Periode 27,3% und nach dieser 33%. — Keine Schädigungen beobachtet bei Nephritiden, Eklampsien und Herzfehlern. Aborteinleitung misslang stets.)
27. Huisgen, D., Über die Anwendung der Hypophysenextrakte in der Geburtshilfe unter besonderer Berücksichtigung des Pituglandol. Diss. in. Bonn 1914.
28. Hüssy, P., Wehenschwäche und Wehenmittel. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 477. (Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse, besonders über Pituglandol und Secacornin (Roche). Pituglandol: Es wirkt absolut nicht zur Einleitung des Aborts, unsicher bei Einleitung der Frühgeburt und in der Eröffnungsperiode, ausgezeichnet in der Austreibungs- und Nachgeburtsperiode. — Secacornin erzielt Erfolg auch schon bei wenig vorgeschrittener Eröffnung; nachträgliche Erschlaffung tritt nicht ein. — Ergin (Roche) wirkt inkonstant.)
29. Jaeger, F., Über synthetisch hergestellte Wehenmittel. Deutsche med. Wochenschr. 1916. p. 194. (Empfehlung des Tenosins, aber nicht intravenös, sondern subkutan oder intramuskulär.)
30. Ingraham, C. B., and P. M., Chase, Use of Pituitary Extract in Obstetrics. Colorado July.
31. Kelly, H., Experiments in the production of abortion and labour by the use of placental extracts. Journ. of Obst. and Gyn. 26. Nr. 2. February.
32. Kirner, J., Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Diss. in. München 1914. (Warme Empfehlung. Fleissige Arbeit.)
33. *Kleemann, E., Experimentelle Ergebnisse über die Wirkung von Hypophysenextrakt kastrierter und der Corpora lutea beraubter Tiere. Arch. f. Gyn. Bd. 101. 2.
34. Knappert, J., Pituitrine-injecties bij de baring. Diss. in Leiden. Nov. (Klinische und poliklinische Erfahrungen über vier Jahre. Indikationen und Kontraindikationen. Die günstige Wirkung des Präparates kommt am besten zum Ausdruck in der Abnahme der Zahl der Zangenentbindungen: in der Klinik von 2,8 auf 1,2 %; in der Poliklinik von 1,2 auf 0,55 %. Kein Arzt soll seinen Patienten die günstigen Erfolge des Mittels enthalten. Gefahr der Nachblutung besteht nicht.) (Lamers.)
35. *Köhler, R., Organextrakte als Wehenmittel. Zentralbl. f. Gyn. p. 891.
36. Kruss, Die Bekämpfung der postpartalen Blutungen durch intravenöse Hypophysininjektion. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 3. (Erfolg oft schon während der Injektion. Erfahrungen an 30 Fällen gut. Dosis 0,5—1 ccm Hypophysin.)
37. Levi, J., Über den Gebrauch des Hypophysenextraktes in der Geburtshilfe. Rassegna d'obst. e ginec. Nr. 3 und 4.
38. Lieb, C., Pharmacologic Action of Ecbolic Drugs. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 1. (Gute Zusammenstellung. Warnung vor kritikloser Anwendung.)
39. Macfarlane, Use of Pituitary Extract in Obst. Cases. Glasgow med. Journ. Sept. 4. 74. Nr. 3. Op. 161—239.

40. Madill, D. G., und R. M. Allan, Die Anwendung des Hypophysenextraktes während der Geburt (Surgery, gynecol. and obstet. Vol. 19. Nr. 2.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. (Empfehlung des Mittels.)
41. Malinowsky, Tokodynamometrische Untersuchungen über die Wirkung des Pituitrins auf die Uteruskontraktionen unter der Geburt. Monatsschr. f. Geburtsh. Bd. 40. 1. (Die Wirkung des Pituitrins ist eine spezifische auf die Uteruskontraktionen, nicht eine einfache reflektorische Reizung der Gebärmutter. — Tetanus uteri entsteht leicht in früheren Stadien der Eröffnung, besonders bei Erstgebärenden und stehender Blase, oder Mehrgebärenden und rigiden Weichteilen. — Atonien und Nachgeburtsblutungen hat Verf. nicht gesehen.)
42. Marek, R., Weitere Erfahrungen mit Pituitrin. Lek. Rozhl. 1914. p. 29. (Hauptwirkung in der 2. Geburtsperiode. Aber auch bei Aborten und bei Metrorrhagie nicht Schwangerer Erfolg.)
43. Mosher, Abuse of Pituitary Extract. Surg., Gyn. and Obst. Januar 1916.
44. Noble, N., Use of Pituitary Extract in Labor. Iowa State med. Soc. Journ. May. Nr. 5.
45. *Norris, R. C., The Use and Abuse of Pituitrin in Obstetrics. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 741 u. 803.
46. Offergeld, Über Cotarnin und seine Anwendung. Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 381. (Die beste Cotarninverbindung ist die Bindung an Chlorwasserstoff oder die Gallensäure.)
47. *Oppenheimer, H., Pituitrin in der Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. Bd. 101, 2.
48. Polak, Study of Management of Placental Stage of Labor. Surg., Gyn. and Obst. Nov. Nr. 5.
49. Procopio, Hypophysenextrakt in der praktischen Geburtshilfe. Società ital. di ostetr. e ginecol. 1913. Bd. 17. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. (Berichtet gute Erfolge.)
50. Puppel, E., Geburtshilfliche Indikationen und Kontraindikationen der Hypophysenpräparate. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 399. (Übersicht über die in der Literatur angegebenen Verwendungsmöglichkeiten.)
51 *Quigley, J. K., Pituitary Extract in Obstetrics. Journ. Amer. Med. Ass. Vol. 74. p. 1222.
52 Rawiszer, H., My Experience with Pituitary Extract. Journ. Georgia med. Ass. Aug. 5. Nr. 4· p. 81—103.
53 *Rowland, J. M. H., Pituitary Extract in Obstetrics. South. Med. Journ. p. 394.
54. *Sachs, E., Weitere Erfahrungen mit Pituglandol in der Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geburtsh. Bd. 40. 5. (Mit besonderer Berücksichtigung der intravenösen Injektion.)
55. Santi, E., Vergleichendes Studium über die Wirkung des Hypophysenextrakts von trächtigen und nichtträchtigen Tieren auf die glatte Muskulatur. Arch. f. Gyn. Bd. 102. 3, (Der Extrakt trächtiger Tiere erregte stärker; bei weiter vorgeschrittener Trächtigkeit stieg auch die Höhe der Kontraktionskurve.)
56. Stickel, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Drüsen mit innerer Sekretion auf die Uterustätigkeit. T. 1. Ovarium. Arch. f. Anat. u. Phys., phys. Abt. Jahrg. 1913. Heft 3/4. p. 359—411.
57. Stocker, S., Über die Vorbedingungen zur Anwendung der Hypophysenextrakte in der Geburtshilfe. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. 1914. Nr. 52. (Im Zentralbl. f. Gyn. p. 791.) (Als solche stellt Verf. auf: 1. Gesundheit von Herz und Niere; 2. Intakte Uteruswand (keine früheren Curettagen oder grösseren Uterusoperationen!); 3. vorliegender Kindesteil muss im Becken, Muttermund verstrichen sein.) (Referiert nach Zentralbl. f. Gyn. p. 791.)
58. Tassius, A., Über Wehenmittel. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 3. p. 513. (Besondere Empfehlung des Chinins bei primärer Wehenschwäche.)
59. Transactions of the obstetrical Society of Philadelphia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 796. 803. 817. (Über Dämmerschlaf, Pituitrin, Plazentarextrakt.)
60. Vogelsberger, E., Über die künstliche Einleitung der vorzeitigen und rechtzeitigen Geburt durch Galvanisation in Verbindung mit Pituitrin. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 3. p. 609. (Schlechte Erfolge bei Einleitung der künstlichen Fehlgeburt, gute bei der Einleitung der künstlichen Frühgeburt und der Geburt am Ende der Schwangerschaft.)
61. *Vogt, E., Indikationen und Kontraindikationen für die Anwendung der Hypophysenpräparate in der Geburtshilfe. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 746.
62. Voirol, A., Über unsere klinischen Erfahrungen mit synthetisch dargestellten Wehenmitteln. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. 6. (Ergin IX (Hoffmann-La Roche)

wirkt sicher bei Wehenschwäche, und Atonia uteri post partum. Wehensturm oder Tetanus uteri wurde nicht beobachtet. Die Wirkung setzt rascher ein als bei Pituglandol und ist konstanter infolge der genau bekannten Zusammensetzung. Kombination mit Secacornin zur Verlängerung der Wirkung wird empfohlen.)

63. Watson, B. P., Hypophysenextrakt in der geburtshilflichen Praxis. Monthly cyclop. Philad. 1914. August. (Pituitrin angeblich galaktagog.)
64. Weber, Oskar, Über Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Diss. in. Kiel.
65. Wendling, H., Experimentelle Untersuchung über die Einwirkung synthetischer Hydrastispräparate auf den Uterus. Zeitschr. f. Geb. 77. Nr. 1. (Die erregende Wirkung der synthetischen Präparate sicher erwiesen.)
66. Züllig, Uterusruptur bei Gebrauch von Pituitrin. Münch. med. Wochenschr. Nr. 22. (Zweifelhaft in dem Zusammenhang.)

Anderes (1) hat durch die Beobachtung des kleinen Kreislaufs an Katzen die Wirkung des Sekalepräparats und deren synthetischen Ersatzprodukte studiert. Es fand sich, dass der Gehalt des Mutterkornpräparats an β-Imidazoläthylamin besonders wichtig ist; diese Substanz ist wirksam, aber giftig und so will Anderes, dass sein Sekaleersatz klinisch verwendet wird, wenn nicht erwiesen ist, dass die schädliche Wirkung der genannten Substanz ausgeglichen ist. Der beste Sekaleersatz ist das Ernutin. Die schädliche Wirkung des Sekalepräparats ist nicht erwiesen. Ein Übergang zu den synthetischen Präparaten ist nicht ohne weiteres gerechtfertigt.

Gardlund (20) hat in 50 Fällen Pituglandol oder Pituitrin verwendet und die übliche Indikationsstellung nachgeprüft. Im Gegensatz zu einzelnen anderen Autoren findet er öfter nach der Anwendung des Mittels Tetanus uteri, fast stets eine Krampfwehe von längerer Dauer, vermisst sichere Erfolge in den Fällen, wo die Geburtsarbeit nicht im Gange ist (gewisse Aborte, Placenta praevia etc.), hält Asphyxie besonders bei intravenöser Darreichung für möglich, verwirft es als Prophylaktikum gegen Nachblutungen. — Die Empfindlichkeit des Uterus gegenüber dem Hypophysenextrakt variiert. — Die Ansicht, dass es Nachblutungen hervorrufe, wird nicht bestätigt.

Guggisberg (22) prüfte die gebräuchlichen Wehenmittel am überlebenden Uterus in Ringerscher Lösung. In der Thyreoidea und der Plazenta sind Stoffe vorhanden, welche deutlich Uteruskontraktionen erregen. Corpus luteum-Extrakt wirkte manchmal hemmend auf die Uterusbewegung ein.

Kleemann (33) studierte die Wirkung von Hypophysenextrakt kastrierter und der Corpora lutea beraubter Tiere. Der Extrakt normaler sowie kastrierter Tiere wirkte vasokonstringierend; der Extrakt gravider Tiere wirkte bald gefässerweiternd, bald -verengernd; das gleiche tat der Extrakt luteopriver Tiere; letztere waren vor einiger Zeit gravid. Zur Herstellung von Hypophysenpräparaten eignen sich demnach nur Tiere, die in der letzten Zeit keine Schwangerschaft durchgemacht haben.

Köhler (35) hat Untersuchungen über Organextrakte angestellt und ist zu dem Schluss gekommen, dass die Hypophysenpräparate keineswegs den anderen Präparatextrakten, wie aus Brustdrüsen, Pankreas, Thymus usw., überlegen sind. Er ist deshalb wegen der Teuerkeit der Herstellung geneigt, die billiger herzustellenden anderweiten Organextrakte zu bevorzugen.

Norris (45) will Pituitrin nicht anwenden, ehe nicht alle anderen Mittel erschöpft sind; besonders geeignet sind Mehrgebärende mit weiten Geburtswegen. Wehenschwäche in der Eröffnungsperiode will er sicher mit Dämmerschlaf behandeln. Bei unvorsichtiger Anwendung folgt manchmal Atonie. Er beginnt gern mit kleinen Dosen.

Oppenheimer (47) bespricht die in der Literatur bekannten Indikationen an 400 eigenen Beobachtungen. Neu ist, dass von den vergeblich mit Pituitrin sub partu behandelten Fällen 50% zu Blutungen in der Plazentarperiode und post partum placentae neigen; in den erfolgreich behandelten Fällen nur 7%.

Quigley (51) will grundsätzlich die Zange durch Hypophysispräparate ersetzen. Bei Wehenschwäche, bei Prävia, nach Blasensprengung, bei Atonie, bei Kaiserschnitt, zur Einleitung der Frühgeburt, als Heilmittel bei puerperalen Blutungen und sogar als Laktagoga sind die Präparate angezeigt. Kontraindikation: enges Becken, drohende Asphyxie, tetanische Uteruskontraktur und Uterusruptur.

Nach Rowland (53) kann mit Pituitrin gegen das Ende der Schwangerschaft die Geburt eingeleitet werden; doch sieht man manchmal toxische Erscheinungen. Besonders nützlich ist es in der Austreibungsperiode. Bei Steigerung des Blutdruckes ist es jedoch bedenklich. Auch bei Blutungen sollte man es vermeiden. Die Wendung darf nicht unmittelbar nach Pituitrinanwendung gemacht werden.

Sachs (54) berichtet ausgezeichnete Erfolge von Pituglandol. Vorbedingungen: Vorhandensein von Wehen, Fehlen grösserer Weichteilschwierigkeiten, ungeschädigtes Kind, Möglichkeit sofortiger Entbindung (Zange). Indikationen: Wehenschwäche, mässig verengtes Becken, tiefer Querstand, drohende Asphyxie beim Fehlen von Weichteilschwierigkeiten, Nachgeburtsperiode; ferner zur Fixation des Kopfes bei Reposition von Nabelschnur- oder Armvorfall, bei Placenta praevia nach Blasensprengung, bei Fieber, allgemeiner Schwäche, Rektusdiastase etc., zur Verwandlung hoher Zangen in Beckenausgangszangen. — Bei habituellen Nachgeburtsblutungen kurz vor Beendigung der Geburt geben! — Kontraindiziert bei drohender Uterusruptur, Blutdrucksteigerung. — Intravenös weit stärkere Wirksamkeit, oft schon während und gleich nach der Injektion. Bei langsamer Injektion keine Schädigungen. — Hervorragendes Blutstillungsmittel in der Nachgeburtsperiode.

Nach Vogt (61) ist die Anwendung des Hypophysenpräparats am Ende der Eröffnungsperiode und im ganzen Verlauf der Austreibungsperiode besonders bei der sekundären Wehenschwäche angezeigt, insbesondere auch beim engen Becken mässigen Grades, ferner vor allem Operation zur Beendigung der Geburt. Auch prophylaktisch soll man bei Nachgeburtsstörungen die Präparate anwenden. Kontraindiziert ist die Anwendung bei dem Drohen einer Uterusruptur. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Ein sicherer Nachteil für das sonst nicht geschädigte Kind konnte nicht festgestellt werden.

D. Narkose der Kreissenden.

1. Baer, J. L., Scopolamin-Morphin treatment in Labor. Journ. of Amer. Med. Ass. p. 1723. (Weist den Dämmerschlaf bei der Geburt mit aller Entschiedenheit zurück. Verlängerung der Geburt, Vergrösserung der Zahl der Fälle von Asphyxie, der stete Durst, der heftige Kopfschmerz, die Erschwerung der Überwachung der Geburt vor der Erkenntnis des Beginnes der Eröffnungsperiode, vor allem die Möglichkeit, das Drohen einer Ruptur zu übersehen, das sind im wesentlichen seine Gründe für die Ablehnung.)
2. Bandler, S. W., Use of Pituitary Extract in Obst. Practice; with some Observations on Twilight Sleep. Med. Record. New York. Vol. 87. Nr. 1.
3. Beach, Dämmerschlaf. Bericht über 1000 Fälle. Amer. Journ. of Obst. May. Nr. 5. (In 85% völlig oder fast schmerzlose Geburt. Kontraindikationen: Primäre Wehenschwäche, enges Becken, allgemeine Erschöpfung nach vorausgegangener langer Geburtsarbeit. Vorzüglich für Mutter und Kind. Zange und Dammrisse werden seltener. Gute Technik nötig.)
4. Bertrand, G., Morphium als geburtshilfliches Schmerzstillungsmittel. Presse Méd. Paris. 3. 22. Nr. 78.
5. Birgfeld, C., Die Erfahrungen mit dem Pantopon-Skopolamin-Dämmerschlaf an der kgl. chir. Universitätsklinik zu München. In.-Diss. München.

6. Bollag, K., Klinische Erfahrungen über Novokainanästhesie bei normalen Geburten. Münch. med. Wochenschr. Nr. 8. p. 256. (Injektion an der hinteren Seite des Tuber ischii am Beginn der Austreibungsperiode. Gute Erfahrungen.)
7. Brannan, J. W., Twilight Sleep. Med. Rec. New York. May 1. Nr. 18.
8. Braunau, John, Beobachtungen über Dämmerschlaf. Med. Rec. Vol. 87. Nr. 18. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
9 Breitstein, Morphin-Scopolamin Anesthesia in Obstetrics. California State. Journ. of Med. S. Francisco. June.
10. Christensen, H., Lützhöft, Om Anvendelsen af Äther som Anaestheticum ved den naturlige Födsel. (Über die Anwendung von Äther als Anästhetikum bei der natürlichen Geburt.) Hospitalstidende, Kopenhagen. p. 793—813. (Verf. empfiehlt Äther.) (O. Horn.)
11. Cosgrove, Twilight Sleep. California State. Journ. of Med. Dermat.
12. Croom, J. H., Use of Scopolamin-Morphin in Labor. Ed. Med. Journ. August.
13. Curtis, Elizabeth, A „Twilight Sleep" Exhibit. Journ. Amer. Med. Ass. Vol. 64. p. 2157. (Protest gegen die kinematographische Darstellung der Geburt im Dämmerschlaf.) Vgl. hierzu: The Limit in „Twilight Sleep" Sensationalism. Journ. Amer. Med. Ass. Vol. 74. p. 1251. (Kritik der Kinematographie des Dämmerschlafes.)
14. Dakin, C. E., Twilight Sleep. Jowa State Med. Soc. Journ. March.
15. Davis, E. P., Analgesia and Anesthesia in Labor. Amer. Journ. of Med. Sciences. Philadelphia. January. Nr. 1. p. 1—150.
16. — C. H., Stickoxyd-Analgesie in der Geburtshilfe. Ihre Überlegenheit über die Freiburger Methode. Journ. Amer. Med. Ass. Vol. 18. Heft 9. p. 992.
17. Frank, L., Combined Local and General Anesthesia in Major Surgery. Amer. Journ. of Obst. and Diseases of Women and Children. April. Nr. 4.
18. Freeland, Skopolamin-Morphin-Anästhesie in der Geburtshilfe. Med. Soc. Pennsylv. Journ. Amer. Med. Ass. 23. Okt. 30. Okt. p. 1482, 1578.
19. — Scopolamin-Morphin Anesthesia in Obst. etrics. The Journ. of the Amer. Med. Ass. Vol. 65. Nr. 15. p. 1363. (Das Verlangen nach völlig schmerzloser Geburt zeigt eine krankhafte Psyche.)
20. Gardiner, J., Twilight Sleep, Series of Twenty Private Cases. Ohio State Med. Journ. Columbus. April.
21. Gillmore, R. T., Scopolamin and Morphin in Obstetrics and Surgery. New York Med. Journ. Aug. 7.
22. Guedel, A. E., Nitrous Oxid Anesthesia in Obstetrics. Indiana State Med. Ass. Journ. March 8. Nr. 3.
23. Harrar, J. A. and Mc Pherson, R., Scopolamin-Narcophin Seminarcosis in Labor. Bull. Lying. in Hosp. of City of New York.
24. Heaney, N. S., Nitrous Oxid in Labor. Surg., Gyn. and Obst. Sept. 21. Nr. 3 und Amer. Gyn. Soc. Proceedings. Journ. Amer. Med. Ass. Nr. 24. p. 2015 und Med. Record 28. 8.
25. Hellmann, A. M., Amnesia and Analgesia in Parturition (Twilight Sleep). New York.
26. — A new Method of painless Childbirth. Amer. Journ. of Obst. Febr. p. 249. (Empfehlung des „Tocanalgine obstétrique" von Ribemont-Dessaignes auf Grund von 3 Fällen.)
27. Holmes, Rudolph Weiser, M. D., Bemerkung zu „A new Method of painless childbirth". Amer. Journ. of Obst. May. p. 172. Amer. Journ. of Obst. February. p. 249. (Verf. ist scharfer Gegner des „Morphine disintoxiquée" und des Dämmerschlafs mit Skopolamin-Morphium in der Geburtshilfe.)
28. Van Hoosen, B., Scopolamin-Morphin-Anaesthesia. Chicago.
29. Jerie, J., Die Lokalanästhsie in der Gynäkologie. (V. Kongress tschechischer Naturforscher und Ärzte, Prag 1914.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
30. Junoç, K. F., Twilight Sleep in Home. Med. Rec. New York. January 23. Nr. 4.
31. Kapp, M. W., Schmerzloses Gebären. Med. Rec. New York 1914. Vol. 86. Nr. 20. Zentralbl. f. Gyn. p. 336. (Verf. gibt Heroinum hydrochloricum subkutan, wodurch der Wehenschmerz aufhört.)
32. Kleinberger, G., Über die Verwendung des Narkophins als schmerzstillendes Mittel in der Geburtshilfe. Therapie der Gegenwart. Heft 1. Zentralbl. f. Gyn. p. 682. (0,03 Narkophin genügten in 19 von 20 Fällen zur Schmerzstillung. Mutter und Kind wurden nicht geschädigt, die Wehentätigkeit nicht beeinflusst.)

33. Knipe, The Freiburg Method of Dämmerschlaf or Twilight Sleep. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 12.
34. — Twilight Sleep-Right Wag and Wrong Way. Modern Hospital. January.
35. — Dämmerschlaf. Med. Rec. Vol. 86. Nr. 23. Zentralbl. f. Gyn. p. 336.
36. Lavery, C. J., Twilight Sleep. Journ. Lancet. Sept. 15.
37. Lehr, S., Possible Explanation of Conflicting Reports on Twilight Sleep. California State Journ. of Med. S. Francisco. June.
38. Libby, W. E., Scopolamin and Narcophin. Seminarcosis during Labor. Journ. of Amer. Med. Ass. p. 1728.
39. Long, Limitations of Nitrous-Oxid-Oxygen in Surgery and Its Recent Use in Obstetrics. Kentucky. Med. Journ Jan. 1916.
40. Lynch, F. W., Nitrous Oxide Analgesia in Obstetrics versus Scopolamin-morphine Seminarcosis. Chic. Med. Rec. Referiert in: Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 171.
41. — Nitrous Oxid Gas Analgesia in Obstetrics. Journ. of the Amer. Med. Ass. 64. Nr. 10. p. 813. (Warme Empfehlung dieser Methode, die den Dämmerschlaf zu verdrängen berufen sei.)
42. — Eutocia by Means of Nitrous Oxid and Oxygen Analgesia. Safe Substitute for Freiburg Method. Illinois Med. Journ. Chicago April. 27. Nr. 4. (Warme Empfehlung.)
43. Mann, A. L., Is Twilight Sleep to be „For Me“ — Blessing — or Curse? Illinois Med. Journ. Chicago. April. 27. Nr. 4.
44. Maxson, L. H., Nitrous Oxid and Oxygen, Anesthetic of Choice in Obstetrics; Report of a case. Nortwest Med. August.
45. Mosher, G. C., Scopolamin Seminarcosis. Surg., Gyn. and Obst. March.
46. — Nitrous Oxid-Oxygen Anesthesia. Kausas Med. Soc. Journ. Dec.
47. — The latest word on the subject of scopolamine seminarcosis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20, 3.
48. Polak, J. O., Twilight Sleep. New York med. Journ. February 13. 101. Nr. 7. p. 277 bis 332.
49. — Morphium und Skopolamin-Amnesie in der Geburtshilfe. Journ. Amer. Med. Ass. 18. 9. p. 994.
50. — A Study of Scopolamin and Morphine Amnesia as employed at Long Island College Hospital. Amer. Journ of Obst. Vol. 71. p. 721 und 796. (Warme Empfehlung des Dämmerschlafes.)
51. Price, N. G., Side-Lights on Twilight Sleep of Gauss. New Jersey State Med. Soc. Journ. Orange. January 12. Nr. 1.
52. Ratnoff, N., Twilight Sleep; Report of 200 Cases. New York State Journ, of Med. April.
53. Resnevic-Signorelli, Parto indolore. La Clin. ost. Nr. 2.
54. Rongy, A. J., Present Status of Twilight Sleep in Obstetrics. Amer. Ass. Obst. and Gyn. Sept. 14. Journ. of the Amer. Med. Ass. 65. Nr. 14. p. 1213. (Übersichtsartikel.)
55. Scadson, S. J., Dämmerschlaf. Interstate Med. Journ. 1915. Nr. 1. (Misserfolg der Freiburger Methode in nur 8,3%.)
56. Sandow, B. F., Observations on Dammerschlaf or Twilight Sleep. California State Journ. of Med. S. Francisco. June.
57. Schlimpert, Studien zur Narkose in der Gynäkologie. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 2. (III. Bericht über Versuche mit Stickoxydul in Kombination mit Sauerstoff und Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf, sowie Stickoxydul mit Äther und der Ausatmungskohlensäure. Vorteile: Grosse Lebenssicherheit, schneller Eintritt der Narkose, keine Spätnachwirkungen. Nachteil: Bauchdeckenentspannung nicht immer vollständig. Ausführung verlangt Übung. IV. Über Lumbalanästhesie.)
58. Schloessingk, K. E., Dämmerschlaf bei Geburten. Med. Rec. Vol. 87. Nr. 15. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 38. (Wärmste Empfehlung der Freiburger Methode auf Grund von 450 Fällen.)
59. Skeel, A. J., Anesthesia in Obstetrics. Ohio State Med. Journ. June. Vol. 11. Nr. 6. p. 361.
60. Smith, J. T., Scopolamin Amnesia in Labor. Cleveland Med. Journ. January 14.
61. Tilles, Experiences with Scopolamin-Narcotin Narcosis. Missouri State Med. Ass. Journ. Dec.
62. Transactions of the New York Academy of medicine, Twilight sleep. Amer. Journ. of Obst. S. 332.

63. Transactions of the obstetrical Society of Philadelphia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 796. 803. 817. (Über Dämmerschlaf, Pituitrin, Plazentarextrakt.)
64. Transactions of the American gynecological society, Nitrous oxid in Labor. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 147.
65. Wakefield, W. F. B., Scopolamine Amnesia in Labor. Amer Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 3. (Will sich in bezug auf Skopolaminamnesie bei der Geburt ebenso verhalten wie in bezug auf Narkose bei der Operation. Zyanose der Kinder kommt nicht vor. Er empfiehlt also den Skopolamindämmerschlaf auf das Wärmste.)
66. Webster, J. C., Eine Serie von Kaiserschnitten unter Lokalanästhesie. Surg. Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 2. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. (Von 14 Fällen zehn gute Erfolge.)
67. — Nitrous Oxid Gas Analgesia in Obst. ettrics. Journ. of the Amer. Med. Ass. Vol. 64. Nr. 10. p. 812. (Warme Empfehlung.)

B. van Hoosen (28) verfügt über 5000 Fälle von Morphium-Scopolamin-Narkose wobei auch nichtgeburtshilfliche Fälle ausgeschlossen sind. Ziemlich kritiklose, aber warme Empfehlung und Methode auch für die Geburtshilfe ist das Ergebnis des Buches.

Auch Hellmann (25) hat monographisch das Thema behandelt; er empfiehlt die Methode auch für Amerika, damit nicht alle amerikanische Frauen nach Freiburg zu reisen brauchen.

V.

Physiologie des Wochenbetts.

Referent: Privatdozent Dr. A. Hamm, Strassburg.

I. Physiologie und Diätetik der Wöchnerin.

1. Allgemeines.

1. Ahlfeld, F., Die Resorptionsfähigkeit der Genitalien im puerperalen Zustand. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 877. (Gelegentlich einer Polemik gegen Hamms Vorschlag, den Ausdruck „Resorptionsfieber" durch „Retentionsfieber" zu ersetzen, weist Ahlfeld auf seine grundlegenden Experimente über die Resorptionsfähigkeit hin, aus denen hervorgeht, dass die Resorption auf der Uterusinnenfläche am 3.—6. Wochenbettstag am stärksten ist; von da ab nimmt das Resorptionsvermögen gradatim ab, um so eher, je schneller der Uterus sich involviert. Am stärksten bleibt die Aufsaugungsfähigkeit bei pathologisch-ungenügender Involution.)
2. Ehrenfest, H., Reappearance of Menstruation after Childbirth. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 72. Nr. 4. p. 577. (Die statistische Studie bringt Ehrenfest zu folgender Anschauung über die Laktationsamenorrhoe: infolge der Erschöpfung durch die Entbindung sistiert zunächst die Ovulation, sie beginnt aber, sobald das körperliche Gleichgewicht wieder hergestellt ist, so dass bei den meisten Frauen die Periode auftritt, bevor die Laktationsfunktion aufgehört hat.)
3. *Franz, Th., und M. Kuhner, Über die Impfung von Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. p. 141—152.
4. *Jung, Ph., Die Physiologie des Wochenbetts, in Döderleins Handbuch der Geburtshilfe. Bd. 1. p. 448—508. J. F. Bergmann, Wiesbaden.
5. Meyer-Ruegg, H., Die Frau als Mutter. 5. Aufl. F. Enke, Stuttgart. Geb. Mk. 5.40.
6. *Morse, A., Creatin and Creatinin Excretion During the Puerperium and their Relation to the Involution of the Uterus. The Journ. Amer. Med. Assoc. Nr. 19. p. 1613.

7. Palmer, G. Th., Possible Tuberculin Reaction in the breast-fed Child after diagnostic) dose to the Mother. Journ. of Amer. Med. Assoc. April 17. p. 1312. (Palmer glaubt nicht, dass das sechs Monate alte Brustkind, das an akuter tuberkulöser Meningitis 10 Tage nach probatorischer Tuberkulininjektion der Mutter einging, als Opfer dieser Injektion angesehen werden kann, er glaubt vielmehr an ein zufälliges Zusammentreffen.)
8. Walther, H., Leitfaden zur Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen. (Zum Gebrauche für Wochenpflege- und Hebammen-Schülerinnen.) IV. vermehrte u. verb. Aufl. J. F. Bergmann, 1913. (Pflegerinnen und Hebammen warm zu empfehlen.)

Eine zusammenfassende Darstellung der Physiologie des Wochenbettes verdanken wir Ph. Jung in Döderleins „Handbuch der Geburtshilfe".

Bei der Besprechung der Rückbildungsvorgänge an den Genitalien dürfte neben der eingehenden Berücksichtigung neuerer Arbeiten über die Vorgänge am Uterus und den Ovarien besonderes Interesse verdienen die jetzt wohl allgemein angenommene Lehre, dass im Lochialsekret der normalen, fieberfreien Wöchnerin auch all die Bakterien gefunden werden können, die man früher bloss bei fieberhaft erkrankten Wöchnerinnen auffindbar glaubte. Speziell wird auch die Anwesenheit aller Arten von Streptokokken selbst bei nicht Untersuchten als unumstössliche Tatsache anerkannt. Mit Recht weist Jung ausdrücklich darauf hin, dass „die orthodoxe Bakteriologie in der Hauptfrage, nämlich der Aufdeckung der Gründe der Puerperalinfektion, uns nur um ein Stück weiter, aber nicht bis ans Ziel gebracht hat, was am deutlichsten daraus erhellt, dass es trotz aller Asepsis bisher nicht gelungen ist, die Zahl der Puerperalinfektionen unter ein gewisses Niveau wesentlich herabzudrücken".

Während die klinischen Erscheinungen des Wochenbettes ausführlich besprochen sind, vermisse ich die Darstellung der Diätetik. Auch die Physiologie der Laktation ist recht knapp geschildert worden. Aus der Physiologie des Neugeborenen wird die Wärmeregulierung sowie der erste Atemzug anhangsweise besprochen.

Eine interessante Mitteilung über den Kreatin- und Kreatininstoffwechsel im Wochenbett bringt Morse (6). Auf Grund vergleichender Untersuchungen an normalen und hysterektomierten Wöchnerinnen kommt er zum Schluss, dass die Kreatinurie von der Uterusinvolution nicht abhängig ist.

Die Impfung des Neugeborenen war nach den in Wien infolge des Krieges gewonnenen Erfahrungen von Franz und Kuhner (3) mit keinerlei Schädigung verbunden und erzielte den gleichen Schutz gegen Variola wie die Vakzination in späteren Lebensmonaten; sie erscheint daher bei bestehender Pockengefahr dringend geboten. In gewissen Fällen muss eine Übertragung der Antikörper von Mutter auf Kind zugegeben werden, da durch vorherige Vakzination der schwangeren Mutter eine Unempfindlichkeit (Immunität) für Vakzine beim Neugeborenen hervorgerufen wird. Die Revakzination der Schwangeren und Wöchnerinnen unterschied sich in ihrem Verlaufe nicht von dem anderer Erwachsener; ein nachteiliger Einfluss der Impfung auf den Verlauf von Schwangerschaft und Wochenbett konnte nicht beobachtet werden.

2. Milchsekretion, Stillen.

1. Benestad, G., Ist Kolostrum das unreife Sekret einer insuffizienten Mamma? Med. Klinik. Nr. 2. p. 41—43. (Ähnlich dem physiologischen Gewichtsverlust, der Albuminurie sowie dem Icterus neonatorum sieht Benestad auch die Kolostrumbildung vor der richtigen Milchsekretion der Mutter als Ausdruck einer Zellinsuffizienz der Milchdrüsenepithelien bei beginnender Laktation an. Benestad wendet sich gegen die Milchstauungshypothese Czernys und sucht den Grund zur Leukozytenauswanderung darin, dass Sekretionsprodukte der Drüsenepithelien, die eigentlich dem äusseren Sekrete angehören sollten, bei der noch ungeübten bzw. der nicht mehr stillenden Mamma nach innen in Blut und Lymphe entsandt werden.)

2. Brodsky, Ch., Laktation der Ammen. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 63. Heft 3 u. 4. (Von 17 Ammen werden Zahlen über die gesamte Milchmenge, die Menge der abgetrunkenen und die der abgespritzten Milch, aus der Frankfurter Kinderklinik mitgeteilt. In Bestätigung anderer Beobachtungen wird auf die Möglichkeit, grosse Milchmengen bis zu drei Litern bei einer Amme abzuspritzen, hingewiesen.)
3. Deusch, G., Über die Milchsekretion der Wöchnerinnen und die Ernährung der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. Inaug.-Diss. Giessen 1914.
4. Ebeler, F., Zur Pathologie der Brustdrüsensekretion. Med. Klin. p. 1070—1074. (Mitteilung von 87 Fällen von pathologischer Mammasekretion bei Nichtschwangeren, darunter auch Nulliparae. Nicht selten regten Genitaltumoren die Kolostrumsekretion an.)
5. Gaines, W. L., Physiology of Lactation. Amer. Journ. of Physiol. Baltimore. Vol. 38. Nr. 2.
5a. Gessner, W., Inwiefern lässt sich die paraportale Resorption beim Neugeborenen sogar zu seinem Vorteil ausnützen? Gyn. Rundschau. IX. Jahrg. p. 273—274. (Vorschlag der paraportalen Immunisierung des Neugeborenen durch „Pockenimmunmilch" durch Impfung der Mutter wenige Wochen vor der Geburt. Keine eigenen Erfahrungen.)
6. Grumme, Fr., Einfluss der Ernährung auf Milchbildung und Stillvermögen. Die Mutter. Nr. 4. (Zum Stillen gehört neben dem guten Willen der Mutter und dem Saugreiz des Kindes an der Brust ausreichende, kräftige Ernährung. Da das Nährstoffbedürfnis stillender Frauen gesteigert ist, muss eine gehaltvolle Nahrung gereicht werden, damit eine Überladung des Magens vermieden wird. Experimentell konnte bei Ziegen durch relativ kleine Zulage von Malztropon eine Vermehrung der Milchmenge um fast $^1/_5$ sowie eine Erhöhung des Fettgehaltes der Milch um $^1/_3$ erzielt werden.)
7. Hughes, R. C., Zirbeldrüsenextrakt als milchförderndes Mittel. The Therapeut. Gaz. Vol. 31. Nr. 5. (Verf. verwendet in Fällen mangelhafter Milchsekretion den Zirbeldrüsenextrakt als förderndes Mittel und hat mit dieser Anwendung gute Erfolge, über die er in zwei Fällen berichtet. Das Mittel soll dauernd wirken, Misserfolge in der Anwendung bei anderen glaubt Verf. auf die Anwendung in nur ein- oder zweimaliger Dosis beziehen zu sollen; er rät die Injektionen 1—2 Wochen lang fortzusetzen.)
8. Jaschke, R. Th., und P. Lindig, Zur Biologie des Kolostrums. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 188—201. (Mit Hilfe der Abderhaldenschen Dialysiermethode konnten Jaschke und Lindig nachweisen, dass ein Neugeborenes, das enteral noch keine Nahrung aufgenommen hat, im Blute über Abwehrvorrichtungen gegen Milcheiweiss, nicht aber gegen Kolostrumeiweiss verfügt. Das Kolostrumeiweiss wäre demnach nicht als blutfremd zu betrachten, also dem während des intrauterinen Lebens parenteral zugeführten Eiweiss sehr nahe verwandt. Es braucht daher im Verdauungskanal nicht erst gespalten zu werden. Entsprechend der allmählichen Veränderung des Kolostrums zu richtiger Milch findet eine Einübung der fermentativen Darmkräfte durch Anpassung an die von Tag zu Tag sich steigernde Spaltbedürftigkeit der aufgenommenen Eiweissmischung statt. Daraus ergibt sich die hohe Wichtigkeit der Kolostrumzufuhr, durch die der Neugeborene in schonender Form die Fähigkeit erlangt, blut-, ja selbst artfremdes Eiweiss unbeschadet zu verdauen.)
8a. Knapper, Czn. N., Over zogvoeding en individualiteit. (Über Brusternährung und Individualität.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 8. p. 468. (Holländisch.) (Verf. hat bei einem, wahrscheinlich seinem eigenen Kinde während der 16 ersten Lebenswochen von Tag zu Tag die an der Brust getrunkenen Nahrungsmengen aufgenommen und gibt in mehreren Kurven und Tabellen seine Erfahrungen wieder. Die ganze Arbeit will eine Betonung sein der Erwünschtheit, ja der Notwendigkeit, besonders bei der Brusternährung nicht zuviel zu „massregeln". Die Natur weiss ganz gut, was sie tut! Man kann ruhig alles — natürlich bis zu gewissen Grenzen — sich selbst überlassen, auch wenn es manchmal ganz anders ausfällt, wie es in den Büchern steht. Jedes Kind soll uns selbst den Weg zeigen, in dem Sinne, dass wir es — jeden Säugling für sich — studieren, um von ihm zu lernen, ihm abzusehen, was er verlangt, was es kraft seiner Konstitution zu seiner harmonischen Entwicklung bedarf.) (Lamers.)
9. Simpson, S., and R. L. Hill, Effect of Repeated Injections of Pituitrin on Milk Secretion. Amer. Journ. of Physiol. Baltimore. Vol. 36. Nr. 3.
10. Ubaldo, Sammartino, Milchsekretion und subkutane Injektion von Kohlehydraten. Folia Ginec. 1913. Vol. 8. Heft 3. p. 355—393. (Verf. hat die Wirkung eines Stoffes

auf die Milchabsonderung geprüft, welcher aus einer Mischung von Saccharose, Glukose und Galaktose besteht und im Handel unter dem Namen „Lattosecretina" bekannt ist. (Subkutane Einspritzungen von 1—6 ccm in der Glutäalgegend — milde Schmerzen, keine lokale Reaktion.) Die Einführung von grösseren Dosen (4—6 ccm pro Tag) bei Wöchnerinnen, denen das Stillen aus irgend einer Ursache abgeraten wurde, rief beständig nach einigen Tagen eine Herabsetzung der Milchabsonderung hervor und manchmal auch vollständiges Verschwinden derselben. Geringere Dosen (1—1,5 ccm) bewirkten dagegen eine Steigerung der Milchsekretion, und zwar sowohl nach der Entbindung als auch nach einigen Monaten. Der erwähnte Stoff ruft auch im Ruhezustande der Mamma und sogar bei Virgines eine Schwellung der ganzen Drüse hervor, welche sich mit Stechen an der Warze vergesellschaftet.)

11. Zuckmayer, F., Frauenmilch bei Kalk- und Phosphorsäurezulage. Pflügers Arch. Bd. 158. Heft 3—5. (Durch Zulage von Kalk- und Phosphorsäurezulage zur Nahrung in Form von Trikalkol gelang keine Beeinflussung der Milchzusammensetzung, wenn die Zulage erst in den beiden letzten Graviditätsmonaten oder nach der Geburt gegeben wurde. Hingegen wurde geringe Steigerung erzielt, wenn das Trikalkol während der ganzen Schwangerschaft gegeben wurde.)

II. Physiologie und Pathologie des Neugeborenen.

1. Allgemeine Physiologie und Diätetik des Neugeborenen.

1. Armbruster, Vom Kehlkopf der Neugeborenen. Der Kinderarzt. Jahrg. 26. Heft 301. p. 3. (Hinweis auf die durch die höhere Lage des Kehlkopfs beim Neugeborenen sich ergebenden Vorteile gegenüber dessen tieferer Lage beim Erwachsenen.)
2. *Benestad, G., Die Gewichtsverhältnisse reifer norwegischer Neugeborener in den ersten 12 Tagen nach der Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 2.
3. Blühdorn, K., Biologische Untersuchungen über die Darmflora des Säuglings. Monatsschrift f. Kinderheilk. Bd. 13. p. 297.
4. Cannata, S., Sulla presenza di adrenalina nel sangue del neonato. La Pediatria. Vol. 23. Nr. 4. (Bei 31 Neugeborenen im Alter von 8 Stunden bis höchstens 6 Tagen konnten mittelst der Ehrmann-Spolverinischen Methode nie vasokonstringierende Substanzen im Blute gefunden werden.)
5. Cassel, Aufzucht von Frühgeburten in der offenen Säuglingspflege. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25. (Unter dem reichen Material von Säuglingen, das den Säuglingsfürsorgestellen zufliesst, befinden sich auch eine grosse Anzahl Frühgeburten. Drei Regeln sind bei der Pflege der Frühgeburten besonders zu beachten: 1. Sorge für zweckmässige Wärmeregulierung, Schutz vor Abkühlung und ebenso vor Überhitzung, denn auch durch ein Zuviel von Wärmezufuhr können die Frühgeburten schwer geschädigt werden. 2. Die Sorge für zweckmässige Ernährung, sei es die natürliche, sei es die künstliche. 3. Schutz vor Infektionen, die allerdings in der Familie weniger zu fürchten sind als in den Anstalten. Über diese drei Erfordernisse werden die Mütter oder zunächst die Pflegerinnen (Hebammen) in den Fürsorgestellen unterwiesen. Die Methoden der künstlichen Ernährung, die für Frühgeburten im Bedarfsfalle in Frage kommen, sind die fettarmen Milchmischungen, die Buttermilch und die Eiweissmilch.)
6. *Engel, St., und M. Baum, Grundriss der Säuglingskunde. Ein Leitfaden für Schwestern, Pflegerinnen und andere Organe der Säuglingsfürsorge nebst einem Grundriss der Säuglingsfürsorge. 2. Aufl. J. F. Bergmann, Wiesbaden.
7. Eunicke, K. W., Hat trotz aseptischer Durchführung der Säuglingspflege das Wochenbettfieber der Mutter Einfluss auf das Gedeihen des Brustkindes? Dissert. Giessen 1914.
8. Heller, F., Der Blutzuckergehalt bei neugeborenen und frühgeborenen Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. p. 129—134. (Die Reduktionswerte des Blutes bei Neu- und Frühgeborenen bewegen sich im wesentlichen innerhalb derselben physiologischen Variationsbreite, wie beim älteren Säugling und beim Erwachsenen. Keine nennenswerte Veränderung durch die Nahrungsaufnahme. Der Harn des gesunden Neugeborenen enthält in den ersten Lebenstagen keinen Zucker.)
9. Hess, R., Die Azidität des Säuglingsmagens. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 12. p. 409 bis 439. (Bei Brustkindern findet sich in den allerersten Tagen vorübergehend ein

Säuregrad, der das Pepsin aktivieren kann, in der überwiegenden Zahl der Fälle reicht aber die Azidität für eine Pepsinwirkung nicht hin. Erst im neunten Monat etwa erreicht die Azidität allmählich die erforderliche Höhe; dabei gibt die natürliche Nahrung den physiologischen Sekretionsreiz, während andere Stoffe viel weniger oder gar nicht wirken.)

10. *Jaschke, R. Th., Über das transitorische Fieber der Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 117—137.
11. Kunkel, D., Zur Kenntnis der Blutveränderungen bei Frühgeburten und debilen Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 1 u. 2. (Genaue Blutuntersuchungen an 74 Säuglingen, von denen 60 sichere Frühgeburten waren, ergaben, dass die Anämie der lebensschwachen Kinder nicht eine Folge der Ernährung oder Couveusenbehandlung sein kann, sondern angeboren ist und auf einer Insuffizienz des Hämoglobinstoffwechsels beruhen muss. Die Prognose ist bei infektionsfreien Säuglingen eine gute; meist heilt die Anämie im zweiten Lebensjahre spontan aus.)
12. *Marfan, A. B., Chaise d'hygiène et de clinique de la première enfance. Leçon inaugurale faite à l'Hôpital des Enfants-Malades, le 28 Nov. 1914. La Presse méd. 23. Jahrg. p. 1—6.
13. *Mayer, A., Über den Zusammenhang zwischen Gewichtsabnahme und Temperatursteigerungen beim Neugeborenen (Hungerfieber). Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 159—187.
14. *— Über die intrakraniellen Blutungen des Neugeborenen infolge der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 795—818. (Literatur!)
15. *Pfaundler, M. v., Physiologie der Neugeborenen in Döderleins Handb. d. Geburtshilfe. Bd. 1. p. 515—760.
16. Pinard, A., De l'hygiène de l'enfant avant sa naissance, c'est à dire pendant sa première vie. Annales de gyn. et d'obst. Mai-Juin. (Historischer Überblick über die intrauterine Hygiene des Fötus und Mitteilung des auf Anregung Pinards in Frankreich bisher auf diesem Gebiete Geleisteten. Er verlangt vor allem Schonung und eventuelle staatliche Unterstützung der Schwangeren in den drei letzten Monaten; während der ganzen Schwangerschaft verbietet er den Koitus.)
17. Quant-Sassenheim, C. A. E., Behandlung von Asphyxie des Neugeborenen durch direkte Lufteinblasung. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Hälfte. p. 592. (Empfehlung dieser alten Methode von Vesalius als ultimum refugium.)
18. Reiche, A., Das Wachstum der Frühgeburten in den ersten Lebensmonaten. 2. Mitteil. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 12. p. 369—401 u. Bd. 13. p. 332—360. (Das Wachstum der Frühgeburten erfolgt nach den Wachstumsregeln, die für die entsprechenden Monate nach der Befruchtung gelten. Der Geburtsvorgang an sich bewirkt keine Störung des Wachstums, wenn dasselbe schon zu einem gewissen Abschluss gekommen ist, der aber sehr selten vor der 28. Lebenswoche erreicht wird. Schwere chronische Erkrankungen der Mutter (Lues, Tuberkulose) üben einen wachstumshemmenden Einfluss auf das Kind aus. Eine der physiologischen Gewichtsabnahme der Neugeborenen analoge Erscheinung beobachtet man auch bei den Frühgeburten. Durch die Entwicklung mehrerer Kinder im Mutterleibe wird das Wachstum der Geschwisterkinder meist gleichmässig in geringem Grade beeinträchtigt, und zwar in der Regel das Massenwachstum, nur in Ausnahmefällen das Längenwachstum. Auch die vorzeitig geborenen Kinder versuchen schon in den ersten Lebensmonaten diesen Verlust wieder einzuholen. Die Wachstumskurven aller dieser Kinder gehen parallel zueinander, auch wenn bei der Geburt ein grösserer Wachstumsunterschied bestand.)
19. Reuss, A. v., Beobachtungen über das Schicksal der Kinder eklamptischer Mütter. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. p. 285—298. (Eklampsie stellt keine Kontraindikation gegen das Stillen dar. Auch bei Fortdauer der Albuminurie nach Aufhören der eklamptischen Erscheinungen zieht v. Reuss die Mutterbrust der künstlichen Ernährung vor. Eine toxische Schädigung des Kindes durch die Muttermilch ist höchst unwahrscheinlich. Wenn das Kind einer Eklamptischen die ersten Tage überlebt, so ist eine Beeinträchtigung seines weiteren Gedeihens durch die mütterliche Erkrankung in der Regel nicht mehr zu befürchten.)
20. Schick, M., Zur Frage der physiologischen Körpergewichtsabnahme des Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig.-Bd. 13. p. 257—281. (Die physiologische Gewichtsabnahme lässt sich durch entsprechende Nahrungszufuhr verhindern, sie ist also nur eine Folge der geringen Nahrungsmengen der ersten Lebenstage. Es besteht eine Lücke zwischen intra- und extrauteriner Ernährung, die sich künstlich ausfüllen lässt durch forcierte Nahrungszufuhr. Immerhin ist das Bestreben nach Vermeidung jeg-

licher Gewichtsabnahme überflüssig, es käme am ersten für Frühgeburten in Betracht, doch müssen praktische Erfahrungen abgewartet werden.)
21. Schmidt, R., Weitere Untersuchungen über Fermente im Darminhalt (Meconium) und Mageninhalt menschlicher Föten und Neugeborener. Biochem. Zeitschr. Bd. 63. p. 287—303. (Im Meconium finden sich zahlreiche Fermente, Oxaydsen fehlen. Die fettspaltenden Fermente sind in den unteren Darmabschnitten der Föten schwächer wie in den oberen, Trypsin ist in den oberen Darmabschnitten schwächer. Pepsin und Lab finden sich beim Fötus nur als Proferment.)
22. Schütt, G., Über die Temperaturverhältnisse bei Neugeborenen. Diss. Giessen. 1914.
23. Volland, B., Über die Behandlung des Scheintodes bei Neugeborenen. Therap. Monatshefte. 29. Jahrg. Nr. 5. p. 253. (Verteidigung seiner 1909 im Schweizer Korrespondenzblatt vorgeschlagenen Methode gegen das „verballhornisierte Plagiat" durch C. Sakaki in Nr. 14 desselben Korrespondenzblatts 1914.)
24. Vogt, E., Das Arteriensystem Neugeborener im Röntgenbilde. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. p. 32. (Darstellung des Arteriensystems mit der Hauchschen Methode zu Lehr- und Demonstrationszwecken in wundervoller Weise.)

Eine in unserer gynäkologischen Fachliteratur ganz neue Erscheinung stellt die „Physiologie der Neugeborenen" durch den verdienten Münchener Pädiater M. v. Pfaundler (15) in Döderleins Handbuch der Geburtshilfe dar. Nach ausführlicher Besprechung der Physiologie der Ernährung sowie der Stoffwechselvorgänge beim Neugeborenen wird die „physiologische Gewichtsabnahme", der Nahrungsbedarf, die natürliche Ernährung sowie die Ammenernährung besonders geschildert. Eingehendes Studium gerade seitens der Geburtshelfer verdienen die Kapitel „Störungen bei Frauenmilchernährung (Stillschwierigkeiten seitens der Mutter bzw. des Kindes, Pflegefehler), „Überfütterung", „Schäden durch Milchfehler in der Neugeburtsperiode", „Ernährung und Konstitution" u. a. m. Bei Beachtung und Durchführung der im Abschnitt „Angeborene Lebensschwäche" mitgeteilten, aus reicher Erfahrung geschöpften Grundsätze wird manches Menschenleben gerettet werden können. — Ausführliches Literaturverzeichnis!

Die Aufgabe, dem mit der Neugeborenen- und Säuglingspflege beschäftigten Personal einen Führer in die Hand zu geben, aus dem die Hauptlehren der Säuglingskunde in klarer, anschaulicher Weise geschöpft werden können, ist von Engel (6) in glänzender Weise gelöst. Die körperliche und geistige Entwicklung des Säuglings ebenso wie dessen natürliche Ernährung sind mit aller wünschenswerten Gründlichkeit bearbeitet, die künstliche Ernährung dagegen — als dem Arzte zuständig — bloss soweit geschildert, als sie zum Verständnis der Ausführung ärztlicher Anleitung erforderlich. Die Pflege des gesunden und des kranken Säuglings, die Pflege der Neu- und Frühgeborenen sind ausführlich besprochen und reich illustriert. Die im II. Teil (Säuglingsfürsorge) von Dr. Marie Baum erteilten Ratschläge zeugen von reicher Erfahrung und beweisen die grosse Notwendigkeit dieser Einrichtung.

Eine erhebliche Temperatursteigerung in den ersten Lebenstagen mit einer Gewichtsabnahme ohne nachweisbare sonstige Erkrankung hat M. Mayer (13) als „Hungerfieber" bei 11 von 235 Neugeborenen beobachtet.

Temperaturmaximum und Gewichtsminimum fallen gewöhnlich auf einen und denselben Tag zusammen oder liegen nur um einen Tag auseinander; mit dem Anstieg der Gewichtskurve beginnt der Abstieg der Temperaturkurven. Temperaturmaximum und Gewichtsminimum stellen sich gewöhnlich am dritten bis vierten Tag, spätestens am sechsten Tag ein; die Dauer des Fiebers ist auffallend kurz. Die befallenen Kinder bieten meist sonst keine Krankheitserscheinungen und gedeihen nach der Fieberattacke ganz gut. Mayer hält das „Hungerfieber" in einem krankhaften Ablauf des Ernährungsvorganges begründet. Experimentell hat Mayer nach parenteraler Zufuhr von steriler Muttermilch bei mehreren Kindern „zwar kein ausgesprochenes Fieber, aber doch sehr auffallende Temperatursteigerungen" gesehen. Vielleicht muss eine abnorme Beschaffenheit

der Nahrung mit abnormer Darmfunktion zusammenwirken, um Hungerfieber zu erzeugen (vgl. dazu die Diskussionsbemerkung von Nägeli, Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29, p. 988!, sowie die Schlussbemerkung von Mayer).

Im Gegensatze zu Mayer und Heller möchte Jaschke (10) jene gelegentlich zu beobachtenden, rasch vorübergehenden Temperatursteigerungen bei Neugeborenen, bei denen keinerlei Erkrankung nachweisbar ist, mit v. Reuss als „transitorisches Fieber" bezeichnen, da zweifellos der Hunger oder Durst nicht die ausschlaggebende Rolle beim Zustandekommen jener Temperaturerhöhungen spiele. Zwar fand auch Jaschke, dass die Häufigkeit der Temperatursteigerungen vielfach mit der Stärke der Gewichtsabnahme zunimmt, was durch ungenügende Ernährung in den ersten Lebenstagen geradezu experimentell bewiesen werden konnte (17 % Fieber gegen sonst 3,1 %), aber das überwiegende Auftreten der Steigerungen am 3.—4. Tag scheint ihm doch dafür zu sprechen, dass ein Zusammenhang einmal mit der Ansiedlung der Milchflora im Darm, andererseits mit dem Übergang von der kolostralen zur Milchnahrung besteht. Der Hunger oder Durst sei mehr als „disponierendes Moment" anzusehen vielleicht so, dass dadurch die Fähigkeit des fötalen Organismus zur Entgiftung der eingedrungenen pyogenen Substanzen herabgesetzt wird.

Hierher gehören auch die Beobachtungen Benestads (2) über die Gewichtsverhältnisse bei 1979 norwegischen Neugeborenen, die folgendes ergaben: Das mittlere Geburtsgewicht beträgt 3466 g. Wenn die Kinder nach dem Gewichtsverlust der ersten Tage wieder anfangen zuzunehmen, ist die Steigerung am grössten in den ersten drei Tagen, durchschnittlich 44 g in 24 Stunden, und nimmt dann allmählich in der Weise ab, dass sie zwischen dem 6.—9. Tag 30 g und zwischen dem 9.—12. Tag 26 g in 24 Stunden beträgt. Das mittlere Geburtsgewicht wird vor Ausgang des achten Tages von neuem erreicht. Die Hälfte sämtlicher Kinder hatte dieses schon am sechsten Tage, $^2/_3$ am Ende der ersten Woche erreicht, $^3/_4$ am Ende des 12. Tages. Erstgeborene befinden sich vor Mehrgeborenen entschieden im Rückstand, indem sie sowohl ein niedrigeres Geburtsgewicht aufweisen, als auch am Ende des dritten Tages einen grösseren Gewichtsverlust und in den folgenden neun Tagen einen geringeren Zuwachs. Das Gewicht der Knaben nimmt auf Grund ihres grösseren Anfangsgewichts in den ersten Tagen mehr ab, sobald aber die Gewichtszunahme eintritt, zeigen sie eine stärkere Wachstumstendenz als die Mädchen, indem ihr täglicher Zuwachs ein stärkerer ist. Kleinere Kinder erleiden einen geringeren Gewichtsverlust und beginnen ihren Zuwachs eher als grosse Kinder. Alsdann besteht jedoch kein wesentlicher Unterschied. Kinder, deren Mütter während der Geburt 1000 g Blut und mehr verloren haben, zeigen in den ersten Tagen eine langsamere Gewichtszunahme. Kinder, deren Mütter an Albuminurie litten, zeigen zum Teil eine bessere Gewichtskurve als die übrigen.

In ausführlicher Weise bespricht A. Mayer (14) die intrakraniellen Blutungen des Neugeborenen infolge der Geburt. Selbst nach glatten Spontangeburten finden sich manchmal ausgedehnte intrakranielle Blutungen, die dem Unerfahrenen den Eindruck einer schweren vorausgegangenen Gewalteinwirkung machen können, so in der Tübinger Klinik in den letzten Monaten sechs Fälle, von denen einige den rätselhaften Tod eines Neugeborenen durch die intrakranielle Blutung erklärten. Der Hauptsitz dieser Blutungen ist das subdurale Gebiet im Gegensatz zu dem epiduralen Sitz bei Erwachsenen. Den infratentoriellen Blutungen im Bereiche des Kleinhirns liegt meistens eine Zerreissung des Tentorium cerebelli zugrunde; sie sind nach Beneke die häufigste Form. Die der supratentoriellen Blutungen liegt gewöhnlich in einer Zerreissung der in den Sinus longitudinalis superior einmündenden Venen oder des Sinus selbst, die der infratentoriellen in einer Verletzung des Sinus transversus oder dem Gebiet der Vena magna Galeni oder in Zerreissungen im Gebiet der Halswirbelsäule. Die Ursachen dieser Verletzungen liegen sehr häufig in Zangenoperationen

oder Extraktion des nachfolgenden Kopfes, wie dies drei Fälle des Verfassers illustrieren. Jedoch finden sich schwere subdurale Blutungen häufig genug auch nach Spontangeburten; sie scheinen die Folge einer hochgradigen Steigerung der normalen Knochenverschiebung des kindlichen Schädels zu sein, und zwar ist dies sowohl bei engem, wie bei normalem Becken und in den verschiedenen Geburtsperioden möglich. Der Verfasser berichtet über forensisch wichtige Fälle von solchen Blutungen nach glatten Spontangeburten bei Vielgebärenden mit weiten Weichteilen und normalem Becken. Neben Knochenverschiebung können auch Stauung, Asphyxie und im Kinde liegende, zu Zerreissung prädisponierende Momente bei der Entstehung intrakranieller Blutungen eine Rolle spielen, vor allem grosse Brüchigkeit der Gefässwände bei Lues. Die forensische und klinische Bedeutung dieser Blutungen wird erörtert. Für schwere Fälle wird ein Versuch der chirurgischen Behandlung, sei es durch Freilegung und Ausräumung des Blutergusses, sei es durch Aspiration oder Punktion empfohlen, eventuell auch Lumbalpunktion.

Am 28. November 1914 hielt Marfan (12) „malgré les préoccupations et les difficultés de l'heure" seine Antrittsvorlesung auf dem neuerrichteten und bisher wohl einzig dastehenden „Lehrstuhl für Hygiene und Klinik des ersten Kindesalters". Er hebt hervor, dass zu Anfang des 20. Jahrhunderts in Frankreich auf 1000 Geburten 150 im ersten Lebensjahre starben (und zwar 46 im ersten Monat, 16 in den ersten fünf Tagen). Die Mortalität der Säuglinge gleicht der der Greise von 80 und mehr Jahren. Von den 800 000 in Frankreich jährlich geborenen Kindern starben 120 000 vor Ende des ersten Lebensjahres. Die Hauptursachen dieser enormen Sterblichkeit sieht Marfan in hereditärer Syphilis, Lebensschwäche und Verdauungsstörungen; Besprechung der bisher empfohlenen Gegenmassnahmen sowie der von seinem Lehrstuhl speziell zu erwartenden Arbeitsrichtung

2. Natürliche und künstliche Ernährung.

1. Cassel, J., Über die Aufzucht von Frühgeburten in der offenen Säuglingspflege. Berl. klin. Wochenschr. p. 661. (Bestätigung der Erfahrungen Langsteins bei Anstaltsbehandlung in der offenen Säuglingsfürsorge.)
2. Dose, A. P. J., Ernährung der Flaschenkinder mittelst unverdünnter Milch. Leipzig, Breitkopf u. Härtel. 13 p. (Völlig unwissenschaftliche Polemik gegen die heutigen Lehren über die Behandlung gesunder und kranker Säuglinge.)
3. Ford, W. W., und J. C. Pryor, Bemerkungen über die in der bei verschiedenen Temperaturgraden erwärmten Milch gefundenen Bakterien. Johns Hopkins Hosp. Bull. Sept. 1914. p. 270. (Empfehlen als gesundeste Milch eine solche, die 10—30 Minuten ordentlich gekocht hat und dann auf Eis gestellt wird bis zur Verwendung.)
4. Glanzmann, E., Erfahrungen über Eiweissmilch und ihre Ersatzpräparate. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 82. p. 261—302. (Die Eiweissmilch ist keine Dauernahrung und ist daher für das gesunde Kind unrationell. Ihr Hauptanwendungsgebiet ebenso wie das ihrer Ersatzpräparate (Larosan, Plasmon, Lahmanns Pflanzenmilch) liegt im Bereich der Ernährungsstörungen ex alimentatione. Bei den Gärungsdiarrhoen sei sie die zuverlässigste Heilnahrung. Bei den Ernährungsstörungen ex infectione sei der Erfolg weniger sicher, bei denen ex constitutione, wenn sie mit Seifenstühlen einhergehen, sei sie kontraindiziert. Von den Ersatzpräparaten befriedigten insbesondere Larosan und Zusatz von Plasmon zu einfachen Milchmischungen. Bemerkenswert sind die schlechten Erfahrungen mit Schleim als Zusatz zur Eiweissmilch, wogegen sich die dextrinisierten Mehle (Kufeke, milchfreie Infantina von Theinhardt) dem Verf. besonders gut bewährt haben.)
5. Griffith, J. P. Crozer, The Case of the Baby. A. Manuel for Mothers and Nurses, containing practical directions for the management of infancy and childhood in health and in disease. 463 p. 101 Illustrationen. Philadelphia, W. B. Saunders Comp.
6. Heine, Ludwig, Über Säuglingsernährung. Die Mutter. XII. Jahrg. Nr. 10. (Zusammenfassender Vortrag über die heutige Lehre der Ernährung im ersten Lebensjahr. Nichts Neues.)

7. Hellesen, E., Untersuchungen über Ernährung und Stoffwechsel des Säuglings mit besonderer Berücksichtigung der künstlichen Ernährung. Nord. Med. Ark. Heft 3. (In einer grossangelegten Arbeit, in welcher historisch und experimentell die wichtigsten Ernährungsprobleme des Säuglings erörtert werden, kommt Verf. zu folgenden Schlussresultaten: Kohlehydrate sind in bezug auf Stickstoffansatz und Schonung des Kohlenstoffs des Organismus die ökonomischesten Nahrungsmittel. Die Kohlehydratnahrung unterscheidet sich von fettreicher Nahrung durch Verschiedenheit in der Wasserbilanz und im Mineralstoffwechsel [speziell in bezug auf Natrium]. Wenn auch sowohl Kohlehydrate als Fette in die Energieproduktion mit Werten einverleibt werden, die ihren Gehalt an chemischer Energie repräsentieren, so ist doch ihre spezifische Wirkung auf den ganzen Stoff- und Energiewechsel verschieden und bei Kohlehydratnahrung für den Organismus günstiger.)

8. Langstein, L., Ernährung und Wachstum der Frühgeborenen. Berl. klin. Wochenschrift p. 631. (Beobachtungen an 250 Frühgeburten im Kaiserin Auguste-Victoria-Hause. Langstein verwendet keine Couveusen mehr, höchstens Wärmewannen, später bloss Wärmeflaschen. Ernährung mit abgespritzter Muttermilch. Am ungünstigsten entwickelten sich Kinder luetischer und tuberkulöser Mütter.)

9. Niemann, A., Das individuelle Moment in der Säuglingsernährung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45. (Der Artikel will dem Schematismus, der sich in der Säuglingsernährung stellenweise breit gemacht hat, steuern. Man muss dem individuellen Moment sowohl in der natürlichen wie künstlichen Ernährung mehr Rechnung tragen. An einigen Beispielen wird gezeigt, dass unter gleichen Voraussetzungen ein und dieselbe Kost von zwei Säuglingen ganz verschieden ausgenutzt wird. Die einzelnen Bestandteile der Nahrung wie Wasser, Kohlehydrate, Fett usw. müssen im Laufe einer exakten Beobachtung eingeführt, eliminiert oder variiert werden.)

10. v. Pirquet, Ernährung des Kindes während des Krieges. Wiener med. Wochenschr. Nr. 31. (Hauptregel für den Krieg, dass das Kind solange als möglich an der Mutterbrust bleibt. Das Abstillen beginnt mit 6—8 Monaten und soll mit 9—12 Monaten beendigt sein. Hinweis auf die hohe Bedeutung der Zuckerernährung im Gegensatz zu Feiler.)

11. Rietschel, H., Die Gefährdung der Säuglinge durch Hitze und Kriegszustand und die entsprechenden Gegenmassnahmen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 15. (Mitteilung der in Dresden getroffenen Massnahmen.)

12. Schule, Natürliche Ernährung und Gewichtsverhältnisse von 100 Säuglingen der Osnabrücker Hebammenlehranstalt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. (Erster Anlegetermin schon nach neun Stunden, um dem Gewichtssturz entgegenzuwirken. Sechs Mahlzeiten in ca. $3^1/_2$stündigen Pausen. Frühgeburten wurden häufiger angelegt. 94 % wurden von der Mutter sattgestillt.)

3. Nabelversorgung.

1. Lustig, O., Ein neues Nabelstreupulver (Noviform). Casopis lékarno ceskych. Nr. 22. (Die Erfahrungen an 76 Fällen der Klinik Rubeska mit Noviform verliefen sehr günstig; das Pulver ist ungiftig, lässt sich mit Dampf leicht sterilisieren und führt nicht zur Borkenbildung.)

2. Müller, R., Beitrag zur Nabelversorgung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 537—571. (Ausführlicher Bericht über 5000 Kinder der Jahre 1912—1914 aus der v. Herffschen Klinik mit 0 % Sterblichkeit an Nabelinfektion. Es wurden 12 verschiedene Behandlungsmethoden ausprobiert: 1 % Thymolvaseline mit Watte, Perubalsam, Zucker, 1 % Thymolvaseline ohne Watte, 1 %ige Noviformsalbe, 10 %ige Noviformsalbe, Lenicet, Bolus mit Klemme und ohne Klemme, 20 %ige Noviformsalbe, 1 %iger Thymolspiritus mit Watte etc. Kein endgültiges Urteil über die beste Methode.)

3. Nierstrasz, B., Chirurgische behandeling van de navelstreng. (Chirurgische Behandlung der Nabelschnur.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 2. p. 65. (Holländisch.) (Erfahrungen mit der Omphalotripsie an 200 klinisch geborenen Säuglingen. Die Resultate sollen bedeutend besser sein wie bei der alten Methode der Unterbindung, da Infektion und Nachblutung nicht vorkamen. Beschreibung und Abbildung der Quetschzange. In der Furche hart am Nabel wird mit Seide oder Catgut unterbunden und sehr kurz abgeschnitten. In 22,5 % der Fälle fällt der Stumpf am sechsten Tage ab, ohn dass die geringste entzündliche Reaktion sich in der Umgebung gezeigt hat. Aus der Arbeit scheint hervorzugehen,

dass das vollkommene Abquetschen der Nabelschnur bei diesem Verfahren kein seltenes Vorkommnis ist! In dem Abnabelungsbesteck ist denn auch Umstechungsmaterial mit aufgenommen (eventuell zur Perinealnaht zu benutzen). 4 Abbildungen auf 2 Tafeln.) (Lamers.)

4. Vioran, R., Umbilical infections. Med. Record. Oct. 24. p. 715.

4. Allgemeine Pathologie.

NB. Die Missbildungen sowie die Diagnose und Behandlung der kindlichen Geburtsverletzungen sind im X. Abschnitt von Prof. Stumpf behandelt.

1. Beifeld, A. H., Case of Convulsions in New-Born Baby. Michigan State Med. Soc. Journ. Grand Rapids. Vol. 14. Nr. 2.
2. Bokay, Z. v., Persistierender Truncus arteriosus communis bei einem sechs Monate alten Säugling. Jahrb. f. Kinderheilk. 80. Heft 3. (Auffallend an dem Fall ist das Fehlen der Trommelschlägelfinger sowie des Schwirrens und des systolischen Geräusches über den Klappen. Durch den abnorm stark entwickelten Ductus Botalli wurde die Blutzirkulation verhältnismässig gut aufrecht erhalten; nur so erklärt es sich, dass das Kind trotz der schweren Herzmissbildung sechs Monate am Leben blieb. Die unmittelbare Todesursache war eine asystolische Krise.)
3. Bossert, O., Kasuistischer Beitrag zur Ichthyosis congenita. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 82. p. 216—224.
4. Brady, J. M., Hemorrhagic Disease of New Born. Missouri State Med. Assoc. Journ. St. Louis. Vol. 12. Nr. 1.
5. Chiari, H., Ein Beitrag zur Kenntnis der sog. fötalen Erythroblastose, das ist einer Form der angeborenen allgemeinen Wassersucht. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. p. 561. (Mitteilung eines Falles aus dem Strassburger pathologisch-anatomischen Institut, der ähnlich wie die von Schridde (1910) beschriebenen Fälle eine reine Steigerung der Hämatopoese in Leber und Milz erkennen lässt. Keine Lues, keine Nephritis bei der Mutter. Den Hydrops universalis des Fötus fasst Verf. als toxisches Ödem auf.)
6. Ebeler, F., und F. Duncker, Der angeborene Prolapsus uteri bei einem mit Spina bifida behafteten Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 1—19. (Zusammenstellung der 16 bisher beschriebenen Fälle mit Bericht über eine eigene Beobachtung. Danach scheint die Spina bifida direkt als ätiologisches Moment für das Zustandekommen des Prolapses aufgefasst werden zu müssen.)
7. Fletscher, A., Über infantile Tetanie. Arch. of int. med. Sept. (Nach Ansicht des Verf. ist bei infantiler Tetanie nicht nur der Kalziumstoffwechsel, sondern das Konzentrationsgleichgewicht der Kalium-, Natrium-, Kalzium- und Magnesiumsalze gestört. Gewöhnlich sind Magen-Darmfunktion und Nierenfunktion gestört. Besserung dieser stellt das normale Konzentrationsgewicht wieder her.)

7a. Frank, E. S., Aangeboren tuberkulose. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 4. p. 240. (Holländisch.) (Im Anschluss an eine kleine kritische Literaturübersicht berichtet Verf. über einen selbstbeobachteten Fall von angeborener Tuberkulose bei einem Säugling, der am 40. Lebenstage starb. Bei der Sektion wurde eine Miliartuberkulose des Peritoneums, der Leber und der Milz gefunden, an der Porta hepatis eine walnussgrosse, verkäste, im Zentrum erweichte Lymphdrüse. Letztere soll die primäre Infektion der Lymphdrüsen und demzufolge Ausgang des Processus von der Plazenta erklären. Die Mutter starb am 55. Tage nach der Entbindung an progredienter Tuberkulose. Fraglich bleibt, ob die Infektion intrauterin oder während des Partus stattgefunden hat.) (Lamers.)

8. Harttung, Heinrich, Hämorrhoidalknoten beim Neugeborenen, gleichzeitig ein Beitrag zur Ätiologie der Hämorrhoiden. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 131. Heft 5 u. 6. (In dem Widerstreit der Meinungen zwischen Reinbach, der die Geschwulsttheorie der Hämorrhoidalknoten verteidigt, und Silberberg auf der anderen Seite, der durch seine Untersuchungen zu dem Resultat kommt, dass die Hämorrhoiden lediglich ein durch Staauung bedingtes Leiden seien, nimmt Harttung einen vermittelnden Standpunkt ein: für manche Fälle werden die Hämorrhoiden zweifellos als Endprodukt von Stauungen aufzufassen sein, für andere dagegen wäre die Theorie der Neubildung heranzuziehen, namentlich dann, wenn die Träger des Leidens jüngere Individuen sind, bei welchen wir jegliche Druckwirkung ausschliessen können. Ein Beispiel dafür liefert der hier mitgeteilte, histologisch genau untersuchte Fall eines Hämorrhoidalknotens bei einem Neugeborenen.)

9. Henkin, A. L., Pemphigus foliaceus neonatorum. Med. Rec. New York. Vol. 87. Nr. 2.

10. Kaufmann-Wolf, M., Zur Frage der Übertragbarkeit der Dermatitis exfoliativa neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 82. p. 303. (Verf. beobachtete eine Übertragung einer Dermatitis exfoliativa von einem Säugling, der an dieser Erkrankung gestorben war, auf die Brust seiner Mutter. Die Inkubation dauerte mindestens zehn Tage. Der Verlauf bei der Mutter war gutartig. Eine merkwürdige Komplikation, das Auftreten von Geschwülsten (keine Milchstauung!) in der erkrankten Brust, konnte in ihrer Bedeutung nicht geklärt werden, weil die Frau sich schliesslich weiterer Beobachtung entzog.)

11. Klose, E., Die Hypertonien im Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 82. p. 347 bis 400. (Das klinische Bild, die Pathogenese und die Beziehungen der Hypertonie zu den Ernährungsstörungen und zur Spasmophilie werden ausführlich dargestellt.)

12. Lahm, W., Zur Frage des Hydrops universalis congenitus. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 2. (An der Hand eines selbstbeobachteten Falles tritt Lahm der Ansicht Schriddes entgegen, wonach der Begriff der angeborenen Wassersucht ein pathologisch-anatomisch wohl charakterisiertes Krankheitsbild darstellt. Nach Lahms Untersuchungen ist die angeborene Wassersucht ein durch ganz verschiedene ätiologische Momente hervorgerufener Zustand. Für seine Entstehung kommen neben mechanischen, die Zirkulation im fötalen oder mütterlichen Kreislauf hemmenden Ursachen vor allem chemisch oder toxisch wirkende Substanzen des Blutes in Betracht, welche in der Niere oder an dem blutbereitenden System bestimmte Angriffspunkte finden. Kommt es unter dem Einfluss solcher Stoffe zu einer Anämie, so findet sich in ausgedehnter Weise im kindlichen Organismus eine reparatorische Blutbildung, welche besonders durch das Auftreten von Erythroblasten, vor allem auch in der Niere, ausgezeichnet ist. Ob neben einer Schwangerschaftsnephritis und Lues noch andere toxisch wirkende Stoffe, wie Blei, Nikotin, Arsen, Tuberkulosegift, Leukämie der Mutter usw. in Betracht kommen können, wagt Lahm noch nicht zu entscheiden.)

13. Marchand, Über Missbildungen durch mechanische Einwirkungen. Sitzungsber. d. Med. Ges. Leipzig. 2. März. Münchn. med. Wochenschr. p. 624. (Hinweis auf die Bedeutung der Simonartschen Fäden sowie der „intraamniotischen Membranen". In der Diskussion sprach Rille über Narben im Anschluss an intrauterine Vorgänge.)

14. Mayerhofer, E., Zur Klinik der sogenannten Sklerodermie der Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 81. p. 348. (Mitteilung zweier eigener Fälle und Zusammenstellung der bis jetzt bekannten acht Fälle. Zirkumskripte Verhärtungen des Unterhautzellgewebes bei gutem Allgemeinbefinden. Immer völlige Restitutio ad integrum, ohne Hinterlassung von Atrophien.)

15. Posner, C., Untersuchungen über den Harnleiter Neugeborener. Ein Beitrag zur Hydronephrosenfrage. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 2. p. 381—388. (Posner möchte in der angeborenen Schlängelung der Ureteren und der Stenosenbildung an der Kreuzungsstelle mit den Vasa iliaca eine nicht seltene Ursache für Hydronephrosenbildung sehen. Warum diese Schlängelung sich im postfötalen Leben allmählich ausgleicht, bedarf noch der Untersuchung.)

15a. Quant, C. A. J., Behandeling van asphyxie van den pasgeborene door rechtstreeksche luchtinblazing. (Behandlung der Asphyxie des Neugeborenen durch direkte Lufteinblasung.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Hälfte. Nr. 3. p. 592. (Holländisch.) (Hatte in einem Falle überraschenden Erfolg mit der direkten Lufteinblasung Mund auf Mund. Das Kind atmete sofort mit lautem Schrei aktiv aus und nachdem die Prozedur einige Male wiederholt war, kam regelmässige Atmung zustande. Das Kind hat keine schädlichen Folgen von der Behandlung gehabt, hustete nicht. Die Methode ist schon von Vesal beschrieben.) (Lamers.)

15b. — Behandeling van Asphyxie van den pasgeborene door rechtstreeksche luchtinblazing. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Helft. Nr. 3. (Kasuistische Mitteilung.) (Mendes de Leon.)

16. Reinhardt, Edwin, Über Pemphigus neonatorum contagiosus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 14—27. (Mitteilung von 23 Fällen einer Pemphigusepidemie, die an der Dresdener Frauenklinik innerhalb eines halben Jahres auftraten. 22 % Mortalität! Therapie: Dermatolpuderung, Einwicklung der affizierten Körperteile in Bardelebensche Wismutbrandbinden.)

17. Sachs, O., Ein Fall von Analstenose, einen echten Hirschsprung vortäuschend. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 81. p. 469.

18. Schmidgall, Grete, Zur Kasuistik der angeborenen Atresie des Ösophagus mit Ösophago-Trachealfistel. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 64. p. 74—79. (Kasuistischer Beitrag aus der Schlossmannschen Klinik.)
19. Schmidt, P., Ein Fall intrauteriner Übertragung von Paratyphus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. (Bei der Mutter fanden sich Paratyphusbazillen im Blut und Kot, bei dem Neugeborenen nur im Blut. Dagegen hatte das Kind noch Streptokokken. Agglutination beim Kinde negativ. Schmidt glaubt, dass es sich um eine intrauterine Infektion handelt.)
20. Schneiderhöhn, O., Die Therapie bei der Hirschsprungschen Krankheit. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 12. p. 321—368. (Eingehende Besprechung der verschiedenen internen und chirurgischen Behandlungsmethoden.)
21. Veszprémi-Kolozsvár, D., Einige Fälle von angeborenem Darmverschluss. Beitr. z. path. Anat. Bd. 60. Heft 1. (Der Verf. beschreibt drei Fälle von Darmverschluss bei Neugeborenen, bedingt durch schwere Veränderungen [Atresien zum Teil durch Torsionen] des Dünndarmes.)
22. Weihe, F., Über kongenitale Zwerchfellhernie und ihre Darstellung im Röntgenbilde. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. p. 299. (Mitteilung eines gut beobachteten Falles. Röntgenbild. Obduktionsbefund.)
23. Werner, Ein Fall von Ichthyosis congenita. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 9. Dez. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 340. (Ätiologie, Symptome und Verlauf werden besprochen; Werner glaubt für die schlechte Prognose zum grossen Teil die ungenügende Wärmeregulation verantwortlich machen zu dürfen.)
24. Wienskowitz, Über die angeborene Wassersucht. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. 1914. p. 1725 u. 1743. (Zwei Fälle von angeborenem Hydrops bei zwei aufeinanderfolgenden Geburten derselben Mutter; diese war schwer anämisch).
25. Winter, M., Masern an 16- bzw. 18tägigen Säuglingen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 81. p. 465. (Die Maserninfektion muss am ersten bzw. dritten Lebenstag stattgefunden haben.)

5. Syphilis des Neugeborenen.

1. Baginsky, A., Zur Kenntnis der Therapie der hereditären Syphilis. Therap. d. Gegenw. 56. Jahrg. Heft 1. p. 12—18. (Überblick über die allgemeine und spezielle Therapie der Syphilis hereditaria.)
2. Koch, E., Die Entstehung des dritten Stadiums der Rhinitis luetica neonatorum. Monatsschr. f. Kinderheilk. 1914. Nr. 6. (In den beschriebenen Fällen handelte es sich um eine Rhinitis luetica im ersten Stadium, die sich durch deutliches Schniefen, Rötung der Schleimhaut und etwas blutiges Sekret kenntlich machte. Bei Gelegenheit einer Grippeepidemie trat in akuter Form eine sekundäre Infektion hinzu. Bei den nichtluetischen Kindern verlief diese Infektion ohne Besonderheiten, während sie bei den luetischen Kindern einen völligen Umschwung im Verlauf der bis dahin relativ gutartig verlaufenden Rhinitis brachte. Es traten heftige Blutungen auf, die auf eine Zerstörung der Nasenschleimhaut hinwiesen, und der pathologisch-anatomische Befund ergab, dass eine Einschmelzung fast der ganzen Nasenschleimhaut und zum Teil der tieferliegenden Partien stattgefunden hatte. Das Bemerkenswerte in den Fällen des Verf. ist, dass das Kind plötzlich von der Sekundärinfektion befallen wird. Von der durch die Grippe erkrankten Nase kommt es zur allgemeinen Sepsis und auch gelegentlich zur eitrigen Meningitis, die auch hämatogen entstanden gedacht werden kann.)
3. Meyer, E., Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Salvarsans auf die kongenitale Syphilis des Fötus bei Behandlung der Mutter. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 20—48. (Bericht über 43 behandelte Fälle von Syphilis in der Gravidität. Es wurden im ganzen 1,5—3 g Salvarsan und 0,5—1 g Hg verabfolgt. Das Salvarsan wurde intravenös gegeben von 0,2 steigend bis zu 0,4 g, in Zwischenräumen von 5—8 Tagen, in den Tagen zwischen den einzelnen Infusionen 0,05 bzw. 0,1 g Hydrarg. salicylic. intramuskulär. 42 Mütter gebaren je ein lebendes Kind; von diesen starben 5 in den ersten Lebenstagen, 3 im ersten Monat, 2 im zweiten Monat nach der Geburt, keines nachweislich an syphilitischen Erkrankungen. Im experimentellen Teil weist Meyer nach, dass eine nichterkrankte Plazenta für Arsen nicht durchgängig ist. Die Erfolge der Behandlung der kongenitalen Lues müssen wohl hauptsächlich der primären Beeinflussung der mütterlichen Lues zugeschrieben werden.

Ein Absterben des Fötus nach Salvarsaninjektion ist nicht beobachtet worden. 15,8 % der Kinder wiesen bei der Geburt eine positive Wassermannsche Reaktion auf.)

4. Reiche, A., Lues congenita bei Frühgeburten. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 12. Heft 6. (Lues congenita bei Frühgeburten ist häufiger als bei Ausgetragenen. Sie ist die Ursache einer hohen Mortalität dieser Kinder. Je häufiger bei der Mutter Früh- oder Fehlgeburten vorkommen, um so ungünstiger sind die Lebensaussichten der Frühgeborenen.)
5. Soldin, M., und F. Lesser, Zur Kenntnis der kongenitalen Syphilis der Säuglinge. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. (Fälle von kongenitaler Lues mit geringem klinischen Symptomenkomplex, negativem Wassermann des Säuglings, aber positivem Wassermann der Mutter. Bei Verdacht auf Lues des Kindes muss daher auch immer die Wassermannsche Probe bei der Mutter angestellt werden.)
6. Steinert, E., und E. Flusser, Hereditäre Lues und Wassermannsche Reaktion. Untersuchungen an Müttern und Kindern. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 65. p. 45—112. (Alle luetischen Kinder haben luetische Mütter; aber in jedem Stadium der Lues können Frauen klinisch und serologisch gesunde Kinder gebären. Die „Collesschen Mütter" sind Lueticae, auch wenn zu ihrer klinischen Symptomfreiheit sich mitunter die negative Wassermannsche Reaktion zugesellt. Weitere interessante Feststellungen müssen im Original eingesehen werden.)
7. Trinchese, J., Infektions- und Immunitätsgesetze bei materner und fötaler Lues. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19. (Das Collessche sowie das Profetasche Gesetz erklärt Trinchese für hinfällig. Bis gegen den achten Schwangerschaftsmonat bildet der Fötus keine Reagine; erst in den letzten Monaten fängt der Fötus an, positiv nach Wassermann zu reagieren. Erfolgt die Infektion des Kindes erst in den letzten Wochen vor der Geburt, so können sowohl klinische syphilitische Symptome fehlen, als auch die Wassermannreaktion negativ sein, da die Inkubationszeit für beide Erscheinungen noch zu kurz ist.)
8. Vaglio, R., Insuffizienz von Drüsen mit innerer Sekretion und hereditäre Lues. La Pediatria. Bd. 23. p. 1. (In neun Fällen von Hypothyreoidismus und Myxödem war achtmal Lues mit im Spiel. Auch bei fünf Fällen von mongoloider Idiotie waren vier syphilisverdächtig. Wichtigkeit der Wassermannschen Reaktion bei Kind und Mutter.)
9. Zondeck, H., Irrtümliche Diagnose der Hirnlues bei einem Säugling. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19. p. 558. (Fall von Erweichung des ganzen rechten Stirnhirns, ausgedehnter Thrombosierung des Sinus longitudinalis und des Sinus transversus, Thrombose der beiden Aa. fossae Sylvii bei einem ein Jahr alten Kinde. Keinerlei Wandveränderungen der Gefässe, speziell keine endarteriitischen. Daneben ein schon vor Auftreten der Hirnerscheinungen bestandener Hydrocephalus externus, der vielleicht ätiologisch für das Entstehen der Thrombosen verantwortlich gemacht werden kann [Zirkulationsstörung durch Kompression]. Keine Lues trotz positiver Wassermannreaktion, Lymphozytose im Lumbalpunktat, beiderseitige Neuroretinitis und einseitige Stauungspapille. Positive Wassermannreaktion zu erklären durch Überschwemmung des Blutes mit Lipoiden aus der zerfallenen Gehirnmasse, Lymphozytose durch meningeale Reizung, Stauungspapille durch erhöhten intrakraniellen Druck. Deutung der Neuroretinitis unklar. Keine Besserung des Zustandes unter spezifischer Behandlung. Ausgang: Exitus letalis).

6. Icterus neonatorum.

1. Armbruster, Physiologische Bedeutung des Icterus neonatorum. Der Kinderarzt. 26. Jahrg. Heft 301. p. 2—3. (Nach Armbruster hat der Itcerus neonatorum folgende Bedeutung: 1. Er befördert die Darmperistaltik und besonders die Zottenkontraktionen. 2. Er verlangsamt den Herzschlag zum besseren Verschluss vom Foramen ovale und den beiden Ductus Botalli und Arontii. 3. Er verhütet eine Infektion durch die Nabelwunde.)
2. Bang, F., Icterus neonatorum. Hospitalstidende. Nr. 26. (Dänisch.) (Die Gmelin-Sundesche Bestimmung des Inhalts des Blutes an Gallenfarbstoff gibt keinen sicheren Anhaltspunkt der Gallenfarbstoffmenge, aber da sie — wenn die Gallenfarbstoffmenge nicht sehr gross oder sehr klein ist — zum Nachweis einer Zunahme oder Abnahme derselben angewandt werden kann, ist sie zu klinischem Gebrauch anwendbar. Bei allen neugeborenen Kindern zeigen Blutproben aus der Haut in den ersten Stunden

nach der Geburt eine starke Steigerung der Zahl der roten Blutkörperchen, was von Stauung in den Hautkapillaren und mangelhafter Regulation der Wasserabgabe verursacht wird. In den folgenden Tagen sinkt das Hämoglobinprozent wieder langsam gegen normale Verhältnisse, indem das Kind sich dem extrauterinen Leben anpasst. Alle Kinder werden mit vermehrtem Gallenfarbstoff im Blut geboren, in den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt tritt eine weitere Vermehrung des Gallenfarbstoffes des Blutes ein und dann ein langsamer Abfall. Da dieser Zustand bei allen Kindern gefunden wird, muss er physiologisch sein. Sein Verlauf ist in Übereinstimmung mit den nachgewiesenen Schwankungen der Hämoglobinmenge. Die starke Steigerung unmittelbar nach der Geburt kann möglicherweise erklärt werden als eine Folge davon, dass die Fähigkeit des Herzens sich den neuen Verhältnissen anzupassen anfangs ausbleibt. Dadurch entsteht Stauung in der Leber, was beim Kinde grösseren Ausschlag hinsichtlich der Gallenstoffmenge des Blutes als bei Erwachsenen gibt, da die Leber des Kindes im Verhältnis zum Lebensgewicht und zur Blutmenge sehr gross ist. Es ist möglich, dass man ausserdem, zur Erklärung der grossen Gallenfarbstoffmenge des Blutes bei Neugeborenen, seine Zuflucht zu der von Arvo Ylppö aufgestellten Lehre über Dysfunktion der Leber wegen mangelhafter Entwicklung des Leberparenchyms nehmen muss.)

3. Gessner, W., Der Icterus neonatorum und seine Beziehungen zur paraportalen Resorption beim Neugeborenen. Hyg. Rundschau. IX. Jahrg. p. 212—222. (Gessner hält trotz der Untersuchungen von Ylppö und A. Hirsch den Icterus neonatorum, „wozu schon die Befunde am Lebenden wie an der Leiche [blasser Urin, normal gefärbte und normal fetthaltige Stühle, Fehlen eines makroskopischen und auch eines mikroskopischen Leberikterus] unbedingt zwingen", mit Breschet, Billard, Virchow, Leyden, Zweifel, Schultze, v. Rittershain, Epstein, Violet, Porak, Lesage und Demelin für rein hämatogener Natur, ausgehend von dem Blutzerfall, wie er infolge der nach der Geburt stattfindenden Fluxion nach den Hautgefässen durch die kapillare Stase bedingt wird. Während eben die Vasomotoren und Vasokonstriktoren der Haut des neugeborenen Tieres auf die äusseren Einflüsse [Temperatur, Licht] prompt reagieren, ist die Haut des Kulturmenschen durch die Jahrtausende geübte Bekleidung derselben als den äusseren Einflüssen gegenüber nicht so widerstandsfähig zu bezeichnen, was sich ja auch durch den nach der Geburt stattfindenden Sturz der Körpertemperatur kundgibt. Infolge dieses angeborenen „Kulturschadens" bewegen sich die ersten Lebenstage in durchaus pathologischen Bahnen (!).)

4. Reuss, A. v., Einige Bemerkungen über die Bedeutung der während der Geburt eintretenden Zirkulationsstörungen für das Kind. Gyn. Rundschau. IX. Jahrg. p. 3—8. (v. Reuss fasst die Albuminurie sowie den Ikterus der Neugeborenen als Folgeerscheinung der während der Geburt eintretenden Zirkulationsstörungen auf. Es kommt sub partu zu Stauungsvorgängen in der Milz, dadurch zu gesteigertem Blutstoffwechsel, speziell zu vermehrter Urobilinausscheidung, so dass eine hepatolienale Genese des Icterus neonatorum die meiste Wahrscheinlichkeit für sich haben dürfte.)

7. Melaena neonatorum.

1. Stephan, Melaena neonatorum. Vortrag. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 5. (Bei dem kräftig entwickelten Kinde trat bereits 30 Stunden post partum geringfügiges Blutbrechen auf, das sich im Verlauf des dritten Lebenstages in verstärktem Masse mehrmals wiederholte. In der Nacht zum vierten Tage setzten heftige Blutentleerungen aus dem Darm ein, am Nachmittag wurden an verschiedenen Stellen des Körpers [an beiden Ellenbogen, Kniegelenken, an der Innenfläche der linken Ferse und am Kopfe] erbsen- bis markstückgrosse subkutane Hämorrhagien sichtbar, die sich von der leicht ikterischen Haut durch ihre kräftige blauviolette Färbung deutlich abhoben. Zugleich wurden ausser allgemeiner Apathie und Benommenheit Okulomotoriusstörungen und Nystagmus beobachtet, Symptome, die auf eine zerebrale Genese der Affektion hinweisen. Der Vortragende vermutet hier einen jener Fälle, wie sie von Brown-Séquard, Epstein, Schiff und v. Preuschen in praxi beobachtet und experimentell an Versuchstieren erzeugt wurden, in denen intrakranielle Blutungsherde zu den Erscheinungen der Melaena führten; danach würden die Blutextravasate im Magendarmkanal und die subkutanen Hämorrhagien durch Störung bzw. sogar Lähmung des Vasomotorenzentrums entstanden sein.)

8. Ophthalmoblennorrhoe.

1. Derby, G. S., Some Aspects of Ophthalmia neonatorum. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Oct. 16. p. 1317—1324. (Vortrag mit Diskussionsbemerkungen.)
2. Dose, A. P. J., Augenentzündung der Neugeborenen (Blennorrhoea neonatorum), ihre Behandlung und ihre Verhütung. Leipzig, Breitkopf u. Haertel. (Anpreisung der Augenberieselung mit „stubenwarmem Wasser“ als souveränes Behandlungsmittel, „wodurch die Blennorrhöe, diese uralte Geissel der Menschheit“, mit einem Schlage ihre Schrecken verliert“; denn trotz der Credéschen Prophylaxe habe die Gesamtmorbiditätszahl nicht abgenommen (!).
3. Hamm, Die Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum nach dem Material der Kieler Frauenklinik in den Jahren 1907—1913. Inaug.-Diss. Kiel. (Unter 3060 Kindern, die mit 1 % Arg. nitric. geträufelt waren, trat 11 mal (= 0,359 %) unter 618 Sopholeinträufelungen zweimal (= 0,3239 %) Gonoblennorrhoe auf. 0,13 % Argentumkatarrhe, 1,618 % Sopholkatarrhe. Nichtgonorrhoische Affektionen nach Arg. nitric. in 1,6 %, nach Saphol in 4,53 %).
4. Kujumdjreff, M., Beitrag zur Lehre von der Blennorrhoea neonatorum. Inaug.-Diss. Giessen. (Beachtenswert scheint die letzte These: Die Credéisierung schützt durchaus nicht absolut sicher vor einer Infektion der Bindehaut, und die Ophthalmoblennorrhoe verläuft bei den credéisierten Fällen keineswegs günstiger wie bei den nicht credéisierten.)
5. Schenderowitsch, P., Die Behandlung der Gonoblennorrhoe der Neugeborenen und Erwachsenen an der Berner Universitäts-Augenklinik. Therap. Monatshefte. Bd. 29. p. 35—42. (Behandlung mit 3 % Kollargol oder 5 % Syrgol; letzteres erzeugte zuweilen stinkende Diarrhoe mit schlechtem Allgemeinbefinden.)

VI.

Pathologie der Gravidität.

Referent: i. V. Professor Dr. Veit, Halle.

A. Schwangerschaftsoxämien, Hyperemesis gravidarum, Ptyalismus gravidarum.

1. Albrecht, N., Über Chorea gravidarum. Bayer. Ges. f. Geb. u. Fr. 25. Jan. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 96. (In einem Fall prompte Heilung durch Injektion von Schwangerenserum. Also Auffassung als Toxikose.)
2. Ayres, O., Chorea gravidica. Brazil-Medico. Rio de Janeiro. March 22. Nr. 12. (Störung der inneren Sekretion als Ursache angenommen.)
3. Brechet, P., Hautkrankheiten in der Schwangerschaft. Med. Rec. Nr. 1.
4. Buschmann, Unilateral Impairment of the Kidney in the toxemia of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Nr. 10.
5. Cornwall, Acid Autointoxication Accompanying Hyperemesis of Pregnancy. Report of a case. New York Med. Journ. October.
6. Erpf-Lefkovicz u. Rosenbloom, J., The biochemistry of female genitalia. A quantitive Study of certain enzymes of the ovary, uterus and bladder, of pregnant and non pregnant sheep. Biochem. bull 1913. Bd. 2. Nr. 6.
7. Ferguson, C. E., Toxemias of pregnancy. Indiana State Med. Ass. Sept. 22. Journ. Amer. Med. Ass. Vol. 65. p. 1897. (Empfehlung der Prophylaxe der Eklampsie.)
8. Ferroni, Schwangerschaftstoxämie und Ren pelvicus congenitus mit Stieldrehung. Geburtsh. Gyn. Ges. d. Emilia. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 359. (1 Fall derart.)
9. Fischkin, E. A., Dermatoses of Pregnancy. Illinois Med. Journ. Chicago. April Nr. 4.

10. Harabath, R., Über Graviditätshypertrichosis. Gyn. Rundsch. 1913. p. 705. (Beobachtungen an trächtigen Hündinnen.)
11. Jung, Ph., Behandlung des sogenannten unstillbaren Erbrechens während der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. 1916. 3. (Gute Zusammenstellung der heute gültigen Ansichten.)
12. Mc Donald, E., Behandlung der Schwangerschaftstoxämie mit Duodenaleinläufen. Med. Rec. Nr. 3.
13. van Meerdervoort, P., Eene ongewone uiting van zwangerschaps autointoxicatie. Nederl. Maandschr. etc. Bd. 2. (Juckendes Ekzem. Eklampsie post partum. Heilung.)
14. Miceli, Cataratta e Tossicosi gravidica. Lucina. 5.
15. *Miller, J. R., The Relation of Albuminuric Retinitis to the Toxemias Pregnancy. Amer. Journ. of Obst. August. Vol. 72. p. 253.
16. Moulden, Toxemia of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Jan. 1916.
17. Nothmann, F. H., Über Hyperemesis gravidarum. Diss. in. 1914. Breslau. (21 Fälle derart.)
18. Plass, E. D., Die Bedeutung der nichtkoagulierten Stickstoffkoëffizienten im Blutserum bei Schwangerschaft und Schwangerschaftstoxinen. Amer. Journ. of Obst. April 15.
19. Reeves, Toxaemia of Pregnancy; Report of two Cases. Kansas Med. Soc. Journ. November.
20. *Tweedy, E. H., Etiology and Treatment of Hyperemesis and other forms of Pregnancy Toxemias. Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp. Oct. dess.
21. Zoppi, Sulla reazione del Gerhardt nei lomiti incoescibili. La rass. d'ost. e gin. 4.

Miller (15) sieht in der Retinitis albuminurica jedesmal einen bestimmten Hinweis für Nephritis, wenn auch nicht jedesmal bei Nephritis Retinitis gefunden wird. Die Augenspiegeluntersuchung ist daher bei jeder Albuminurie in der Schwangerschaft nötig.

Tweedey (20) ist der Meinung, dass zu der Toxämie der Schwangerschaft als auslösendes Moment Störungen der Verdauungstätigkeit, Zersetzungen der Nahrungsmittel usw. hinzutreten und sieht deshalb in der Diät die beste Behandlung der sog. Schwangerschaftsvergiftungen. Auch empfiehlt er die Darreichung von Ölen.

B. Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft.

1. Aubert, Grossesse et Trypanosomiase. Soc. de Path. exot. 13. Oct. Presse méd. (Nicht kriminelle Eingriffe, sondern die Trypanosomiasis ist im französischen Kriege die Ursache der vielen Aborte.)
2. Bacher, F., Beitrag zur Frage des künstlichen Abortes bei Tuberkulose. Diss. in. Breslau. (Bericht über 29 Fälle.)
3. *Chotzen, Th., Über die diagnostische Bedeutung des antitryptischen Titers des Blutserums. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn Bd. 76. 3. p. 859.
4. Credé-Hoerder, C. A., Tuberkulose und Mutterschaft. Berlin. Verlag von S. Karger. (Grundstimmung gegen die Ausdehnung des künstlichen Abortes bei Tuberkulose Schwangerer.)
5. Davis, E. P., Tuberkulose als Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Berücksichtigung der Therapie. Ther. Gazette Detroit 15. März.
6. Dice, W. G., Pregnancy and incipient and inactive Tuberculosis. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 297. (Die Einleitung des Abortus muss ernstlich erwogen und mit einem guten Kliniker entschieden werden.)
7. Döbl, Beitrag zur Frage „Nierentuberkulose und Schwangerschaft". Diss. in. Kiel. (Nephrektomie eventuell auch in der Schwangerschaft angezeigt; erneute Schwangerschaft kann gut verlaufen.)
8. Engelhorn, Typhusschutzimpfung bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Nat. Med. Ges. zu Jena. 9. Dez. Münch. med. Wochenschr. 1916. p. 203. (Kein Nachteil für Schwangere zu fürchten. Nabelschnurblut des Kindes in der Hälfte der Fälle untersucht zeigte keine Agglutination. Also Übergang der Schutzstoffe unwahrscheinlich.)
9. — Colpitis cruposa. Nat. Med. Ges. Jena. 4. Nov. Münch. med. Wochenschr. p. 1728. (Ein Fall bei einer schwangeren Frau.)

10. Farani, Tuberkulose und Schwangerschaft. Brasil-Medico. November.
11. Fidelholz, A., Vaginale Totalexstirpation des graviden Uterus bei Lungentuberkulose. Diss. in. Strassburg. (Bericht über 20 Fälle.)
12. Franz, Th. und Kuhner, M., Über die Impfung von Schwangeren, Wöchnerinnen oder Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. 13. Heft 3/4. (Kein Nachteil beobachtet. Schutz des Kindes durch Impfung der Mutter nicht absolut sicher.)
12a. *Freund, H., Tuberkulose und Fortpflanzung. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 14. p. 195.
13. Funk, E. N., Die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwangerschaft. Ther. Gaz. Detroit. 15. März.
13a. Hartog, C. M., De tuberculose van het strottenhoofd en zwangerschap. (Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft.) Nederl. Keel-, neus-, oorheelk. Vereenig. Sitzg. vom 21. Nov. Als Original erschienen i. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1916. I. Hälfte. Nr. 7. p. 556. (Holländisch.) (Verf. stellt sich auf Grund eigener Erfahrungen in einer Reihe mit Kuttner und Sokolowsky und will bei jeder Schwangerschaft vor dem dritten Monat die durch Kehlkopftuberkulose kompliziert wird, den künstlichen Abortus einleiten. Nach dem dritten Monate wird dieser Eingriff ein doppelschneidiges Schwert und soll mit dem Leben des Kindes Rechnung getragen werden. Wenn möglich ist mit der Einleitung der Fruchtausstossung bis zur Lebensfähigkeit der Einleitung derselben abzuwarten. Vom Standpunkt der Kehlkopfspezialisten ist der Verf. von der Richtigkeit seiner Auffassung überzeugt. Er teilt zwei Fälle aus eigener Praxis ausführlich mit, in denen die Schwangerschaft auf den tuberkulösen Prozess einen verderblichen Einfluss hatte, der aber durch künstlichen Abortus vollkommen und sofort behoben wurde.) (Lamers.)
14. v. d. Hoeven, Syphilis en Zwangerschap. Ned. Maandbl. Bd. 2. (Infektion des Kindes erfolgt erst kurz vor der Geburt.)
15. — Longtuberculose en Zwangerschap. Ned. Maandschr. etc. Bd. 2.
16. Imhofer, R., Der gegenwärtige Stand der Frage: Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft. Prag. med. Wochenschr. 1914. 11.
17. *Laffont, Maltafieber in seinen Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Avril.
18. Lobenstine, R. W., The Newer Conception of Syphilis and Parturition. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 3. (Zusammenstellung. Übrigens warme Empfehlung der Behandlung selbst in zweifelhaften Fällen.)
19. Meyer, E., Aktivwerden einer latenten Tuberkulose und deren Übertragung während der Gravidität. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. 1916. 2. (2 Fälle derart.)
20. Norris, Ch., Schwangerschaft und Tuberkulose. Med. Soc. Pennsylv. 20. Sept. Journ. Amer. Med. Ass. 23. Okt.
21. Raspini, Larynx-Tuberkulose und Schwangerschaft. Gin. 1913. p. 249. (Tracheotomie empfohlen.)
22. *Sachs, H., Über den Einfluss der Milch und ihrer Antikörper auf die Wirkung hämolytischer Toxine. Berl. klin. Wochenschr. p. 764.
23. Savarè, Serologische und bakteriologische Untersuchungen über die Beziehungen der Syphilis zur Schwangerschaftsunterbrechung. Gyn. 1913. p. 485. (Syphilis ist verhältnismässig unwichtig in der Ätiologie des frühen Aborts.)
24. Schmidt, P., Ein Fall intrauteriner Übertragung von Paratyphus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. (Kind ging an intrauterin erworbenem Paratyphus zugrunde.)
25. Thomas, J. J., Pregnancy complicating Tuberculosis. Ohio State Med. Journ. Oct. Nr. 10.
26. *Trinchese, Infektions- und Immunitätsgesetz bei materner und fötaler Lues. Deutsche med. Wochenschr. p. 555.
27. Van Tussenbroek, C., B. H. Vos, H. Schut und I. B. Kouwer, Zwangerschap en longtuberculose (uitkomsten van een onderzoek der gegevens, door Nederlandsche geneeskundigen verstrekt). Ned. Tijdschr. voor Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. Afl. 2/3. Nederl. Tijdschr. voor Gen. Amsterdam, Jan. 13. Nr. 3. p. 217—284. (Sammelreferat der Mitteilungen von 155 niederländischen Ärzten über den Einfluss der Schwangerschaft auf die Tuberkulose. In 184 Fällen wurde ein ungünstiger Einfluss festgestellt, in 223 Fällen nicht. In einem sehr ausgedehnt behandelten statistischen Überblick mit Angabe der Fälle, worin Partus praematurus oder Abort wegen der Tuberkulose eingeleitet wurde, kommen die Verfasser zu der Meinung, dass es bei der Tuberkulose nicht angeht, von bestimmten Massnahmen zu sprechen; denn es sei ganz

unmöglich, während der Schwangerschaft eine exakte Prognose zu stellen. Jedenfalls stellen sie sich auf einen ablehnenden Standpunkt mit Beziehung auf die Frage, ob das Unterbrechen der Schwangerschaft durch Abort erlaubt sei, da doch die Tuberkulose eine Krankheit ist, die auch spontan die grössten und meist unberechenbaren Schwankungen zeigt.) (Mendes de Leon.)

28. Vos, B. H., Tuberculin für die Diagnose und Behandlung der Tuberculosis pulmonum. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Amsterdam. Jan. 23. LIX. Nr. 4. p. 285.
29. Weiss, A., Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen der Colpitis granularis der Schwangeren und Gonorrhoe. Inaug.-Diss. Heidelberg 1914.

Aus den Versuchen von Sachs (22) ergibt sich, dass man biologisch rohe und gekochte Milch durch Cobragift und Arachnolysin in vitro und in vivo unterscheiden kann und dass es durch eine antizellulär gerichtete Antikörperwirkung (Laktoserum) gelingt, die Empfindlichkeit der Zelle gegenüber einem Toxin zu steigern.

Die Komplikation des Maltafiebers mit Schwangerschaft ist ernst. Nach Laffont (7) sieht man bei der Erkrankung die verschiedensten Genitalstörungen; Abortus oder vorzeitige Geburt tritt oft ein. Kinder können an dem Keim zugrunde gehen. Im Wochenbett steigert sich das Fieber oft. Die Keime werden in der Vagina und im Blut gefunden.

Nach Trinchese (26) ist das Collessche wie das Profetasche Gesetz hinfällig. Je früher der Fötus infiziert wird, um so rascher verläuft die Syphilis nach Art einer Sepsis. Bis zum 8. Monate ist die Wassermannsche Reaktion negativ. Erst in den letzten Monaten wird sie schwach positiv. Bei verhältnismässig spät erfolgender Infektion können alle Syphiliszeichen bei der Frucht fehlen; trotzdem kann das Kind infiziert sein.

Nach Chotzen (3) ist das Fehlen einer Steigerung des antitryptischen Titers des Serums sowohl bei fraglicher Schwangerschaft wie bei Karzinomverdacht in negativem Sinne zu verwerten.

Eine positive Reaktion ist nur mit Vorsicht und nur in Verbindung mit anderen Zeichen zu verwerten.

Freund (12a) gibt eine vortreffliche Zusammenstellung in einem Bericht über Tuberkulose und Fortpflanzung. Bei Lungentuberkulose im 1. Stadium wird der Prozess meist nicht aktiviert; dagegen schädigt die Schwangerschaft die an aktive Tuberkulose Leidende auf das Ernsteste. Dem entsprechend will er in diesen Fällen die Schwangerschaft unterbrechen, dann sterilisieren und dann die Tuberkulose in Behandlung nehmen. Wer den derzeitigen Standpunkt kennen lernen will, sei auf dies Referat verwiesen.

C. Sonstige Erkrankungen in der Schwangerschaft.

1. *Acconci, Untersuchungen über die pathologische Anatomie der Plazenta bei Schwangerschaftsalbuminurie. Soc. ital. di ost. e gin. Vol. 18. p. 525.
2. Adam, Augenveränderungen bei der Schwangerschaft und Geburt. Berl. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. 27. Mär 1914. Zentralbl. f. Gyn. p. 11. (Siehe vorigen Jahresbericht p. 526.)
3. Albrecht, H., Komplikationen der Schwangerschaft mit Ileus infolge Abknickung des Dickdarmes durch einen entzündlichen Netztumor. Münchn. Gyn. Ges. 28. Mai. 1914. Deutsche med. Wochenschr. p. 90.
4. *— Zur Ätiologie der Chorea gravidarum. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 3. p. 677.
5. — Therapie der Schwangerschaftspyelitis. Zeitschr. f. gyn. Urol. Nr. 6. (Zuerst Ureterenkatheterismus neben innerer Therapie; bei Verschlimmerung Nierenbeckenspülungen.)
6. *Ahlfeld, Die Resorptionsfähigkeit der Genitalien im puerperalen Zustand. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. 3. p. 877.

7. Amann, J. A., Cholelithiasis und Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 50. (Ein Fall von Auslösung des Anfalls durch die Schwangerschaft.)
8. Armbruster, Zur Übertragung von Nierenleiden von Mutter auf Embryo. Frauenarzt. 39. 9.
9. Banister, J. B., Pregnancy complicated by severe morbus cordis: two cases treated by Hysterectomy under spinal anaesthesia. Lancet. August 15. 1914. (1. Fall. Vierter Monat. Vaginale Exstirpation des schwangeren Uterus, Tod am folgenden Tage. 2. Fall. Am Ende der Schwangerschaft schwere Störung der Kompensation. Abdominale Uterusexstirpation. Mutter und Kind gerettet.)
10. *Bauch, Zur Frage der Leberfunktionsstörung während der Gravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 3.
11. Bing, Kastration wegen Osteomalazie bei Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Bonn.
12. Black, J. H., Allergic Reactions in Pregnancy. Texas State Journ. of Med. Oct. Nr. 6.
13. Brohl, Schwangerschaft und Perityphlitis. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln, 11. Juni 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 170. (Mehrere Fälle, die alle durch schnelle Operation der Appendizitis geheilt wurden. Abortus folgte stets.)
14. Calderini, Über einen Fall von Caput medusae während der Gravidität. Lucina. 1913. Nr. 1. p. 2. (Erweiterung der Blutgefässe vom Nabel bis zur Achselhöhle.)
15. Calman, Zwei Fälle von schwerer Pyelitis in der Schwangerschaft. Geb. Ges. Hamburg, 27. Okt. 1914. Zentralbl. f. Gyn. p. 137. (Beide mit Nierenbeckenspülung prompt geheilt.)
16. *Carlson, A. J., and H. Ginsburg, Influence of Pregnancy on Hyperglycemia of Pancreatic Diabetes. Amer. Journ. of Physiol. Baltimore. Jan. XXXVI. Nr. 2.
17. Cova, Über die Wirkung der Schwangerschaft auf ein leeres Uterushorn bei Tieren mit Uterus bicornis. Gin. 1913. p. 361. (Deciduareaktion fehlte, Schwangerschaftshypertrophie bestand.)
18. — Experimentelle Studien über Phosphorvergiftung in der Schwangerschaft und über die durch Phosphor hervorgerufenen Veränderungen am Uterus und den Ovarien. Gin. 1913. 1. p. 1. (Bei einer Ikterusepidemie starben von 23 Schwangeren 10, während die Männer und die Nichtschwangeren genasen. Experimentell konnte das nicht erklärt werden.)
19. Davis, E. P., Schussverletzung des Unterleibs und der schwangeren Gebärmutter. Amer. Journ. of Med. Sc. 1914. p. 616. Oct. (Sofortige Operation. Entleerung des im fünften Monat schwangeren Uterus mit Naht. 40 Darmperforationen. Naht. Heilung.)
20. Engelhorn, Zur Ätiologie der Pyelitis gravidarum. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. 25. Jan. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 104. (Aszendierender Mechanismus angenommen.)
21. Fabre et Bourret, La Réaction myéloide dans l'anémie pernicieuse de la grossesse. Reunion Obst. et Gyn. de Lyon. Jan. 1914. Ann. de Gyn. Tome 41. p. 523. (Knochenmarkleukämie mit Anämie. Tod in der Schwangerschaft.)
22. Fellner, O. O., Herzkrankheiten und Schwangerschaft. Schlussbemerkung zu der Erwiderung des Herrn Prof. Freund. Gyn. Rundschau. IX. p. 124. (Polemik gegen Freund, Verteidigung der eigenen Statistik. Verf. tritt den Schlussfolgerungen Frommes und Thalers bei.)
23. Ferroni, Ureteronephrektomie wegen Uronephrose während der Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 356. (Diagnose auf Ovarialtumor gestellt.)
24. — Seltene Formen von die Schwangerschaft komplizierendem Ileus. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 358. (Zwei Fälle, einer bedingt durch Tuberkulose eines Ileumabschnittes, der andere durch eine Darmgeschwulst.)
25. Frank, Eiterige Peritonitis am Ende der Schwangerschaft, hervorgerufen durch Infektion der Placenta praevia. Uterusexstirpation sub partu. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln, 23. April 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 167. (Heilung. Kind tot.)
26. Franz, R., Pyelitis in der Schwangerschaft. Med. Klinik. Nr. 7. p. 190. (In allen schweren Fällen lokale Therapie.)
27. Freund, H. W., Herzfehler und Schwangerschaft. Frauenarzt. p. 258. (Die Komplikation von Herzfehler mit Schwangerschaft hat eine ernste Prognose. Charakteristische Kasuistik.)
28. — Herzfehler und Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. 9. Jahrg. Heft 5—6. p. 83.
29. — Herzfehler und Schwangerschaft. Schlussbemerkung an Herrn Dr. O. Fellner. Gyn. Rundschau. IX. p. 186.

29a. Furno, A., Un caso interessante di diabete in gravidanza. Revista critica di clin. med. Nr. 14. (Italienisch.) (Kasuistisch interessanter Fall. Zweite Schwangerschaft. Im weiteren Verlauf der Gravidität traten auch Azeton und Diazetsäure im Harn auf. Diät blieb ohne jeden Einfluss. Nach Ablauf der Schwangerschaft schwanden die Symptome.) (Lamers.)
30. *Gessner, Zur Behandlung der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 49.
31. Grönnè, Et Tilfaelde af Chondrodystrofi. (Ein Fall von Chondrodystrophie.) Dem. Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 7. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1822. (O. Horn.)
32. Harrigan, Nephrectomy During Pregnancy. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 6.
33. Van Haeff, M. H. P., Over het uit ramen aan zwavelwaterstof afsplitsend enzym in het speeksel. Tevens een bijdrage tot de kennis der enzym-adaptaties. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Amsterdam. Jan. 23. Nr. 4.
34. Haertel, E., Salvarsan bei Chorea gravidarum. Münchn. med. Wochenschr. 1913. Nr. 4.
35. Hassencamp, E., Beitrag zur perniziösen Anämie in der Gravidität und Puerperium. Inaug.-Diss. Marburg 1914. (Empfehlung von Injektion von defibriniertem Blut.)
36. Haussen, Klaus, Glykosurie, Ketonurie und Diabetes in der Schwangerschaft. Medicinsk Revue. Bergen. p. 236. (Eine 37jährige Frau bekommt in dem 7. Schwangerschaftsmonat Pruritus genitalium, Glykosurie, schwere Ketonurie. Die letzte zeigte sich von der Menge des Zuckers unabhängig. Die Zuckermenge konnte bei passender Diät einigermassen reguliert werden, schwankte zwischen 0 und 4,4 %. Da das letzte Kind wegen abnormer Grösse bei der Geburt gestorben war, wurde diesmal im neunten Monat künstliche Frühgeburt eingeleitet. Kind, lebend, 4000 g schwer. Nach der Geburt eine schwere Eklampsie. Nach drei Wochen vollständige Genesung, keine Glykosurie. In einem zweiten Falle setzten die diabetischen Erscheinungen ungefähr gleichzeitig mit dem Anfang der Schwangerschaft ein. Die Glykosurie konnte nicht zum Schwinden gebracht werden. Nach der Geburt hörte sie eine Zeit hindurch auf, trat aber wieder ein. Acht Monate nach der Entbindung Mors in Coma. Verf. lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf das Auftreten der Ketonurie.) (Kr. Brandt.)
37. Hilgers, E., Komplikation von Herzfehlern und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Strassburg 1914. (Betonung der schlechten Prognose.)
37a. Van der Hoeven, P. C. T., Over stuwingen en het ontstaan der varices in de graviditeit. (Über Stauung und die Entstehung der Varizen in der Gravidität.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Heft 5. p. 271. (Holländisch.) (In der Schwangerschaft entwickelt sich in der Gebärmutter ein umfangreiches Gefässgebiet in der Wand und in der Plazenta. Viel mehr Blut wie sonst muss durch die Venae hypogastricae und spermaticae in die Vena cava abgeführt werden. Letztere bekommt infolgedessen viel größere Mengen Blut wie sonst und die Folge ist, dass in den anderen Venen, die ebenfalls in die Cava münden, besonders die unterhalb der Hypogastricae und Spermaticae gelegenen, das Blut sich staut. Unter Einfluss dieser Stauung entsteht die Dehnung der Gefässe leichter wie ausserhalb der Schwangerschaft. Es ist möglich, dass auch der Schwangerschaftsintoxikation dabei eine Rolle zukommt.) (Lamers.)
38. Hohlweg, Der Reststickstoff des Blutes unter physiologischen Bedingungen, sein Verhalten bei Nephritis, Urämie und Eklampsie, sowie seine Bedeutung für die Prüfung der Nierenfunktion. Med. Klinik. 21. März. p. 331.
39. *Holzbach, E., Über Nierensuffizienz und -Insuffizienz in der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 77. p. 115.
40. *Huffmann, Zur Bestimmung des Gesamtcholesterins im Blute an geburtshilflichen und gynäkologischen Fällen. Zentralbl. f. Gyn. p. 33.
41. Huggins, Die Behandlung der Pyelonephritis Schwangerer. Amer. Gyn. Soc. Med. Rec. August 28. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 714. (Will in schweren Fällen von Pyelonephritis die Schwangerschaft unterbrechen; er verlor von zwölf Kranken zwei. Er nimmt als Entstehungswege hauptsächlich das Aufsteigen des Prozesses von der Blase aus an.)
42. Jaschke, R. Th., Beitrag zur Kenntnis der echten Typhlitis (und Perityphlitis) in der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 651. (Es handelt sich nach der Darstellung des Verf. um eine echte Blinddarmentzündung. Leider konnte die Operation die Hochschwangere nicht retten; auch das Kind war abgestorben.)

43. *Jaschke, R. Th., Die Wertung der verschiedenen Formen von Herzkrankheiten in der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 163.
43a. Job, Herz und Generationsvorgänge. Inaug.-Diss. Strassburg. (Bearbeitung des Materials von H. W. Freund.)
44. *Koch, C., Vergleichende Untersuchungen zur Ätiologie der Schwangerschaftspyelitis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 202.
45. Longaker, Mitral disease and gestation. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 280, 341. (Will bei der Geburt Dämmerschlaf auch für Herzkranke anraten.)
46. Lorch, H., Zur Differentialdiagnose zwischen traumatischer Ruptur und Perforation der schwangeren Gebärmutter. Inaug.-Diss. Strassburg 1914.
47. Mac Carthy, J., Psychosen und Neurosen in der Schwangerschaft und im Puerperium. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. August.
48. Markoe, J. W., Two cases of Appendicitis complicating Pregnancy. Bull. Lying-in Hospital of City of New York.
49. Micele, Katarakt und Schwangerschaft, Lucina. 1. Okt. p. 65.
50. Moodle, R. L., Occurence of Nine-Millimeter Human Embryo in Margin of Full-Terme Placenta. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. May. Nr. 5.
51. *Newell, F. S., The blood-pressure during pregnancy. Journ. Amer. Med. Assoc. 5. p. 393.
52. *Orlovius, M., Funktionsprüfung erkrankter Nieren bei bestehender Schwangerschaft zur Entscheidung der Frage der künstlichen Unterbrechung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 348.
53. Pellissier, Blood Pressure and Viscosity in Vomiting of Pregnancy and in Heart Disease. Arch. mens. d'obst. et de gyn. May. IV. Nr. 5. p. 177—224.
54. Pinkham, Intestinal obstruction complicating pregnancy. Transact. New York Obst. Soc. 9. Febr. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 963. (Tod im siebenten Schwangerschaftsmonat an allgemeiner akuter Peritonitis mit parenchymatösen Veränderungen von Leber und Niere, Gangrän des Dünndarms, Ursache unklar. Vielleicht alte Adhäsionen von früherer Laparotomie.)
55. Plahl, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Korsakoffschen Psychose in der Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 293. (Im fünften Monat Schwangerschaft Polyneuritis nach Hyperemesis. Dann Korsakoffsche Psychose. Abortus. Ursache unklar.)
56. Price, N. G., Acute Pyelitis of Pregnancy. New Jersey Med. Soc. Journ. Sept.
57. — Spontaneous evolution of a transverse presentation, with report of a case. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 65. p. 1547. (Mazeriertes Kind im achten Monat.)
58. Reder, Francis, Surgical Operations During the Pregnant State. Amer. Assoc. Obst. and Gyn. 14. IX. Journ. of the Amer. Med. Assoc. CLV. Nr. 14. p. 1214. Amer. Journ. of Obst. 1916. (Nur dringende Operationen machen!)
59. Renaud, Über Herzfehler und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Leipzig.
60. Resinelli, Über einen Fall von Chorea während der Schwangerschaft. Gin. 1913. p. 51. (Besserung durch künstlichen Abortus.)
61. Riha, J., Pyelitis gravidarum. 5. Kongr. tschech. Ärzte 1914. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
62. Rissmann, P., Weitere Beiträge zur diätetischen und medikamentösen Beeinflussung der Schwangerschaft und Eklampsiebehandlung. Med. Klinik. 11. April. p. 427.
63. Rübsamen, W., Über Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 98. Heft 2. p. 268.
64. Schwarz, F., Über Spontanrupturen des Uterus in der Gravidität. Inaug.-Diss. Bonn.
65. Shaw, W. F., Acute Intestinal Obstruction Following Septic Miscariage. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Oct.-Dec. XXVI. Nr. 4.
66. Senger, A., Appendizitis in der Gravidität. Inaug.-Diss. München 1914. (Berichtet über mehrere Fälle.)
67. Sippel, P., Über einen Fall von Ostitis fibrosa deformans mit ausgedehnten Knochentumoren. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. (Es handelt sich um einen Fall, der als metaplastische Malazie vom Typus Recklinghausen gedeutet wurde, der durch Schwangerschaft akut geworden ist.)
68. Smit, L., Ein Fall von doppeltem Volvulus während der Schwangerschaft. Med. Rev. p. 17. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.

69. *Steiger, M., Zur Behandlung der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. 20. Febr. p. 118.
70. *Stoeckel, W., Zur Behandlung der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. p. 273.
71. Tawse, Ruptur of Ventral hernia in adult Women with Extraversion of Bladder. Lancet. II. Nr. 4803.
72. Thaler, Schwerer Basedow als Schwangerschaftskomplikation. Strumektomie in graviditate. Wiener Geb.-gyn. Ges. 12. Jan. Gyn. Rundschau. IX. p. 237. (Erfolg für Mutter und Kind.)
73. Wallace, C. J., Ruptura appendicis am normalen Schwangerschaftsende. Journ. of Amer. Med. Assoc. 27. Febr. p. 739.
74. Weibel, Zur Ätiologie der Schwangerschaftspyelitis. Zeitschr. f. gyn. Urol. Nr. 3.
75. *Werner, Untersuchungen über die Nierenfunktion bei gesunden und kranken Schwangeren und Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 471.
76. *Wolff, P., und M. Zade, Diagnose und Prognose der Nierenveränderungen in der Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. 40. Heft 6.
77. Zoeppritz, B., Schwangerschaft und Nephrektomie. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 3. Heft 1 u. 2.

Newell (51) gibt das Ergebnis einer Sammelarbeit über den Blutdruck in der Schwangerschaft. Eine vorübergehende Blutdrucksteigerung ohne anderweite Symptome kommt ebenso wie sonst vor. Dauernde Steigerung fasst er auf als Toxämie. Kleine Mengen von Eiweiss im Harn ohne Blutdrucksteigerung sind gleichgültig; bei Steigerung ist die Albuminurie Ausdruck einer Toxämie.

Das Ergebnis von Wolff und Zade (76) lautet: Die einzelnen Formen der Nierenstörungen in der Schwangerschaft sind nach unseren heutigen klinischen Kenntnissen noch nicht mit voller Sicherheit voneinander zu trennen. Aus einer Nephropathia e graviditate resp. Eklampsie kann sich im Wochenbett und in späterer Zeit eine chronische Nephritis entwickeln. Die Nephropathia e graviditate disponiert die davon Befallenen zu Rezidiven bei späteren Schwangerschaften. Retinitis albuminurica ist auch bei reiner Nephropathie und Eklampsie beobachtet. Bei chronischer Nephritis und gleichzeitiger Schwangerschaft hat das Auftreten der Retinitis albuminurica nicht die üble prognostische Bedeutung wie ausserhalb der Schwangerschaft. Die Retinitis kann durch eine die chronische Nephritis komplizierende Nephropathie bedingt sein und kann mit dieser nach der Geburt vollkommen verschwinden.

Orlovius (52) benutzte ebenso wie s. Z. Heynemann als Methode der Funktionsprüfung der Nieren die Neubauersche Darreichung von 1,5 g Kreatinin in Zuckerwasser und bestimmte nach Folin die Tagesmenge des Vortages sowie die 6stündigen Portionen des Haupttages und des Nachtages; sein Material bestand aus 3 gesunden Nichtschwangeren, 10 gesunden Schwangeren und 10 Schwangeren resp. Wöchnerinnen mit Nierenstörungen, Schwangerschaftsnieren. Die gesunde Niere Schwangerer arbeitet nach seinen Untersuchungen mindestens ebenso gut wie sonst; dies stimmt mit der Angabe von Eckelt und Fetzer; er nimmt sogar eine Hyperfunktion der Niere in der Schwangerschaft an. Bei kranken Nieren resp. Störungen der Nierenfunktion sinkt die Schnelligkeit der Kreatininausscheidung und darin glaubt Orlovius Anhaltspunkte für die Prognose der Nierenerkrankung zu gewinnen.

Die vortrefflichen Untersuchungen von Holzbach (39) führen ihn dazu, dass er in der Funktionsprüfung der Nieren eine wesentliche Vermehrung für unsere Diagnostik zu erblicken hofft. Er will nicht mehr unterscheiden zwischen Schwangerschaftsnieren und Nephritis, sondern nur zwischen Nierensuffizienz und -Insuffizienz. Bei absoluter Niereninsuffizienz will er die Schwangerschaft unterbrechen. Anders steht es für ihn bei der relativen Niereninsuffizienz. Hier scheint im wesentlichen die Frucht gefährdet zu sein.

Acconci (1) beschreibt als Charakteristik bei Albuminurie und Schwangerschaftstoxikosen Veränderungen des Chorionepithels und sieht in ihnen die Ursache der Störungen.

Bauch (10) hat die Leberfunktion in der Gravidität erneut geprüft. Von 22 gesunden Graviden schieden nach 40 g Galaktose 14 keinen Zucker im Harn aus. 8 Schwangere schieden nur geringe Mengen Zucker aus, die das erlaubte Mass nicht überschritten. Hyperglykämie wurde nicht beobachtet. In einem Fall von Schwangerschaftstoxikose — leicht präeklamptische Zustände — fand Bauch auch ohne Galaktosedarreichung Glykämie, die sich durch Galaktosezufuhr noch steigerte.

Carlson und Ginsburg (16) haben durch Exstirpation des Pankreas bei nichtschwangeren Tieren pankreatischen Diabetes in 7—12 Stunden erzeugt. Am Ende der Schwangerschaft war dies aber nicht möglich, so lange die Früchte lebten und die Verbindung zwischen Muttertier und Frucht nicht zerstört war. Sie erhielten dies entweder durch ein Sekret des fötalen Pankreas oder durch sonstige Entgiftungsaktion.

Renaud (59) behandelt die Frage der Komplikationen von Herzfehler und Schwangerschaft. Von 61 Fällen derartiger Herzerkrankungen gingen 13 Frauen zugrunde. In 60% der Fälle verlief die Schwangerschaft ohne Beschwerden. In 70% der Fälle verlief das Wochenbett normal. In etwa 30% der Fälle musste die Schwangerschaft unterbrochen werden. Bedrohliche Zustände treten auf bei Stenose und Insuffizienz der Mitralklappen. Der Verf. kann sich nicht dazu entschliessen, die Prognose an sich schlecht zu stellen.

Albrecht (4) beschreibt einen Fall von rezidivierender Schwangerschaftschorea, der innerhalb 24 Stunden durch Injektion von 20 ccm normalen Schwangerschaftsserums prompt geheilt wurde; in einem weiteren Fall nahm er Autointoxikation des Zentralnervensystems durch Dysfunktion innersekretorischer Drüsen an. Er ist zu der Hypothese geneigt, dass ein direkter kausaler Zusammenhang zwischen Chorea minor und den innersekretorischen Umwälzungen der Präpubertätszeit wahrscheinlich ist, wie dies für die Schwangerschaftschorea mit den Schwangerschaftsveränderungen dargetan ist.

Huffmann (40) hat festgestellt, dass der Cholesteringehalt des Blutes während der Schwangerschaft über seinen normalen Wert steigt. Die Kurve erreicht ihre Höhe im letzten Monat der Schwangerschaft, und sinkt in den ersten 8—10 Tagen nach der Geburt wieder. Bei Eklampsie scheinen besonders hohe Werte erreicht zu werden.

Gessner (30) tritt auf Grund von theoretischen Erwägungen und praktischen Erfahrungen für ein möglichst aktives Verfahren bei Eklampsie ein. Er meint, dass die Schwangerschaftsniere wie die Eklampsie eine Folge derselben Dehnungs- und Spannungsvorgänge ist, welche während der Schwangerschaft sich in der Bauchhöhle der Frau abspielen. Er will in der Schwangerschaft deshalb den Ureter in den Darm einpflanzen. Die Morphiuminjektion betrachtet er nur als einen Notbehelf. Steiger (69) tritt dem ganz entschieden entgegen. Eine grössere Operation bei Eklampsie scheint ihm unnötig zu sein. Stöckel (70) spricht ebenfalls mit grosser Entschiedenheit seine ernsten Bedenken gegen Gessners Ansichten aus.

Ahlfelds Arbeit (6) ist im wesentlichen für die Frage von Bedeutung, wie man puerperale Infektionen zu deuten habe und beschäftigt sich mit den Fragen des Fiebers durch Resorption oder durch Retention. Er bleibt bei den Ergebnissen seiner experimentellen Arbeiten bestehen. Die Resorptionsfähigkeit der Scheide ist stets geringer als die des Uterus. Unabhängig von der Grösse der Höhle vermindert sich die Resorption bei zusammengezogenem Uterus, bei schlaffem wird sie erhöht. Die Resorption ist am stärksten vom 3. bis 6. Tage des Wochenbettes.

Jaschke (43) hat infolge der Arbeit von Freund erneut seine Ansichten über die Kombinationen von Herzkrankheiten mit Schwangerschaft dargelegt. Er steht im wesentlichen auf dem Standpunkte, dass die Leistungsfähigkeit des Herzens weniger durch den Klappenfehler als durch die Insuffizienz bedeutungsvoll wird. Immerhin ist jede Erkrankung, die mit einer dauernden und ständig zunehmenden Mehrbelastung des Herzens in der Schwangerschaft einhergeht, oder zu einer Konsumption der Kräfte führt, als eine ernste Komplikation anzusehen.

Werner (75) kommt auf Grund seiner sehr sorgfältigen Untersuchungen zu folgendem:

Eine Schädigung der glomerulären Funktion lässt sich bei Gesunden weder in der Schwangerschaft noch im Wochenbette mittelst der Milchzuckerprobe nachweisen. Die Funktion der Tubuli ist bei gesunden Schwangeren und Wöchnerinnen um ein Geringes gesteigert gegenüber den Verhältnissen bei Nichtschwangeren. Die Arbeit der Tubuli geschieht nicht kontinuierlich, sondern periodisch.

Die Gesamtleistung der Niere geprüft mittelst der Phenolsulfophthaleinprobe ist gut, doch ist die Funktionsbreite der Niere herabgesetzt.

Nach operativen Geburten in länger dauernder Narkose lässt sich eine Schädigung sowohl der glomerulären als auch der tubulären Funktion nachweisen, die aber anscheinend nur von kurzem Bestande ist. Auch hier ist die Funktionsbreite der Niere herabgesetzt.

Bei Kombination von gut oder nur mässig gut kompensiertem Herzfehler mit Schwangerschaft ergeben die Jod- und die Phenolphthaleinprobe gute Werte; die Ergebnisse der Milchzuckerprobe sind nicht eindeutig, lassen aber in manchen Fällen eine gewisse Schädigung erkennen.

Bei Pyelitis gravidarum lassen sich keine Störungen der Nierenfunktion nachweisen, es sei denn, dass die Erkrankung doppelseitig sei. In einem derartigen Falle war die Funktion der Tubuli herabgesetzt.

Der sogenannten Schwangerschaftsglykosurie dürfte eine Störung der Glomerulusfunktion zugrunde liegen; die Funktion der Tubuli ist nicht verändert.

Die Nierenfunktion bei Struma und Gravidität zeigt eine Störung nur in dem Sinne, dass auf den Reiz der Milchzuckerinjektion verhältnismässig oft Traubenzuckerausscheidung erfolgt. Diese Erscheinung dürfte als Funktionsschwäche des Glomerulussystems zu deuten sein.

Bei Nephritis in graviditate ergibt die Nierenfunktionsprüfung eine schwere Störung sowohl der glomerulären als auch der tubulären Funktion; letztere zeigt eine schnellere Besserung nach der Geburt, während erstere durch diese kaum beeinflusst wird.

Wir müssen zwei Formen von Nephropathia in graviditate unterscheiden, eine, die mit, und eine, die ohne Gefässstörungen einhergeht; erstere neigt zum Übergange in chronische Nephritis nach Ablauf der Gravidität; beiden gemeinsam ist ein äusserst wechselvolles Verhalten der Jodausscheidung.

Die Funktionsprüfungen mit Milchzucker und Jodkali sind ein wertvolles differentialdiagnostisches Hilfsmittel zur Unterscheidung zwischen Nephritis und Nephropathie und gestatten ausserdem eine Beurteilung des weiteren Verlaufes der Nierenkrankheit bei Nephropathie.

Die Eklampsieniere verhält sich funktionell ähnlich wie die Schwangerschaftsniere.

Auf Grund sehr sorgfältiger Untersuchungen an dem klinischen Material der Giessener Klinik kommt Koch (44) zu dem Ergebnis, dass in der Mehrzahl der Fälle Bakterien symptomlos in der Blase und im Ureter vorkommen können. Bei Erkrankungen findet sich am allerhäufigsten das Bacterium coli, daneben kommen auch Haufenkokken vor. Als Infektionsweg sieht er den aufsteigenden an. Er vertritt die Ansicht, dass Katarrh vom Kindesalter her für die Schwangerschaftspyelitis von Bedeutung ist.

D. Komplikation der Schwangerschaft mit Erkrankungen und Tumoren der Genitalorgane, Traumen, Lageveränderungen usw.

1. Ahlström, E., Fall von Retroflexio uteri gravidi. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
2. Amann, J. A., Myosarkom des Ligamentum latum bei Gravidität. Bayr. Ges. f. Geb. u. Fr. 25. Jan. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 102. (Exstirpation des Uterus und des Tumors. Tod nach drei Tagen.)
3. Applegate, J. C., Myom und Schwangerschaft. New York. med. Journ. 1. Aug. 1914. (Multiple Myome, Totalexstirpation im dritten Monat.)
4. Branson, Pelvic Neoplasms in Pregnancy. Jowa State Med. Soc. Journ. Dec.
5. Breitstein, Retrodisplacement of Pregnant Uterus. California State Journ. of Med. April.
6. Danforth, Ovarian Tumours in pregnancy with report of a case with a solid tumour. Surg., Gyn. and Obst. XX. 3. (Fibrom.)
7. Decio, Über einige Thrombosen bei Schwangeren. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 355. (Acht Fälle. Annahme mechanischen, nicht infektiösen Ursprunges.)
8. Ferroni, Entzündliche Prozesse der Anhänge und Schwangerschaft. Ann. di ost. März. (Eine interessante Kasuistik von Operationen an den Adnexen in der Schwangerschaft.)
9. — Zervikalmyome und Schwangerschaft. Lucina. 1913. (Zweimal am Ende der Schwangerschaft, zweimal in frühen Monaten subtotale Uterusamputation.)
10. Freund, Geburt nach konservativer Ovariotomie. Hiluszyste des Eierstockes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
11. Van der Hoeven, Myoom-operaties in de zwangerschap. Nederl. Maandschr. etc. Bd. 2. (Verlangt strenge Indikationsstellung.) (Mendes de Leon.)
12. Kaarsberg, Nogle Svulster fjaernede under Graviditet. (Einige Geschwülste während Gravidität entfernt.) Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 7. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1823—1825. (O. Horn.)
13. *Montuoro, F., Über die Intoleranz des fibromatösen Uterus bei Zwillingsschwangerschaften. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. 3. p. 702.
14. Meyer, Leopold, Et Tilfaelde af Ruptura uteri i Svangerskabet. (Ein Fall von Ruptura uteri bei Schwangerschaft.) Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 7. April. Ugeskr. f. Laeger. p. 1822. (Ausführlich veröffentlicht in Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie. Août.) (O. Horn.)
15. Phillips, M. H., Case of Myomectomy During Pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. London. Oct.-Dec. XXVI. Nr. 4. 5. Jan. (1. Fall Nekrose, Myomektomie im dritten Monat, Abortus im fünften Monat. 2. Fall Vereiterung. Abdominale Uterusexstirpation. Ursache der Vereiterung wohl kriminell. 3. Fall. Fieber im Wochenbett. Myom verschwindet. Später nichts mehr nachweisbar. 4. Fall. Puerperale Störung durch Myom. Operation. Heilung. 5. Fall. Maligne Degeneration. Operation. Vorläufige Genesung. 6. Fall. Ileus durch Myomadhäsionen. Operation. Heilung.)
16. Spaeth, Eingeklemmte Zyste bei einer Schwangeren. Ausschälung des intraligamentären Tumors. Die Schwangerschaft blieb erhalten. Geb. Ges. Hamburg. Zentralbl. f. Gyn. p. 615.
16a. Torggler, Fruchttod durch Blitzschlag. Gyn. Rundschau. IX. (Vier Wochen nach dem Blitzschlag, der schwere Spuren auf dem Körper hinterlassen hatte, Ausstossung der mazerierten Frucht. Literatur gut verarbeitet.)
17. Unterberger, Ovariotomie in der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1036. (Bericht über acht Fälle, zweimal Abortus.)
18. Van de Velde, Myoom, retroflexie en zwangerschap. Nederl. Maandschr. etc. Bd. 2. (Drei Fälle derart.)
19. Weibel, Schwangerschaft und Geburt nach Interpositio. Geb.-gyn. Ges. Wien. 9. März. Zentralbl. f. Gyn. p. 266. (Kaiserschnitt. Schwangerschaft verlief ohne Störung.)

Auf Grund von 3 Fällen, sowie von 15 Fällen aus der Literatur glaubt Montuoro (13), dass die Kombination von Zwillings-Schwangerschaft mit Uterus-

myom sehr bedenklich ist, oder sehr bedenklich werden kann. Das rapide Wachstum der Geschwulst und die starke Ausdehnung des Uterus durch Entwicklung von 2 Früchten gibt die Erklärung für diese Bedenken.

E. Krankheiten des Eies, intrauteriner Fruchttod, abnorm lange Retention des abgestorbenen Eies.

1. Amann, J. A., Destruierende Blasenmole. Münchn. gyn. Geb. 20. Mai. Münchn. med. Wochenschr. p. 923. (Abdominale Uterusexstirpation. Heilung, trotzdem nicht alles entfernt wurde.)
2. *Böhi, Über Chorioma malignum. Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 214.
3. Bovée, A case of Chorio-Epithelioma Malignum complicating a Two Months Pregnancy and a degenerated Uterine Fibroma. Surg., Gyn. and Obst. 4.
3a. Calderini, Beitrag zum klinischen Studium der zystischen Degeneration des Ovariums mit Blasenmole kombiniert. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1914. June. (Drei Wochen nach Blasenmole abdominal Radikaloperation.)
4. Doederlein, Destruierende Blasenmole. Münchn. gyn. Ges. 20. Mai. Zentralbl. f. Gyn. p. 527. (Abdominale Totalexstirpation mit Entfernung eines Tumors neben dem Uterus ins Parametrium. Heilung.)
5. Esmann, Et Tilfaelde af Graviditas extramembranacea. (Ein Fall von Graviditas extramembranacea.) Dem. Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 7. April. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1822. (O. Horn.)
6. Gammeltoft, Et Tilfaelde af Gentagen Mola hydatidosa. (Ein Fall von wiederholter Mola hydatidosa.) Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 3. Marts. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1780—1781. (O. Horn.)
7. Gaujoux, Rétention prolongée jusqu' au 9 mois d'un foetus mort au 4 mois de la grossesse. Reun. obst. et gyn. de Montpellier. Avril. Ann. de Gyn. Tome XLI. p. 479. (Ursache unbekannt. Will grundsätzlich Plazenta entfernen bei Verhaltung von abgestorbenen Eiern.)
8. Gies, F., Beiträge zur Klinik der Blasenmole. Inaug.-Diss. Heidelberg 1914. (Bericht über 30 Fälle.)
8a. v. Gromadzki, Ein Beitrag zur Lehre von der Blasenmole mit besonderer Berücksichtigung deren Pathogenese. Inaug.-Diss. Halle 1913 (Hydropische Quellung des Zottenbindegewebes mit regelloser Wucherung des Zottenepithels. Ursache Aufhören des fötalen Kreislaufs.
9. Hauch, Et Tilfaelde af Graviditas extramembranacea. (Ein Fall von Graviditas extramembranacea.) Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 2. Dez. 1914. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1768. (O. Horn.)
10. Hiess, Demonstration von drei ca. enteneigrossen Blasenmolen, welche 8, 10 und 12 Monate in utero retiniert wurden. Geb.-gyn. Ges. Wien, 12. Mai 1914. Gyn. Rundschau. IX. p. 141. Zentralbl. f. Gyn. p. 245.
10a. — Demonstration eines subchorialen Hämatoms, kombiniert mit partieller blasenmolenähnlicher Degeneration der Chorionzotten. Geb.-gyn. Ges. Wien, 12. Mai 1914. Gyn. Rundschau. IX. p. 141.
11. *Hinselmann, Die Veränderungen der Decidua parietalis bei Graviditas extrachorialis (Endometritis uteri gravidi praecipue traumatica). Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 3. p. 829.
12. Van der Hoeven, P. C. T., Placenta marginata en placenta circumvallata. Nederl. Mandschr v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 8. p. 447. (Holländisch.) (Die Theorien von v. Herff, Krömer und Meyer über die Entstehung der Placenta circumvallata werden abgelehnt. Die mütterliche Seite der Plazenta wird in ihrem Wachstum stark von dem der Uteruswand beeinflusst; die fötale Seite weniger und nur indirekt durch die an die Uteruswand festsitzenden Eihäute. Wird der Zusammenhang zwischen Eihäuten und Uteruswand zerstört — Hydrorrhoea gravidarum extrachorialis, Blasensprung während der Schwangerschaft — dann wächst die fötale Seite der Plazenta weniger stark wie die mütterliche, sie bleibt kleiner wie letztere, infolgedessen wird der Rand ausgezogen, gedehnt, und die Eihäute inserieren in einem Kreise 1—2 cm innerhalb des äusseren Randes der ausgewachsenen Plazenta. Verschwindet später die Flüssigkeit ausserhalb des Chorions, so werden durch den intra-ovulären

Druck die Eihäute von neuem an die Uteruswand gedrückt. Der äussere Rand der fötalen Seite der Plazenta wird also nun gebildet von Amnion, Chorion und Rest der Decidua reflexa, ein dicker weiser Ring: Placenta marginata. — Die Theorie von Sfameni kam der des Verf. und, nach dessen Ansicht, der Wahrheit am nächsten.) (Lamers.)

12a. Van der Hoeven, P. C. T., Circulatie-stoornissen in de placenta. (Zirkulationsstörungen in der Plazenta.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 6. p. 327. (Holländisch.) (Verf. macht den Versuch, verschiedene Abweichungen der Plazenta und, in den früheren Monaten der Gravidität, des Chorion: Mola cavernosa, Mola fibrosa, Hämatommole, vorzeitige Lösung der Plazenta, Ruptur des Sinus circularis, weisse Infarkte, „missed Abortion" und „missed Labour" vom einheitlichen Gesichtspunkt aus zu erklären. Alle werden auf Zirkulationsstörungen zurückgeführt. Ausschliesslich theoretische Betrachtungen, dann und wann anknüpfend an klinische Beobachtungen.) (Lamers.)

13. Hyde, Cl. R., Report on a case of perforation of the Uterus due to chorioepithelioma and simulating ruptured ectopic. New York Obst. Soc. 9. Febr. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 967. (Ein Fall derart mit tödlichem Ausgang.)

13a. Jonas, Blasenmolenbildung in der fertigen Plazenta. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 39. (Ein Fall bei einer Eklamptischen im siebenten Monat.)

14. Iraci, Mola vescicolare in parto bigemino teratologico. Policlinico. 7. Nov.

15. Lassale, Mort d'un foetus vers la fin du 5. mois de la grossesse; „Rétention du foetus mort" pendant 6 mois. Expulsion spontanée de l'oeuf deux mois après le terme normale de la grossesse. Reunion Obst. et Gyn. de Montpellier. Juni 14. Ann. de Gyn. Tome 41. p. 480.

16. Levi, Sopra un caso di sviluppo extracoriale del feto. Rass. d' ost. e gin. XXIV. Nr. 1.

17. Matthes, Vorführung eines Präparates von Zwillingsschwangerschaft mit Blasenmole aus dem fünften Schwangerschaftsmonat. Wiss. Ärzteges. Innsbruck. 12. Nov. Wiener klin. Wochenschr. 1916. p. 179. (Während der Blasenmole Ausbildung von Ovarialzysten. Rückbildung dieser nach Ausstossung der Blasenmole. Also die Luteinzysten nicht Ursache, sondern Folge der Blasenmole.)

18. Moodie, On the Occurence of a Nine Millimeter Human Embryo in the Margin of a Full Term Placenta. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 5.

19. Nyhoff, Hydrorrhoea amnialis. Ned. Gyn. Ver. 29. Nov. 1914. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. 2/3. (Ein Fall derart.) (Mendes de Leon.)

19a. Planchu, Hydatidenmole der drei ersten Schwangerschaftsmonate Lyon méd. 1914. 28. (Drei Fälle derart.)

19b. Stoppel, O., Über Blasenmole im präklimakterischen Alter und ihre Differentialdiagnose. Inaug.-Diss. Kiel 1913. (Ein Fall derart aus dem 53. Lebensjahr; abdominale Uterusexstirpation als Myom.)

20. Thaler, H., Retinierte Blasenmole mit subchorialen Hämatomen. Geb.-gyn. Gesellsch. Wien. 11. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 745 und Wiener med. Wochenschr. Nr. 42 und Gyn. Rundschau. 1914. VII. Nr. 16.

21. Van Waasbergen, De pathologie van de zwangerschap. Nederl. Maandschr. Bd. 2.

22. Warren, St. P., Two cases of so-called „Missed-Labor" with discussion. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Oct. p. 603. (Der erste Fall endete mit intrauteriner Sepsis nach allerhand wohl überflüssigen Eingriffen und zum Schluss erlöste der Kaiserschnitt die Frau von ihren Ärzten. Auch im zweiten Falle von Übertragen (so würden wir hier statt „Missed labor" sagen) Kaiserschnitt, dies Mal mit Erfolg für die Mutter.)

23. Zarate, Décollement du placenta normalement inséré et éclampsie; apoplexie utéroplacentaire. Ann. de Gyn. Tome 41. p. 435. (Tod unmittelbar im Anschluss an gewaltsame Entbindung nach dem Verfahren von Bonnaire. Verf. kennt übrigens Winters schönen Gefrierschnitt nicht.)

24. Zikmund, E., Mola hydatidosa. Cas. lek. cesk. 1914. 30. (Zum dritten Male bei derselben Frau beobachtet. Gleichzeitig Ovarialzyste, die sich als Luteinzyste charakterisiert.)

Hinselmann (11) nimmt an, dass die Veränderungen der Decidua parietalis in seinem Fall von exochorialer Schwangerschaft auf mechanischen Einfluss durch das Kind zurückgeführt werden müssen. Immerhin sind hinzu gekommen

Veränderungen, wie sie ganz sicher auf den Einfluss der Mikroorganismen zurückzuführen sind. Es handelt sich also um eine Bakterieneinwirkung auf Grund vorhergehender starker Veränderungen.

Böhi (2) beschreibt zwei Fälle, in denen sich auf der Plazenta Geschwulstbildung fand. Er nennt sie Choriom und spricht den ersten Fall als Sarkom, den zweiten als von Bindegewebe und Kapillaren zusammengesetzt an. Er hält beide für gutartig.

Warum Böhi seine Geschwulstbildung als Sarkom und als malign bezeichnet und trotzdem als gutartig, ist dem Referenten nicht ganz klar. Der Referent ist der Meinung, dass die Erklärung einfach damit gegeben werden kann, dass es sich um partielle Ansammlungen und Anhäufungen des embryonalen Bindegewebes mit mehr oder weniger grosser Beteiligung von Gefässen handelt, wie sie im grossen als falsche Nabelschnurknoten vielfach beschrieben sind, natürlich nur in der Schnur selber. Wenn aber in der Schnur derartige Dinge vorkommen, so kann das auch im Chorionbindegewebe beobachtet werden. (Ref.)

F. Vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft, abnorm lange Dauer derselben, künstlicher Abortus, Frühgeburt.

1. Atkinson, J. L., Management of Interrupted Pregnancy. Kentucky Med. Journ. Sept.
2. Ballard, P., Prognosis d'hémorrhagies in graviditate. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Déc. 1914. (Blutbefund und Blutdruck muss beobachtet werden.)
3. *Barrett, Ch. W., The treatment of abortion on the basis of its pathology. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 314.
4. *Benthin, W., Zur Kritik der Behandlung des febrilen Aborts. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 162.
5. Child, Ch. G., Simultaneous Abortion and Tubal Sterilization. New York Obst. Soc. 10. Nov. 1914. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 323. (Wegen Herzfehler in einem Fall gemacht. Erfolg.)
6. O'Connor, J., Therapie des inkompletten Abortes. Journ. Amer. Med. Assoc. 16. Oct.
7. Curchod, E., Die Behandlung des septischen Abortus. Schweizer Rundschau f. Med. 21. (Unter 159 Fällen von septischem Abortus wurden 143 aktiv behandelt; 93 starben; von 16 exspektativ behandelten Fällen starben 2. Er zieht deshalb das aktive Verfahren vor.)
8. Curtis, Experiments in Production of Abortion and Labor by Use of Placental Extracts. Surg., Gyn. and Obst. March. p. 292. (Versuch an Tieren. Für die menschliche Frau noch nicht brauchbar. Erfolgreich im wesentlichen am Ende der Schwangerschaft.)
9. Ebeler, Abortbehandlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln, 23. April 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 169. (Von 148 fieberhaften Aborten, die alle aktiv behandelt wurden, entfieberten 75 %. Sechs Todesfälle. Empfehlung der aktiven Therapie, wenn Umgebung frei ist.)
10. Frankenstein, O., Zur Therapie des fieberhaften Abortes. 5. Kongr. tschechischer Naturf. u. Ärzte. 1914. (Bei allen frischen Fällen von fieberhaften Aborten empfiehlt Frankenstein ein aktives Vorgehen. Er gibt die Statistik der Prager Klinik. Von 600 Fällen von Aborten fieberten nicht 450, 85 waren frisch infiziert, 45 zeigten Entzündung und 30 waren septisch. Von letzteren starben 15, alle anderen kamen zur Heilung.)
11. Fisher, J. M. H., Treatment of Puerperal Infection and Septic Abortion. Med. Soc. Pennsylv. 20 Sept. Journ. Amer. Med. Assoc. p. 1482. (Empfehlung von Alkohol und Behandlung an der frischen Luft.)
12. Frank, Uterus, der in der Gravidität barst. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln. 11. Febr. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 86. (Ursache unklar. Laparotomie ergab gleichzeitige Streptokokkeninfektion.)
13. Goodman, S. J., Therapeutic Abortion. Indications and Methods of Procedure. Ohio State Med. Journ. Columbus. Febr. Nr. 2.

14. Lackner, Serological Findings in 100 Cases, Bacteriological Findings in 50 Cases, and a Résumé of 679 Cases of Abortion. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 5.
15. *Lehmann, F., Über habituelle Schwangerschaftsunterbrechung und innere Sekretion. Arch. f. Gyn. Bd. 101. 1.
16. Levi, Aborto interno ripetuto. La Rass. d' Ost. e Gin. XXIV. Nr. 2.
17. Lindemann, G., Zur Prognose und Therapie des fieberhaften Aborts. Inaug.-Diss. Leipzig 1914. (Aktive, schonende Behandlung.)
18. Montgomery, E. E., Abortion, its Causes and Treatment. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. LXV. Nr. 15. p. 1262.
19. Nacke, Abort, später ausgetragene Schwangerschaft nach Ovariosalpingotomie einerseits und ausgiebige Ovarialresektion auf der linken Seite. Zentralbl. f. Gyn. p. 875.
20. Plato, M., Zur Frage der Abortbehandlung. Inaug.-Diss. München 1914. (In der Frage der Behandlung des septischen Abortus vermittelnde Stellung; Arzt soll abwarten, Klinik ausräumen. Statistisch über 668 Abortusfälle.)
21. Prinzing, Die Statistik der Fehlgeburten. Arch. f. Frauenk. u. Eugenik. Bd. 1. 1914. (Weitere Statistik notwendig. Jetzt enden 9,8—13,8 % aller Geburten mit Abortus.)
22. Ribas, Guillermo, Conduite à tenir dans les rétentions placentaires post-abortives. Revista de Ciendias Medias de Barcelona. Juni. (Will stets aktiv vorgehen, auch bei Fieber.)
22a. Ribbius, P., Missed abortion en missed labour. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 10. p. 555. (Holländisch.) (Aus der eigenen Praxis der letzten 10 Jahre werden 14 Fälle von „missed abortion" und zwei Fälle von „missed labour" ausführlich mitgeteilt. An Hand der Literatur stellt Verf. Betrachtungen an über die Ursache des Ausbleibens der Wehen und dem verspäteten Einsetzen derselben. Bezüglich der Therapie rät Verf. zu abwartendem Verhalten bei „missed Abortion"; dagegen soll bei „missed labour" nicht allzu lange gewartet werden, nach höchstens 6 bis 8 Wochen ist einzugreifen durch Metreuryse oder eventuell Hysterotomia vaginalis anterior. Die Prognose ist für Fälle von „missed labour" erheblich schlechter wie für „missed abortion".) (Lamers.)
23. *Rupp, O., Beitrag zum gegenwärtigen Stande der Abortfrage. Med. Klinik. Nr. 1—3.
24. Schottmüller, Krimineller Abort. Ärztl. Verein Hamburg, 16. Nov. Berl. klin. Wochenschr. 1916. p 26. Münchn. med. Wochenschr. p. 1691. (Ein Fall. Durchbohrung der Vagina und des Typhlons. Jährlich 500 Aborte, davon 90 % kriminell, 10 % Tod.)
25. Schacht, F., Die Fruchtabtreibung. Arch. f. Frauenk. u. Eugenik. I. Heft 2.
26. *Schweitzer, Entstehung, Verhütung und Behandlung der artefiziellen Uterusperforation bei Abort. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 2. p. 148.
27. Supper, K., Die Therapie der Uterusperforationen nach Abort. Inaug.-Diss. Berlin.
28. Sury, K. v., Abtreibungsversuch mit Safrantinktur. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Nr. 20. (Ein Fall. Ob allein durch Safran zweifelhaft.)
29. Walther, Zur Kasuistik der Fehlgeburt. Med. Klinik. 9. Mai. Nr. 19. (Bei Fehlgeburten im 5. oder 6. Monat der Schwangerschaft muss nach Walther im Verlaufe der nächsten zwei Stunden die Nachgeburt ausgetrieben sein; er fürchtet Blutungen und aufsteigende Infektion. Er sieht Gutes vom Chinin, mehr als von Hypophysenpräparaten für die Austreibung der Plazenta. Noch immer spielt die Abortzange für ihn eine Rolle.)

Barrett (3) schliesst folgendermassen seine Auseinandersetzung über die Therapie des Abortes: Unvollendeter Abort ist nicht selten; nur in der teilweisen Verhaltung von Resten liegt die Gefahr des Abortus. Darum muss die vollständige Entleerung des Uterusinhaltes stets angestrebt werden.

Rupp (23) schätzt den kriminellen Abortus auf 50%. Er sah einen Fall von Parametritis, einen Fall von Peritonitis und einen Fall von Uterusperforation mit Darmvorfall — letzterer wurde durch Operation gerettet. Bei fieberhaftem Abortus will er den nichtkriminellen aktiv, den kriminellen exspektativ behandeln. Ebenso will er abwarten bei Erkrankung in der Umgebung.

Schweitzer (26) hat die Frage besprochen, wie man die Uterusperforation beim Abortus vermeiden kann. Mit vollem Recht sagt er, dass nicht ein be-

stimmtes Instrument, sondern die Anwendung der Instrumente, also die Ungeschicklichkeit der Geburtshelfer die Hauptschuld trägt. Auffallend ist dem Referenten nur, dass er die Kornzange nicht in höherem Masse anschuldigt. Zur Vermeidung der Perforation widerrät er vor allem die Polypragmasie. Dann muss man für möglichst genügende Erweiterung des Uteruskanales sorgen, und endlich die Ausräumung wesentlich mit den Fingern vornehmen. Ergebnisse der Leipziger Klinik in der Behandlung waren besonders gut, wenn man den Uterus, der schwer verletzt war, exstirpierte. Nur bei kleinen Verletzungen des Uterus ist er geneigt, exspektativ zu verfahren.

Benthin (4) hat die Behandlung des febrilen Abortus noch einmal behandelt. Er weist kritisch die verschiedenen Arbeiten zurück, welche gegen die Wintersche exspektative Behandlung aufgetreten sind. Wenn er zum Schluss den Anhängern der aktiven Therapie den Versuch mit dem Abwarten-Verfahren anrät, so ist das der Punkt, der die Hauptschwierigkeit darstellt. Natürlich können nicht alle Fälle ganz gleich beurteilt werden. Natürlich sind auf beiden Seiten sowohl mit der konservativen wie mit der aktiven Behandlung Todesfälle nicht vermieden worden. Der Eindruck derjenigen aber, welche für die aktive Therapie eintreten, hat zu der Überzeugung geführt, dass dies die richtige Behandlung sei, während umgekehrt die Anhänger von Winter der gegenteiligen Meinung sind. Eine überzeugende Zurückweisung der einen oder der anderen Methode hat bisher noch nicht stattfinden können.

Öfter findet man habituellen Abortus ohne jeden pathologisch-anatomischen Grund. Am meisten Erfolg sah Lehmann (15) von Eisen und Jodkalium. Die Wirkung des letzteren bezieht er auf Erhöhung der Tätigkeit der Schilddrüsen. Im übrigen glaubt Verfasser, dass mancher Fall von habituellem Abortus bedingt ist durch Fehler der inneren Sekretion endokriner Drüsen.

G. Extrauterinschwangerschaft, Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis.

1. Bayer, H. H., Über einen Fall von Schwangerschaft in der verschlossenen Hälfte eines Uterus septus hemiatreticus. Inaug.-Diss. Königsberg i. Pr. (Ein Fall derart mit guter Literatursammlung. Diagnose nicht gestellt. Operation, supravaginale Amputation des ganzen Uterus und des Sackes, der sich um das nach Ruptur in die Bauchhöhle ausgetriebene Kind gebildet hatte. Heilung ohne Zwischenfall.)
2. Bertino, Das Azeton und Urobilin bei extrauteriner Schwangerschaft und anderen Krankheiten der weiblichen Genitalien. Fol. gin. 1913. Vol. 8. Nr. 2. (Azetonurie verhältnismässig häufig bei Extrauterinschwangerschaft, diagnostisch nicht zu verwerten. Urobilinurie seltener.)
3. Bovée, J. W., Ruptured early tubal pregnancy. Washington Obst. and Gyn. Soc. Jan. 14. 1914. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 653. (Ein Fall derart.)
4. Caturani, Studio anatomico di una gravidanza tubarica iniziale con riguardo speciale alla questione della reazione deciduale nella gravidanza extrauterina. Arch. ital. di gin. XVII. Nr. 11.
5. Collin, J., Graviditas ovarica. Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 281—293 u. 305—312. (Ruptur in der sechsten Woche.) (O. Horn.)
6. Cornwall, L. H., Bauchschwangerschaft. Proceedings New York. pathol. Soc. 1914. Nr. 8. (Zufälliger Sektionsbefund. Verf. nimmt primäre Einbettung in der Bauchhöhle an.)
7. Cullen, An Old and infected Abdominal Pregnancy with Extrusion of the Long Bones into the Bladder and into the Bowel. Surg., Gyn. and Obst. 3.
8. Danforth, Ovarian Pregnancy. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 3.
9. Decio, Eine Reihe von durch verschiedene entzündliche und neoplastische Veränderungen komplizierten Extrauteringraviditäten. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 357. (In einem Drittel aller Fälle von Extrauterinschwangerschaft wurden während der Operation entzündliche Vorgänge festgestellt.)

10. Dorland, Early Recognition of Ruptured and Unruptured Ectopic Pregnancy. Kansas Med. Soc. Journ. Nov.
11. Fitch, Ectopic Gestation. Ohio State Med. Journ. Nov.
12. Ford, C. B., Ectopic Pregnancy. Northwest. Med. Seattle. May. Nr. 5.
13. Füth, Tubenmole. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln. 11. Febr. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 87. (Wiederholung einer Tubengravidität auf der zweiten Seite, Abderhaldens Reaktion negativ.)
14. Frühinsholz et Michel, Rétention abdominale d'un foetus ectopique à terme en ayant imposé pour une rétention utérine. Ann. de Gyn. Tome 41. p. 399. (Tod an den Folgen der Operation.)
15. Geist, S., Tubenschwangerschaft mit Vomitus perniciosus. Med. Record. 9. X.
16. Gonnet, Un cas de grossesse extramembraneuse. Réun. Obst. et Gyn. de Lyon. Jan. 1914. Ann. de Gyn. Tome 41. p. 519. (Klinisches Bild der Hydrorrhoe vereinigt mit Placenta praevia.)
17. *Hada, B., Über die Extrauteringravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 3. p. 198.
18. Hall, A., Extrauterine Pregnancy. Illinois Med. Journ. March.
19. Harrison, G. F., Zur Diagnose der ektopischen Schwangerschaft. Amer. gyn. Soc. Med. Rec. 28. Aug. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 698.
20. Hartz, H. J., The Mode of Termination in Ectopic Gestations. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 601. (Sieben Fälle zur Illustration der verschiedenen Möglichkeiten der Endigung. Als solche sieht er an: den tubaren Abortus, die Zerreissung der Tube und die sekundäre Tubenschwangerschaft.)
21. Hausmann, Th., Ergebnisse der methodischen Palpation der Ileocökalgegend, mit besonderer Berücksichtigung der ektopischen Eileiter. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. Heft 6. (Empfehlung der Gleit- und Tiefenpalpation.)
22. Heyman, J., Ein Fall von Graviditas tubaria interstitialis mit gleichzeitiger intrauteriner Gravidität und ein Fall von Graviditas tubaria isthmica mit ungewöhnlicher Lokalisation. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
23. Hirschberg, G., Über Extrauterinschwangerschaft. Inaug.-Diss. Breslau 1914. (71 Fälle in $6^1/_2$ Jahren.)
24a. Van Hoytema, D. G., De klinische diagnose der buitenbaarmoederlijke zwangerschap in de eerste maanden. (Die klinische Diagnose der Extrauteringravidität in den ersten Monaten.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Heft 7. p. 371. (Holländisch.) An der Hand von 19 Fällen werden die Schwierigkeiten der Diagnose und Differentialdiagnose in den verschiedenen Stadien der Extrauterinschwangerschaft — I. Stadium: noch keine Symptome, intakter Fruchtsack; II. Stadium: akute Phase, Ruptur; III. Stadium: abgekapselte Haematocele retrouterina — erläutert. Ein Fall der ersten Kategorie kommt unter den beobachteten Patientinnen nicht vor. Nur bei einer ist von einer vorangegangenen Salpingitis etwas bekannt geworden. Grössere Bedeutung für die Ätiologie der Extrauteringravidität misst Verf. den kongenitalen Tubenabweichungen bei; von den 19 Fällen waren zwei, bei denen die Extrauterinschwangerschaft zum zweiten Male auftrat. Neues enthält die für den praktischen Kliniker interessante Arbeit übrigens nicht. Alle akuten Fälle wurden sofort operiert.) (Lamers.)
25. *Jaschke, R. Th., Ovarialgravidität mit wohlerhaltenem Embryo. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 181.
26. Kosmak, G. W., Early Ectopic pregnancy associated with double Ovarian cysts. New York. Acad. of Med. Dec. 22. 1914. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 681. (Ein Fall derart.)
27. Lange, J., Isochronisch heterotope Eiimplantation bei Myoma uteri und dadurch bedingter Retrodeviation des Gebärorgans. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. (Entfernung der schwangeren Tube, des Myoms, Ventrofixation des schwangeren Uterus; Geburt zum normalen Termin.)
28. *Larkin, J. H., Überreste eines Fötus in der Bauchhöhle. Proceedings New York. Pathol. Soc. 1914. Nr. 8.
29. Latzko, Fall von Tubargravidität mit Flexurkarzinom. Wiener geb.-gyn. Ges. 14. Dez. Wiener klin. Wochenschr. 1916. p. 86. (Ein Fall derart.)
30. *Lenormant et Hartmann, Accidents de la grossesse tubaire. Revue de gyn. et de chir. abdom. Oct.

31. Lewinski, F., Beiträge zur Frage der Tubenschwangerschaft. Mit Bericht über 69 in der kgl. Charité-Frauenklinik operierte Fälle. Inaug.-Diss. Berlin.

32. Lichtenstein, Eigenbluttransfusion bei Extrauteringravidität und Uterusruptur. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47. p. 1597. (Verwertung des in die Bauchhöhle ergossenen Blutes.)

33. Mc Clellan, Ectopic pregnancy and the General Practitioner. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 269. (Vier Fälle. Operation stets zu empfehlen.)

34. Macfarlane, W. D., Extrauterine Gestation with Intrauterine Pregnancy, Operation, Uterine Pregnancy Proceeding at Term. Glasgow Med. Journ. Aug. LXXXIV. Nr. 2. p. 81—159.

35. Mc Glinn, J. O., Tubarschwangerschaft. New York. Med. Journ. Vol. 100. Nr. 4. 1914. July 25. (66 Fälle. Stets Operation angeraten.)

36. Mall, The cause of Tubal Pregnancy and the Fats of the Inclosed Ovum. Surg., Gyn. and Obst. XXI. 3.

37. *Mason, J. J., A Plea for a more consistent endeavour to diagnose Tubal pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Vol. 257. Febr. (Nichts Neues.)

38. Norris, R. C., Emergency Treatment of Ruptured Uterus and Ruptured Ectopic Pregnancy. Philadelphia County Med. Soc. April 28. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 64. p. 1792. The Therapeutic Gazette. 15. Aug. (In beiden Fällen stets Laparotomie angezeigt.)

39. Nyhoff, G. C., Over de bloeding by verscheuring of doorgroeimg van den wand des zwangeren eileiders. Over bloeding by verscheuring of doorgroeiing van den wand des zwangeren eileiders. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Helft. Nr. 4. (Dass die Blutung bei Ruptur einer schwangeren Tube viel ausgiebiger ist und viel länger dauert als bei einem Tubenabort, meint Verf. der Tatsache zuschreiben zu dürfen, dass bei den Menschen keine völlige Trennung zwischen mütterlichem und kindlichem Blute besteht, doch diese in den intervillösen Räumen ineinander übergehen können, während das Synzytium die Eigenschaft hat, dass es durch seine Anwesenheit das mütterliche Blut nicht zur Gerinnung bringt.) (Mendes de Leon.)

40. Nijhoff, G. C., Oorzaak van het aanhoudend bloeden in de buikholte bij buitenbaarmoederlijke zwangerschap. (Ursache der anhaltenden Blutung in die Bauchhöhle bei Extrauteringravidität.) Nederl. Gyn. Vereenig. Sitzg. vom 16. Mai. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 1/2. p. 130. (Holländisch.) (Wo das mütterliche Blut mit dem lebenden Chorionepithel in Berührung ist, gerinnt es nicht, sondern bleibt flüssig. Dieses hat für den Abortus des lebenden Eies bei einer Graviditas fimbrica, sowie für die Usur der Tubenwand bei einer Graviditas isthmica die Bedeutung, dass die einmal angefangene Blutung, beim Fehlen jeglicher Kompression auf das Gefäss, nicht durch Gerinnung des ausströmenden Blutes zum Stillstand kommt, solange es beim Ausströmen noch mit lebendem Chorionepithelium in Berührung ist, d. h. solange das lebende Ei die Tube noch nicht verlassen hat. Erst wenn dieses ganz aus der Tube ausgetreten ist, steht die Blutung. Diese Auffassung erklärt, nach Ansicht des Vortragenden, nicht nur, warum die Blutung so heftig ist, sondern auch, warum sie beim Abort eines abgestorbenen Eies, trotz Grösse und Umfang desselben, oft viel geringer ist. Hier hat das Chorionepithel (zum Teil?) seinen gerinnungshemmenden Einfluss verloren.) (Lamers.)

41. — Is amenorrhoe noodig voor de diagnose eener buitenbaarmoederlyke zwangerschap? Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Helft. Nr. 12. (An der Hand zweier von ihm beobachteten und operierten Fälle von extrauteriner Gravidität, wo die Menstruation noch nicht ausgeblieben war, kommt Verf. zu dem Schluss, dass auch das Ei der letzten Menstruation befruchtet werden kann.) (Mendes de Leon.)

42. Oden, R. J. O., Ectopic Pregnancy. Twice in Same Patient within 5 Months. Report of Case. Michigan State Med. Soc. Journ. Grand Rapids. Febr. Nr. 2.

42a. Pfeiffer, W. F., De diagnose der buiter baarmoederlijke zwangerschap. Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 9. p. 507. (Holländisch.) (Zwei Fälle, durch deren Mitteilung Verf. betonen will, wie wichtig das Symptom der plötzlichen Schmerzen im Bauch mit gleich nachfolgender Anämie ist, während die Menstruation noch gar nicht ausgeblieben zu sein braucht. Der schwierige Transport der beiden Patientinnen hatte keine schlimmen Folgen; der schlechte Puls beruht wohl mehr auf Peritonealreiz wie auf Blutverlust.) (Lamers.)

43. Phillips, Ectopic Gestation. Kentucky Med. Journ. XIII. Nr. 4. March 1.

44. Pinna Pintor, Gravidanza in corno rudimentale atresico di utero bicorne. Ann. di ost. e gin. XXXVII. 3. (Ein Fall derart. Operation im achten Monat der Schwangerschaft nach dem Tode der Frucht.)
45. Plahl, F., Ein Fall gleichzeitiger Schwangerschaft beider Tuben. Gyn. Rundschau. Jahrg. 8. Heft 20. (Vorher einmal Zwillinge. Jetzt Laparotomie, rechts tubares Hämatom, links tubarer Abortus.)
46. Polak, Observations on Two Hundred Twenty-seven Cases of Ectopic Pregnancy. Alumn. Soc. Sloane Hosp. f. Women. Meeting Jan. 22. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 6. p. 946. u 982.
47. Pollard, T. G., Exctopic Pregnancy. Tennessee State Med. Assoc. April 13—15. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 64. p. 1523. (Wenn auch Heilung spontan eintreten kann, Operation doch vorzuziehen.)
48. Purslow, C. E., Tubal Pregnancy, Showing Foetus Undergoing Dissolution. Royal Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. May 6. 1914. Journ. of Obst. and Gyn. XXVI. Nr. 2. Febr. p. 100.
49. Rabinovitz, M., The Clinical Significance of Amenorrhoea in the diagnosis of Tubal Pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 766. u 807. (Ausbleiben der Menstruation ist nicht immer bei Extrauterinschwangerschaft zu beobachten.)
50. Ricen, L., Repeated Pregnancy in the same Tube. Northwest. Med. VII. March.
50a. De Rooy, J., Een geval van tubairzwangerschap, 25 jaar bestaan hebbend. (Ein Fall von Tubargravidität, der 25 Jahre bestanden hat.) Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indie. 1914. Bd. 54. Heft 6. p. 725. (Holländisch.) (Kasuistisch. 54jährige Frau. Die Schwangerschaft war intraligamentär entwickelt und ausgetragen, der Tubensack nicht rupturiert. Von Lithopädionbildung war nichts zu finden. Erst 23 Jahre später ist im Anschluss an ein Panaritium wahrscheinlich metastatische Eiterung im Fruchtsack aufgetreten, durch die die Frucht skelettiert wurde und Durchbruch ins Rektum erfolgte. Starke Verwachsungen, die eine Exstirpation des Tumors unmöglich machten, haben eine Infektion per continuitatem vom Darm aus verhindert. Ein drei Jahre nach der Tubenschwangerschaft geborenes Kind zeigte eine starke Impression des Schädels wahrscheinlich infolge Raummangels im Abdomen. Ein weiteres Kind wurde normal geboren. Der Tumor hat auch durch Kompression des Ureters eine Hydronephrose hervorgerufen.) (Lamers.)
51. Rouvier, J., Coexistance de grossesses extra et intrautérine interrompues simultanément au debut du 3 mois; guérison sans intervention opératoire. Soc. obst. et gyn. d'Alger. Févr. 1914. Ann. de gyn. Tome 41. p. 527. (Diagnose ist zweifelhaft.)
52. De Rouville, Un cas d' „avortement tubaire raté"; Hématocèle fébrile. Colpotomie postérieure, suivie le lendemain d'hystérectomie abdominale. Guérison. Reunion obst. et gyn. Montpellier. Avril. Ann. de Gyn. Tome XLI. p. 479. (Warum der Uterus durchaus mitentfernt werden mußte, bleibt unklar.)
53. Sachs, Präparat einer Schwangerschaft im rudimentären Horn. Verein. f. wiss. Heilk. 22. Nov. Deutsche med. Wochenschr. 1916. p. 91. (Supravaginale Amputation.)
54. Seedorf, Ein Fall von geborstener Ovarialgravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 1. (Intraovarial entwickelt mit Ruptur. Ovulum zurückgehalten in einer Falte der Ruptur. Keine deutliche Decidua.)
55. Sencert et Aron, Eierstocksschwangerschaft. Revue de gyn. July 1914.
55a. Shoemaker, Report of cases illustrating three types of ectopic Gestation. Obst. Soc. of Philadelph. May 6. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. p. 689. (1. Angebliche Abdominalschwangerschaft, ohne jeden anatomischen Beweis für die primäre Einbettung auf dem Peritoneum. 2. Krimineller Abortus bei Extrauterinschwangerschaft. 3. Tubenmole.)
56. Snodgrass, W. A., Ectopic Gestation. Arkansas Med. Soc. Journ. August.
57. De Snoo, Schwangerschaft im Septum rectovaginale. Ned. Gyn. Ver. 16. Mai. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1/2. (Schwangerschaft im Septum rectovaginale: primäre Bauchschwangerschaft. Frau wegen profuser Blutung anscheinend aus einem retrovaginalen Hämatom in die Klinik aufgenommen. Bei der Entleerung des Hämatoms stellte sich heraus, dass es sich um eine ektopische Schwangerschaft mit 2 cm langem Fötus handelte. Bei der Laparotomie zeigte sich, dass sowohl der Uterus wie die beiden Tuben und Ovarien ganz unverändert sind, also nichts mit der ektopischen Schwangerschaft zu tun haben, die ganz in der Tiefe des Cavum Douglasii gelagert ist.) (Mendes de Leon.)

58. Spalding, A. B., Relative Frequency of ectopic gestation. Journ. Amer. Med. Assoc. Oct. 2. p. 1156. (Ein Fall auf 2800 Patientinnen, auf 227 gynäkologische, auf 131 geburtshilfliche Fälle.)
59. Tandberg, O., Samtidig extra- og intrauterin Graviditet. (Gleichzeitige extra- und intrauterine Schwangerschaft.) Norsk. Magazin for Laegevidenskaben. März. p. 317. (29jährige, das dritte Mal gravide Frau. Nach ca. 12 Wochen plötzlich eintretende Erscheinungen einer Berstung einer extrauterinen Gravidität, keine äussere Blutung. Laparotomie. Die linke Tube gravid, geborsten. Uterus faustgross. Die Tube wuchs nach der Operation weiter wie in einer gewöhnlichen Schwangerschaft. Ungefähr 10 Kalendermonate nach der letzten Menstruation gebar die Frau ein lebendes, 3400 g schweres, 54 cm langes Kind. — Es konnte vielleicht eine Superfötation angenommen werden. Diese Annahme scheint doch nicht notwendig zu sein.) (Kr. Brandt.)
60. Taylor, H. C., Ectopic Gestation. New York. Med. Journ. May 29. Nr. 22.
61. Thaler, Myom und Tubargravidität. Geb.-gyn. Ges. Wien, 11. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 746. (Ein Fall derart.)
62. Torggler, Seltenere Extrauterinschwangerschaftsformen. Die Heilkunde. 1914. p. 15. (Zwei Fälle von zerrissener interstitieller Schwangerschaft. Zwei Fälle von Wiederholung einer Tubenschwangerschaft.)
63. Tovey, Rupture of a pregnant uterus bicornis unicollis. New Acad. of Med. Dec. 22. 1914. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 683. (Die Ruptur des schwangeren zweihörnigen Uterus trat bei einer Operation zur Entleerung des Uterus ein. Durch die supravaginale Amputation des Uterus wurde die Patientin gerettet.)
63a. Treub, H., Demonstration eines Präparates einer interstitiellen Schwangerschaft. Genootsch. t. bevord. v. natuur-, genees- en heelk. in Amsterdam. Sitzg. vom 3. Febr. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Hälfte. Nr. 11. p. 1464. (Holländisch.) (Graviditas interstitialis tubaria. Der Riss sass oben und der Schädel der etwa dreimonatlichen Frucht ragte aus der Wunde vor. In diesem Falle hatte es längere Zeit — etwa 24 Stunden — gedauert, bis die Frau verblutet war.) (Lamers.)
64. Vincent et Laffont, A propos de deux cas de grossesse extrauterine. Soc. Obst. et Gyn. Alger. Févr. 1914. Ann. de Gyn. Tome 41. p. 529. (Beidemal früher Salpingitis. Beide Operierte geheilt.)
65. *Vineberg, H. N., Early interstitial pregnancy. New York. Acad. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Jan. 26. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 810.
66. Welton, Th. S., Extrauterine Pregnancy with a Report of Three Unusual cases. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 15.—17. Sept. 1914. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 434. (Drei einfache Fälle.)
67. Wiener, S., Graviditas ampullaris. Med. Rec. Oct. 9.
68. Wolff, Br., Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung abdomineller Schwangerschaften und über die Möglichkeit operativer Eingriffe beim Säugetierfötus. Sitzungsbericht Naturf.-Ges. Rostock. Bd. 6. 1914. (Siehe vorigen Jahresbericht p. 132/133. Nr. 124.)
69. Young, E. B., Emergencies of Extrauterine Pregnancy at Boston City Hospital. Amalysis of 62 Cases. Boston Med. and Surg. Journ. Jan. Nr. 4. p. 131. (62 Fälle mit bedrohlicher Blutung. 15 Todesfälle; Verf. tritt warm für rechtzeitige Operation ein. Verspätung gibt die bedrohliche Prognose.)
70. Zahn, F., Die interstitielle Gravidität mit einem eigenen Fall und Besprechung der Fälle seit Mitte 1904. Inaug.-Diss. Berlin 1914.

Lenormant und Hartmann (31) berichten über 37 Fälle von Tubenschwangerschaft. In über einem Drittel der Fälle bestand schon vorher Genitalerkrankung. Die erste Blutung ist selten tödlich. Oft besteht Blutabgang aus dem Uterus, der wiederholt zur Ausschabung führt. 11 mal bestand isolierte Hämatocele. Einmal wurde Wiederholung an derselben Patientin beobachtet.

Vineberg (65) operierte in seinem Fall von interstitieller Schwangerschaft ohne die Angaben des Ausbleibens der Menses, allein auf den Kollaps hin. In dem einen Uterushorn war die Schwangerschaft eingebettet mit einer kleinen Ruptur. Resektion führte zur Heilung.

Hada (17), gegen dessen Literaturverarbeitung A. Martin in einer redaktionellen Schlussnote sich verwahrt, fasst seine Ansichten über Extrauterinschwangerschaft folgendermassen zusammen:

Das schrankenlose Wachstum des Trophoblast führt auch nach dem Fruchttod zur Ruptur. Nachträglich kann eine stärkere tödliche Blutung der ersten folgen. Ruptur zu Abortus verhält sich wie 1 : 8.

Bei lebensbedrohenden frischen Blutungen wie bei frischer Hämatocele muss man operieren. Bei der Operation kann man sich auf die Resektion der Tube beschränken.

Mason (37) ist der Meinung, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Tubenschwangerschaft vor Eintritt der Ruptur erkannt werden kann. Er will die Anamnese, die Schmerzanfälle, die Temperaturerhöhung ebenso benutzen, wie die objektive Untersuchung.

In dem Fall von Larkin (28) handelt es sich um eine Geschwulstbildung, welche aus einem vollständig entwickelten Ei, das in einer abgekapselten Höhle in der Bauchhöhle lag, bestand. Die Eihöhle war in das Cökum durchgebrochen.

Jaschke (25) beschreibt in vortrefflicher Weise eine Ovarialgravidität, allerdings mit abgestorbener Frucht. Die Beschreibung zeigt, dass es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um Einbettung eines Eies in einen Follikel handelt.

VII.

Pathologie der Geburt.

Referent: Prof. Dr. Rud. Th. Jaschke.

I. Allgemeines.

1. Engelhorn, Dermoid als Geburtshindernis. Med. Ges. Jena. Bericht: Münchn. med. Wochenschr. (Vpara, Kind in I. Schädellage, Tumor kindskopfgross im Becken eingekeilt. Punktion von der hinteren Scheidenwand aus, Forzeps, danach vaginale Ovariotomie. Heilung.)
2. Farrage, J., Complicated labour. Journ.-Lancet. Minneapolis. Vol. 35. Nr. 6. p. 135.
3. Flohil, Uteruskarzinom en Graviditeit. Nederl. Maandschr. v. Geneesk. Bd. 2. Ref. Gyn. Rundschau. p. 100.
4. *Freeland, J. R., Labor in elderly primipara. Transact. of the Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 27. Annual Meeting at Buffalo. Sept. 15—17. 1914. Bericht: Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 2. p. 306.
5. Freund, H. W., Herzfehler und Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. p. 83. (Fortsetzung der Polemik mit Fellner ohne neue Gesichtspunkte.)
6. Götte, Geburtsstörung durch Tumoren. Med. Gyn. Ver. 17. Jan. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. Heft 4. (a) Einen klassischen Kaiserschnitt bei einer Kreissenden wegen einer grossen Dermoidzyste, die das kleine Becken ganz ausfüllte. b) Gleichfalls einen Kaiserschnitt wegen eines Tumors, teils zystös, teils solide, der von der hinteren Uteruswand ausging und das kleine Becken ganz ausfüllte.) (Mendes de Leon.)
7. Grave, H., Fall von Ovarialtumor als Geburtshindernis. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
8. Jaschke, Rud. Th., Herzkrankheiten und Gestation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 1.
9. Jonges, C., Onbloedige verwijding van den bekkeningang. (Unblutige Erweiterung des Beckeneinganges.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 2. p. 82. (Holländisch.) (Polemik gegen Tjeenk Willink, Verf. hält die Anwendung des Lendenkissens nach Tjeenk Willink für zwecklos und unlogisch,

dagegen die Beckenhochlagerung auf einem Keilkissen, wie von ihm angegeben, für sehr zweckmässig zur Erweiterung des mässig verengten Beckens während der Wehe. Wichtig ist der Druck auf den Knien in derselben Zeit.) (Lamers.)

10. Kehrer, E., Symphysenlockerung und Symphysenruptur. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 4. p. 321. (Literaturzusammenstellung von 100 Fällen, danach genaue Besprechung der ganzen Frage. Prädisponierend wirken die normalen Spaltbildungen in der Symphyse, die Lockerung der Ligamente in der Schwangerschaft, wodurch auch die Ruptur bei Spontangeburten ihre Erklärung findet. Die Mehrzahl der Rupturen entsteht bei Zangenentbindungen, namentlich nach hohen Zangen beim engen Becken mittleren Grades. Häufig zerreisst dabei gleichzeitig eine Articulatio sacroiliaca, wodurch Gehstörungen veranlasst werden. Eine seltenere Begleiterscheinung der Symphysenruptur ist das Abreissen der Urethra von ihrer Unterlage.)
11. v. Kruska, Benno, Über Geburtsläsionen der Gehirnsubstanz, speziell die ischämischen Nekrosen und ihre Folgezustände. Inaug.-Diss. Halle. Juli.
12. Lindqvist, Silas, Ovarialtumoren als Geburtshindernis. Deutsch in Nord. Med. Ark. 1914.
13. Marek, R., Einfluss des Alters auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett der Primiparae. Casopis lékaru cesk. Nr. 34—42. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1916. Nr. 3. p. 77. (Vergl. Jahresbericht 1913.)
14. Meyer, Leopold, Et Tilfaelde af Tumor ovarii som Fódsels komplikation. (Ein Fall von Tumor ovarii als Komplikation bei der Geburt.) Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. 3. Febr. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1773. (O. Horn.)
15. Phillips, J., Double episiotomy during labour. Lancet. Nr. 4813. 27. Nov.
16. Polak, Der Verlauf gynäkologischer und geburtshilflicher Operationen bei akuter und chronischer Endokarditis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3.
17. Rapin, O. J, Ventrofixation des retroflektierten graviden Uterus. Rev. méd. de la Suisse romande. 1914. p. 462. Ref. Therap. Monatshefte. April. p. 230. (Nichts Neues.)
18. Retzbach, P., Ein Fall von spontaner Symphysenruptur unter der Geburt. Inaug.-Diss. Tübingen. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 70.
19. Reynolds, Edw., Die Beziehungen der gynäkologischen Chirurgie zu schlechter Geburtshilfe. Therap. Gaz. Dez. 1914.
20. *Schauta, F., Echinococcus als Geburtshindernis. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 8. Juni. Bericht: Gyn. Rundschau. p. 359.
21. Schmidt, Wilh., Spontane Geburt bei Polyomyelitis anterior acuta und engem Becken. Inaug.-Diss. Jena. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 180.
22. Wachsner, Zur Kenntnis der bilateralen Asymmetrie des menschlichen Körpers. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 52.

Freeland (4) behandelt die Frage der späten Erstgeburt auf Grund von 242 Fällen unter 1812 Erstgeburten. Er fand eine grössere Häufigkeit der Schwangerschaftstoxämien, der Zwillingsgeburten, eine geringfügige Verlängerung der Geburtsdauer, häufigere Indikation zur Zangenentbindung infolge von Weichteilschwierigkeiten, demgemäss grössere Frequenz von Geburtsverletzungen, besonders am Damm, schliesslich häufiger Adhärenz der Plazenta. Die 3 letztgenannten Faktoren bedingen eine grössere Wochenbettsmorbidität. Ferner fiel dem Verf. eine geringere Stillfähigkeit der älteren Erstgebärenden auf.

Schauta (14) berichtet über einen Fall von Echinococcus als Geburtshindernis. Der von der linken Beckenwand ausgehende Tumor verlegte das kleine Becken vollständig. Der Fall verdient hier besonders genannt zu werden, weil Schauta zum erstenmal kausal behandelte, den Tumor entfernte und die Geburt per vias naturales vor sich gehen liess. Der Kaiserschnitt bei Echinococcus hat sich zudem in den in der Literatur berichteten Fällen als gefährlich erwiesen. Der glatte reaktionslose Verlauf spricht zugunsten dieses kausalen Vorgehens.

II. Mütterliche Störungen.

A. Bei der Geburt des Kindes.

1. Äusseres Genitale und Scheide.

1. Benestad, G., Haematoma vulvae et vaginae. Traumatische Läsionen der Vulva. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. 1914. p. 166. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1916. p. 123. (Vier Fälle, darunter drei im Anschluss an die Geburt.)
2. Böge, Hans, Über die bei Spontangeburten entstehenden Hämatome der Vagina. Inaug.-Diss. Kiel.
3. Buzzoni, Renzo, Drei Fälle kompletter Dammzerreissung mit bald folgender Sekundärnaht. L'arte ost. 1912. Nr. 9. Ref. Frauenarzt. 1914. Nr. 12. p. 488.
4. Maccabruni, Fr., Über einen Fall von Zerreissung des Uterus und der Vagina. Arte ost. 1914. Bd. 28. Nr. 10. Ref. Frauenarzt. Heft 7. (355.) p. 208.
5. Manton, W. P., The immediate diagnosis of birth canal lacerations. Arch. of diagnosis. New York. Oct. 1914. (Betont die Wichtigkeit sorgfältiger Damminspektion und sofortiger Naht eventueller Risse.)
6. Rothschild, C. J., Episiotomy, perineal safety measure. Indiana State Journ. Med. Assoc. Fort Wayne. Sept. Vol. 8. Nr. 9. p. 413.
7. Stocker, Beitrag zur Geburtsleitung bei totalem Descensus vaginae. Gyn. Helvetica. 14. Jahrg. 1914.
8. Strassmann, P., Zur Dammnaht. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
9. Uljanoffsky, Über Hämatome der äusseren Geschlechtsteile und der Scheide während der Geburt. Journ. f. Geb. u. Gyn. Dez. 1913. (Russisch.) Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 352.
10. Wahrer, C. W., Ein ungewöhnliches Hämatom nach der Geburt. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1916. p. 143.

2. Cervix.

1. Bublitschenko, Eine besondere Art von Cervixruptur bei Abort. Journ. f. Geb. u. Gyn. Mai 1913. (Russisch.) Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 352.
2. Lacasse et Potet, Über einen Fall von Geburtshindernis durch „Agglutination der Cervix". Rev. prat. d'obst. et de péd. Nov. 1912. Ref. Frauenarzt 1914. Nr. 8. p. 368. (Ganz veraltete Erörterungen über die Conglutinatio orificii uteri externi.)
3. *Sullivan, Pregnancy and carcinoma uteri. Transact. of the Washington Obst. and Gyn. Soc. Dec. 12. 1913. Bericht: Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. p. 645.

Sullivan (3) berichtet über einen Fall von Schwangerschaft und Cervixkarzinom. In der lebhaften Diskussion wurde ziemlich übereinstimmend die Notwendigkeit der Radikaloperation als erstes Erfordernis aufgestellt; die Rücksicht auf das Schwangerschaftsprodukt hat dagegen in den Hintergrund zu treten. Bei operabeln Fällen in den letzten Wochen der Schwangerschaft wird übrigens trotzdem die Rettung des Kindes meist möglich sein.

3. Uteruskörper und Uterusruptur.

1. Beneke, Zerreissung des Uterus mit Tod an Gasembolie. Verein der Ärzte in Halle a. S 4. Nov. 1914. Bericht: Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. p. 159.
2. Bovin, Ein Fall von Ruptura uteri im fünften Monat. Verhandl. d. Schwed. ärztl. Ges. 1912/13. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 492.
3. Bröse, Perforation des Uterus in der Schwangerschaft. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, 8. Mai 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 883.
4. Bumm, Diskussion zu Bröse (Nr. 3). Ebenda.
5. Colorni, Subtotale Hysterektomie wegen schweren Blutverlustes infolge Ruptur des Kontraktionsringes. Geb. u. Gyn. Ges. d. Marken u. d. Emilia. Lucina 1913. Nr. 3. Ref. Gyn. Rundschau. p. 299.
6. Guzzoni degli Ancarani, Die Rupturen des Fundus uteri. Soc. Toscana di Ost. e Gin. Ginec. 1913. p. 333. Ref. Gyn. Rundschau. p. 302.
7. Eberhart, Etwas oberhalb des Orificium uteri internum amputierter puerperaler Uterus. Demonstration. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn. 14. Dez. 1914. Bericht: Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22. p. 661.

8. Eberhart, Dasselbe. Allg. ärztl. Verein zu Köln, 26. Okt. 1914. Bericht: Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. p. 1363. (Fall von Uterusruptur.)
9. Fothergill, W. E., A fatal case of rupture of the uterus. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 27. Nr. 1. p. 25. (41jährige Xpara, rechtsseitige Kantenruptur nach Wendung; konnte, moribund eingeliefert, auch durch die Laparotomie nicht mehr gerettet werden.)
10. Franqué, O. v., Diskussion zu Eberhart (Nr. 8). Ebenda.
11. Halban, Diskussion zu Weibel (Nr. 42). Ebendort. p. 290.
12. Hyde, Cl. R., Report on a case of perforation of the uterus, due to chorioepithelioma, and simulating ruptured ectopic. Transact. of the New York. Obst. Soc. Febr. 9. Bericht: Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 6. p. 669.
13. Kehrer, E., Spontanruptur des Uterus. Gyn. Ges. Dresden. 14. Mai 1914. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 28. p. 1340. (Nach vorhergegangenem Kaiserschnitt, nach welchem im Wochenbett eine Endometritis purulenta bestanden hatte, trat in der folgenden Schwangerschaft die Ruptur ein. Heilung durch supravaginale Amputation.)
13a. Kouwer, Uterusruptur. Ned. Gyn. Ver. 28. Febr. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. Heft 4. (Ein Sektionspräparat, entnommen von einer Frau, die an einer spontanen Uterusruptur gestorben war. Krankengeschichte. Kurz nachher einen zweiten Fall von Uterusruptur bei einer Wendung. Laparotomie. Naht des Cervix uteri. Heilung. Bei der Diskussion sagt Kouwer, dass er prinzipiell bei Ruptur operiert und nicht tamponiert, im Gegensatz zu der Amsterdamschen Schule, die konservativ vorgeht.) (Mendes de Leon.)
13b. — Dystocie durch Kontraktionsring. Ned. Gyn. Ver. 29. Nov. 1914. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. XXIV 2/3. (Kouwer teilt einen Fall von Verhinderung der Geburt durch einen Kontraktionsring mit, wobei es nötig war, in Narkose die Schlüsselbeine und Rippen der Kinder zu zerschneiden, da der Kontraktionsring fest den Hals umschnürte. Diskussion: Nyhoff, Treub, Driessen, Meurer.) (Mendes de Leon.)
14. Kuhlmann, C., Ein Fall von Uterusruptur (bei der Plazentarlösung diagnostiziert). Strassburger med. Zeitg. 1913. Heft 7. Ref. Frauenarzt. 1914. Nr. 8. p. 369.
15. Lichtenstein, Eigenbluttransfusion bei Extrauteringravidität und Uterusruptur. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47. (Transfusion mit dem bei der Operation in der Bauchhöhle vorgefundenen Eigenblut. Gute Erfolge bei mehreren Fällen. Technik muss im Original nachgesehen werden.)
16. Lucas, Val., Partus unilateralis in utero didelpho. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 12.
17. Maccabruni, Francesco, Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis. Annali di ost. e gin. August.
18. — Über einen Fall von Zerreissung des Uterus und der Vagina. Arte ost. 1914. Nr. 10. Ref. Frauenarzt. Heft 7. (355.) p. 208.
19. Mandach, G. v., Über einen Fall von spontaner, durch hyaline Muskeldegeneration bedingter Uterusruptur. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 584.
20 Meyer, Leopold, Spontane Ruptur der Gebärmutter. Verein f. Gyn. u. Obst. in Kopenhagen. 1912/13. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 496.
21. Norris, R. C., Die notwendige Behandlung des rupturierten Uterus und der geplatzten ektopischen Schwangerschaft. Therapeutic Gazette. 15. Aug. Ref. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 42. p. 1101. (Nichts Neues.)
22. Odebrecht, Diskussion zu Bröse (Nr. 3). Ebenda.
23. Orhan-Bey, Ein eigenartiger Fall von Uterusruptur. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 94. Heft 1. p. 104. Ref. Berl. klin. Wochenschr. p. 417.
24. Petropawlowsky, M., Totale Zerreissung der Gebärmutter während der Geburt. Vollständige Austreibung der Frucht in die Bauchhöhle. Wratsch. Gaz. 1913. Nr. 30. Ref. Frauenarzt. 1914. Heft 12. p. 492. (Zerreissung im Bereich des unteren Uterinsegments nahe dem Korpus. $^3/_4$ der Cirkumferenz der Gebärmutter waren von der Cervix abgetrennt. Unregelmässig zackige Wunde, trotzdem Naht (!) mit 65 Knopfnähten. Die Frau ist glatt genesen und hat ein Jahr später spontan geboren (!).)
25. Pintor, A. Pinna, Pregnancy in the rudimentary horn of an atretic bicornuate uterus. Ann. di Ost. e Gin. Marzo. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 1. p. 172. (Im achten Monat der Schwangerschaft bei abgestorbenem Kind und völligem Fruchtwassermangel Operation, welche auch für ähnliche Fälle als Prophylaktikum gegen Ruptur gefordert wird.)

26. Polak, Dystocia following vaginal shortening of the round ligaments. Transact. of the New York. Obst. Soc. Nov. 10. 1914. Bericht: Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 2. p. 325.
27. Potocki et Sauvage, Rétraction de l'utérus sur la tête fœtale séparée par décollation. Ann. des gyn. et d'obst. 41 Année. 2. Série. Tome 11. p. 257. (1914. Titel sagt das Wesentliche. Gute Abbildungen.)
28. Rizzatti, Sulla terapia delle lacerazzioni uterine. Lucina. Vol. 19. Nr. 0. 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Nr. 62.
29 Sachs, Gravidität im Uterus bilocularis hemiatreticus. Präparat. Verein f. wiss Heilk. Königsberg. 22. Nov. Ref. Med. Klinik. 1916. p. 26.
30. Smyly, W., Myomatous uterus, removed during parturition. Demonstration in Royal Acad. of Med. in Ireland. Sect. of Obst. Febr. 12. Bericht: Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 27. Nr. 1. p. 38. (Nach 20stündiger Geburtsdauer Totalexstirpation wegen im kleinen Becken eingekeilten Myoms.)
30a. — Ruptured horn of a two-horned uterus. Ebenda.
31. De Snoo, Nekrose des Uterus. Ned. Gyn. 17. Jan. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. Heft 4. (De Snoo demonstriert einen Uterus mit ausgedehnterNekrose [Sektionspräparat], entnommen von einer IIIpara mit Beckenverengerung, die kurz nach der Geburt gestorben war. Conjugata vera $7^3/_4$ cm. Pat. wurde 3 Tage nach der Perforation der Eihäute aufgenommen mit 38,2°. Muttermund 2 cm. Bei einer Eröffnung von 4 cm 38,9°. Perforation des Kopfes. Tympania uteri. Nach neun Stunden schwere, teilweise spontane Geburt. Manuelle Lösung der Plazenta, hohes Fieber. Exitus. Diskussion: Treub, Götte, Meurer.) (Mendes de Leon.)
32. Steenhuis, Spontane baarmoederscheur tijdens de baring opgetreden. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. I. Nr. 6. Ref. Gyn. Rundschau. p. 97. (Uterusruptur.)
33. Stoddard, J. M., Complete intraplacental uterine rupture during labour. Indiana State Med. Assoc. Journ. Fort Wayne. Sept. Vol. 8. Nr. 9.
34. Thaler, Diskussion zu Weibel (Nr. 42). Ebendort. p. 290.
35. Thoenes, Traumatische Ruptur des schwangeren Uterus. Bruns Beitr. Bd. 92. (Fall von inkompletter Ruptur im fünften Graviditätsmonat; Heilung.)
36. Tovey, D. W., Rupture of a pregnant uterus bicornis unicollis. Transact. of the New York. Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Dec. 22. 1914. Bericht: Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 4. p. 683.
37. — Perforation or rupture of gravid uterus bicornis unicollis. New York. Med. Journ. April 17. Nr. 16. Ref. Med. Klinik. Nr. 27. p. 763.
38. Treub, H., Die nichtoperative Behandlung der Uterusruptur. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. p. 109. Ref. Therap. Monatsschr. Dez. p. 684. (Von 18 durch Tamponade behandelten Fällen starben 6. Höchstens einer davon hätte vielleicht durch Operation gerettet werden können. Danach hält sich Verf. für berechtigt, für die konservative Behandlung der Uterusruptur zu plädieren.)
39. *Ubbens, R., Dystokie bei Uterus duplex. Diss. Groningen. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1916. Nr. 1. p. 30.
39a. — Dystokie bij uterus duplex. Diss. in Groningen. März. Holländisch. (Unter Ausschluss der rudimentären Formen teilt Verf. die Doppelbildungen des Uterus ein in: Uterus bicornis a) duplex, b) unicollis, c) cordiformis; und Uterus ruptus a) septus completus, b) subseptus, c) uniforis. Für jede dieser sechs Gruppen werden die vorkommenden Störungen während der Geburt gesondert besprochen. Im Anschluss daran teilt Verf. einen kasuistischen Fall aus der Groninger Frauenklinik (Nijhoff) ausführlich mit. Er kommt aus seinen Betrachtungen zu folgenden Schlüssen: Die Prognose muss unter allem Vorbehalt gestellt werden; sie ist am besten bei Uterus bicornis duplex. Steisslage kommt frequent vor; Querlage öfters bei Uterus bicornis unicollis. Die Mortalität der Kinder ist ziemlich hoch, die der Mütter gering. Uterusruptur entsteht am häufigsten bei Uterus bicornis unicollis. Ernste Störungen können entstehen, wenn eines der Hörner eingeklemmt ist; diese Einklemmung ist am häufigsten bei Uterus duplex bicornis. Die Aussicht auf mehrfache Schwangerschaft scheint erhöht zu sein. Die Plazenta muss oft manuell gelöst werden. (Lamers.)
40. Veit, Diskussion zu Beneke (Nr. 1). Ebendort.
41. *Velde, Th. H. van de, Geburtsstörungen durch Entwicklungsfehler der Gebärmutter. I. Uterus unicornis, Uterus duplex semiatreticus. Monatsschr. f. Geb. u Gyn. Bd. 42. Heft 4. p. 307.
42. Weibel, Schwangerschaft und Geburt nach Interpositio uteri vesico-vaginalis. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. März. Bericht: Gyn. Rundschau. p. 288.

43. Wertheim, Diskussion zu Weibel (Nr. 42). Ebenda. p. 289.
44. Zöllner, Pauline Christ., Über Ätiologie und Therapie der Uterusrupturen an der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig in den Jahren 1887—1914. Inaug.-Diss. Leipzig.
45. Züllig, Uterusruptur bei Gebrauch von Pituitrin. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.

Ubbens (39) gibt in seiner Dissertation eine sehr sorgfältige Darstellung der Geburtsschwierigkeiten bei verschiedenen Formen von Verdopplung der Gebärmutter. Als Ursachen der Dystokie werden Mangel an zureichender Masse des muskulären Wehenapparates, Rigidität der Cervix und Schiefstand der schwangeren Seite aufgeführt. Abweichende Lagen sind häufig, die Sterblichkeit der Kinder relativ gross; daneben sind Wehenschwäche, Verzögerung der Eröffnung und Austreibung als die Geburt erschwerende Faktoren zu nennen. Uterusruptur findet sich am häufigsten beim Uterus bicornis unicollis.

Van de Velde (41) behandelt die Geburtsstörungen beim Uterus unicornis, duplex und duplex semi-atreticus. Der Uterus unicornis ist wenig bedeutsam, wenn auch die Schiefstellung der Fruchtachse und die Schwäche der muskulären Wand gelegentlich zu Geburtsstörungen führen. — Beim Uterus duplex können schwere Störungen durch Einkeilung der nichtschwangeren Hälfte zustande kommen. — Rigidität der Cervix und Schwäche der Muskulatur prädisponieren ferner zu Rupturen. Wichtig und nicht allzu selten ist die Geburtsunmöglichkeit durch Atresie des Muttermundes der im übrigen gut entwickelten schwangeren Hälfte eines Uterus duplex. Ein einschlägiger Fall wird vom Verf. ausführlich mitgeteilt.

4. Enges Becken und Osteomalazie.

1. Binz, Jacob, Kastration wegen Osteomalacie in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Bonn.
2. Brandt, Über Osteomalacie; zwei neue norwegische Fälle. Norweg. Mag. f. med. Wissensch. 1912/13. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 492.
3. Brodhead, George L., Cesarean section for contracted pelvis and double multilocular ovarian cysts. Transact. of the New York. Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Meeting Febr. 23. Bericht: Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 3. p. 478.
4. — Cesarean section with hysterectomy for fibroid uterus and contracted pelvis. Ebenda.
5. *Brugnatelli, E., und G. Verga, Ein neues Verfahren zur Beckenplastik. 18. Vers. d. Soc. Ital. di Ost. e di Gin. Rom 18.—20. Dec. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 277.
6. Bull, P., und Francis Harbitz, Ein Fall von Osteomalacie mit einer Geschwulst der Glandula parathyreoidea. Norsk Mag. for Laegevidensk. Nr. 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1254.
7. Cavarzani, S., Tre casi di osteomalacia curati col metodo Bossi. Ginec. mod. VII. 1—2. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 66.
8. Corletto, F., Ein neuer Fall von Heilung der Osteomalacie nach Bossi. Ginec. mod. 1914. Aug.-Dec. p. 286.
9. Engelhorn, Demonstration des Röntgenbildes einer Frau mit schlecht verheiltem Beckenbruch, der eine Spontangeburt unmöglich machte. Kaiserschnitt, guter Verlauf. Med.-naturwiss. Ges. in Jena. Sekt. f. Heilk. 4. Nov. Bericht: Deutsche med. Wochenschr. 1916. p. 59.
10. *Esch, P., Das enge Becken und die Leitung der Geburt bei demselben. Bd. 1 der Therapie des prakt. Arztes, herausgegeben von E. Müller, Berlin 1914.
11. Fantüeri, Offener Brief an Prof. Bossi über die Heilung der Osteomalacie nach der Methode Bossi. Ginec. mod. 1914. Aug.-Dec. p. 283.
12. Franz, K., Demonstration eines durch Laparotomie gewonnenen graviden Uterus einer Zwergin mit einer Conj. diagonalis von 5,5 cm. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, 26. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. p. 303.
13. Hornstein, M., Contracted pelvis and difficult labour. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72, Nr. 3. p. 421.
14. Jaschke, Rud. Th., Megakolon als Geburtshindernis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.
15. Jellett, H., Treatment of the second degree of pelvic contraction. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 2. p. 158. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 607.

16. *Liesegang, E., Über die puerperale Osteomalacie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 618.
17. Lönberg, Zwei Fälle von Kaiserschnitt bei ungewöhnlicher Form von Beckenverengerung. Verhandl. d. Schwed. ärztl. Ges. 1912/13. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 495.
18. Lorenz, Walter, Über Beziehungen zwischen Auftreten der ersten Menstruation und engem Becken. Inaug.-Diss. Jena 1914.
19. Nordmann, Kopfhochstand vor der Geburt bei Erstgebärenden. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 2. (Derselbe ist kein schlüssiges Zeichen für enges Becken, denn auch bei I para tritt in 12—30 % der Kopf erst unter der Geburt ins kleine Becken.)
20. *Novak, J., und O. Porges, Über die puerperale Osteomalacie. Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von R. E. Liesegang. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
21. Ogata, M., Untersuchungen über den Stoffwechsel mit Rücksicht auf die Ätiologie der Rachitis und Osteomalacie. Hegars Beitr. Bd. 19. p. 90.
22. Pelzer, W. J., Über klinische Geburtsleitung beim engen Becken. Inaug.-Diss. Heidelberg.
23. Salin, Fall von spondylolisthetischem Becken. Verhandl. d. Schwed. ärztl. Ges. 1912/13. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 497.
24. Santuzzi, Zur Heilung der Osteomalacie nach Bossi. Gin. mod. 1914. Aug.-Dec. p. 283.
25. Slemons, J. M., Dystocia due to funnel pelvis. California State Journ. of Med. San. Francisco. March. Vol. 13. Nr. 3.
26. *Smith, Franklin D., Dauernde Erweiterung des verengten Beckens. Med. Record. Vol. 87. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 608.
27. Snoo, de, Over het wegen en de behandeling van Osteomalacie. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenziekten etc. Bd. 2. Ref. Gyn. Rundschau. p. 99.
28. Thoms, Herbert K., A statistical study on the frequency of funnel pelvis and the description of a new outlet pelvimeter. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 1. p. 121.
29. Tjeenk Willink, J. W., Onbloedige vergrooting der Conjugata vera. (Unblutige Erweiterung der Conjugata vera.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 1. p. 20. (Holländisch.) (Polemik gegen Jonges. Verf. hat ein ähnliches Verfahren schon im Jahre 1910 angegeben.) (Lamers.)
30. — Onbloedige vergrooting der Conjugata vera. (Unblutige Erweiterung der Conjugata vera.) Nederl. Mandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 3. p. 153. Holländisch. (Polemik gegen Jonges, cf. Nr. 9.) (Lamers.)
31. Weibel, Geburtsverlauf bei traumatischem Protrusionsbecken. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 12. Jan. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 363.
32. Werner, P., Über einen seltenen Fall von Zwergwuchs. Arch. f. Gyn. Bd. 104. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 834.
33. * * * Über den Einfluss der Ovarientransplantation. Ein Beitrag zur Entstehung der Osteomalacie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 49.

Brugnatelli und Verga (5) wollen eine Heilung der Beckenverengerung dadurch erzielen, dass sie die eine Hälfte der horizontal durchtrennten Schambeine und Symphyse zwischen die anderen Hälften der Schambeine einpflanzen. Versuche an Hunden.

Smith (26) erstrebt die dauernde Erweiterung des engen Beckens durch Implantation von der Tibia entnommenem Knochen zwischen Symphyse und Schambein.

Esch (10) hat in dem Sammelwerk „Die Therapie des praktischen Arztes" eine für den zur Verfügung stehenden Raum ganz aussergewöhnlich klare und vollständige Darstellung von Diagnose, Geburtsverlauf und Therapie beim engen Becken gegeben. Auffallend, für die Hand des praktischen Arztes aber vielleicht ganz zweckmässig, ist der hier von Esch wiederholte Versuch, die Frage über die Möglichkeit und Häufigkeit der Spontangeburt an Hand seiner bekannten Tabelle, zu unterscheiden. Voraussetzung ist freilich, dass der praktische Arzt die Beckenaustastung und Conjugatenmessung bzw. -Berechnung einigermassen beherrscht, in welcher Hinsicht Ref. nicht sehr erbauliche Erfahrungen gemacht hat.

Grösseres Interesse verlangen neuere Theorien der Osteomalacie. Wie schon Novak, Porges (und Leimdörfer) (20) angedeutet, Hasselbach und

Gammeltoft dann in einer sehr verdienstvollen Arbeit (Biochem. Zeitschr. 1915. Bd. 68) erwiesen haben, besteht in der Schwangerschaft eine Herabsetzung der Alkaleszenz des Blutes, welche unter pathologischen Verhältnissen, z. B. bei der Eklampsie, so bedeutend wird, dass man von einer Acidosis sprechen kann.

Liesegang (16) hat daraus neuestens auch für die Theorie der Osteomalacie bedeutsame Schlüsse gezogen. Diesen zufolge würde der Knochenabbau die normale Neutralitätsreaktion gegen die normale Graviditätsacidose sein, der übermässige Knochenabbau mit Kalkauflösung bei der Osteomalacie eine Folge der pathologischen Acidosis sein, so dass die alte Säuretheorie der Osteomalacie eine neue, glänzende Auferstehung feiern könnte.

B. Störungen bei der Geburt der Plazenta.

1. Ballerini, Klinische Erfahrungen über die frühzeitige Ablösung der normal sitzenden Plazenta. Geb. u. gyn. Ges. der Emilia u. d. Marken. Lucina 1913. Nr. 3. Ref. Gyn. Rundschau. p. 299.
2. Brandt, K., Retroplacentar bloedning. Norsk. Magaz. for Laegevidensk. Christiania. Juni 1914. Bd. 75. Nr. 6. p. 649. (Vorzeitige Lösung der normalsitzenden Plazenta bei einer 30jährigen Ipara. Kaiserschnitt. Multiple Apoplexien der Uteruswand. Bericht über 14 weitere Fälle mit 10 toten Kindern.)
3. Bulatnikoff, Über die Momburgsche Methode. Charkower med. Journ. 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 4. p. 341.
4. Franqué, O. v., Vorzeitige Lösung der rechtsitzenden Plazenta. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. 8. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 902.
5. Hauch, Exstirpatio uteri bei Atonia uteri. Verein f. Gyn. u. Obst. in Kopenhagen. 1912/13. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 494.
6. Hedley, J. Prescott, Two cases of complete chronic inversion of the uterus treat by abdominal section and posterior incision of the uterus. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 27. Nr. 1. p. 8.
7. Heinecke, G., 13 Fälle von Tamponade mit Liquora ferri sesquichlorati sine acido bei Blutungen in der Nachgeburtsperiode. Inaug.-Diss. Leipzig 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 850.
8. Iljin, Luftembolie. Journ. f. Geb. u. Gyn. (Russisch.) Nov.-Dez. 1913. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 342.
9. — Über den Tod bei Luftembolie. Ärztezeitg. 1913. Nr. 24. Ref. an derselben Stelle wie Nr. 8.
10. Jaschke, Rud. Th., Akute puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. (Der vom Ref. beobachtete Fall hat wegen der Klarheit seiner Entstehung ein gewisses prinzipielles Interesse.)
11. Jizuki, S., Über das Vorkommen von Muskelfasern in der menschlichen Plazenta. Hegars Beitr. Bd. 19. p. 101.
12. Kirkham, H. L. D., Inversion of the uterus with report of a case of complete inversion with prolapse. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 2. p. 312. Ref. Zentralbl. f. Gyn.
13. Kochler, Herbert Hörst Helm., Die vorzeitige Lösung der regelrecht sitzenden Plazenta. Inaug.-Diss. Leipzig.
14. Malaguzzi-Valeri, Un caso di angioma della placenta. Annali di ost. e gin. XXXVII. Nr. 3.
15. Maxwell, R. D., Cases of inversion of uterus. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Vol. 27. Nr. 1. p. 14. (Ein Fall von akuter und ein Fall von chronischer Inversion. Im Anschluss daran allgemeine Besprechung der Uterusinversion. Nichts Neues.)
16. Nijhoff en Mesdag, Operative Behandeling der acute Inversio uteri puerperalis. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk. Bd. 2. Ref. Gyn. Rundschau. p. 101.
17. Pini, Über einen Fall von nach Küstner-Piccoli operierter und geheilter Inversio uteri. Geb. u. gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marken. Lucina 1913. Nr. 6. p. 88. Ref. Gyn. Rundschau. p. 300.
18. Pitha, Über die Entstehung zystöser subchorialer Gebilde in der Plazenta. Sbornik Klinicky. XV. Nr. 4. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 350.
19. Polak, A study of the management of the placental stage of labor with special reference to retained and adherent placenta. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. 40. Annual

Meeting at white Sulphur Springs (West Virg.). May 18—20. Bericht: Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 1. p. 150.
20. Polak, John O., Retained and adherent placenta; their management. Transact. of the New York Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. 23. Febr. Bericht: Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 3. p. 483.
21. Ribbert, H., Angiom der Plazenta. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1. p. 205.
22. Rody, C., Über die Inversio uteri post partum und ihre operative Behandlung. Inaug.-Diss. Bonn 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 73.
23. Rubeska, V., Placenta marginata et circumvallata. Casopis lékarno ceskych. 1914. Nr. 44. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 350.
24. Ruyter, Fritz, Chorioangiom der Plazenta, verbunden mit Hydrops universalis des Fötus. Beitrag zur Frage des Geschwulstcharakters der Chorioangiome der Plazenta. Inaug.-Diss. München.
25. Sfameni, Über die Entstehung der Insertio velamentosa funiculi und die mit ihr häufig zusammenfallenden Plazentaranomalien. Annali di Ost. e Gin. 1913. II. p. 441. Ref. Gyn. Rundschau. p. 232.
26. Tiegel, G., Über einen Fall von Placenta cervicalis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 2. (Der vorzüglich beschriebene Fall ist um so wertvoller, als er — gleich einem von Pankow und einem vom Ref. beschriebenen Fall — eine junge Gravidität betrifft. Er ist ein neuer, unumstösslicher Beweis für die Existenz der Isthmusschwangerschaft mit partieller Entwicklung der Plazenta in der Cervix selbst, soviel ich sehe, der 19. Fall sichergestellter Cervixplazenten.)
27. Wagner, G. A., Tödliche atonische Blutung post partum. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 11. Mai. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 469.
28. Walther, H., Zur manuellen Lösung der Plazenta. Gyn. Rundschau. Nr. 21. p. 337.
29. Zweifel, P., Die Behandlung der Blutungen in der Nachgeburtszeit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 3.

VIII.

Pathologie des Wochenbettes.

Referent: Dr. Bracht, Berlin.

A. Puerperale Wundinfektion.

I. Ätiologie, Pathologie.

1. *Ahlfeld, F., Wie soll die innere Untersuchung Schwangerer und Gebärender ausgeführt werden? Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 459.
2. — Die Resorptionsfähigkeit der Genitalien im puerperalen Zustande. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 3. p. 877.
3. Allmann, Septischer Milzabszess nach Abort. Geb. Ges. zu Hamburg, 11. Mai.
4. *Barfurth, W., Über den Keimgehalt von Föten bei Abort und Frühgeburt. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 3. Heft 1—2.
5. *Benthin, W., Über Selbstinfektion. Zentralbl. f. Gyn. p. 587.
6. *Bollag, K., Zur Frage der unverschuldeten endogenen puerperalen Spontaninfektion. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 474.
7. Buess, P., Sterblichkeit an Kindbettfieber seit 1900. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 3. p. 733. (Gegenüber Basel mit der für die Grossstädte niedrigsten Mortalitätsziffer von 0,47 ‰ steht Berlin mit der höchsten Sterblichkeitszahl da von 5,44 ‰ in den letzten Jahren.)
8. *Cukor, N., Das bakterienfeindliche Verhalten des Scheidenschleimes und dessen Bedeutung in der Verhütung des Wochenbettfiebers. Wiener med. Wochenschr. 1914. p. 884.

9. Darling, W. G., Puerperal infection. Wisconsin Med. Journ. August. p. 77 ff.
10. Foscue, G. B., Puerperal streptococcemia. Report of two cases. Texas State Journ. of Med.
11. Foskett, E., Colon bacillus infection of uterus, tubes and ovaries. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 3.
12. Foulkrod, Collin, Der gegenwärtige Stand der puerperalen Infektion in der Privatpraxis. Praktische Methoden über deren Vorbeugung und Behandlung. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 5.
13. Fuhrmann, Über Sepsis. Med. Klinik. Nr. 14. (Nichts Neues.)
14. Goodman, A. L., Diphteritic Vaginitis. Amer. Journ. of Obst. 1914. Nr. 2.
15. Gordon, E. S., Causes and treatment of subinvolution in puerperal uterus. Texas State Journ. of Med. April. p. 491 ff.
16. Guilfoy, W. H., Puerperal septicaemia. Amer. Journ. of Publ. Health. April 5. Nr. 4. p. 281 ff.
17. Haag, J., Bakteriologische Untersuchungen über den Einfluss von Milchsäurespülungen auf die Scheidenflora der Schwangeren. Dissert. Strassburg. Juli-Oktober.
18. Hopkinson, D., Etiology and pathology of puerperal pelvic infections. Wisconsin Med. Journ. August. p. 77.
19. *Hüssy, P., Die Bedeutung der anaeroben Bakterien für die Puerperalinfektion. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 299.
20. Jeannin, C., Les infections puerpérales. La Presse méd. 23 Déc. p. 516.
21. Kavinoky, N., Midvives and physicians as factors in puerperal fever. New York Med. Journ. August 28. p. 433.
22. Kouwer, Arthritis deformans durch puerperale Infektion. Ned. Gyn. Ver. 29. Nov. 1914. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. 2/3. (Kouwer teilt einen Fall von Arthritis deformans durch puerperale Infektion mit. 30jährige Frau. VIIpara. Spontane Geburt in 15 Stunden. Am dritten Tage 39°, am fünften 40,3°. Keine Ursache, weder innerlich noch äusserlich. Im Anschluss Schmerzen in den Gliedern; nach einem halben Jahre fieberfrei; doch deutliche Veränderungen an den Knie- und Hüftgelenken.) (Mendes de Leon.)
23. Lane, R. N., Puerperal sepsis. Illinois Med. Journ. Chicago. April. XXVII. p. 257 ff.
24. Langdon, F. W., Insanities of puerperal state. Lancet-Clin. March. p. 279.
25. *Medizinalstatistische Mitteilungen des kaiserlichen Gesundheitsamtes. Ergebnisse der Todesursachen im Deutschen Reich für das Jahr 1912. 18. Bd. Berlin, Springer.
26. Meier, E., Über Prognosestellung bei Puerperalfieber auf biologischem Wege. Diss. Freiburg i. Br. April.
27. Meuleman, Zelfbesmetting in het kraambed. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 23. (Sechs Fälle von Wochenbettfieber, wobei zwei Frauen an allgemeiner Sepsis und Peritonitis zugrunde gingen. Obwohl in den meisten Fällen die Schwangeren auch während der Geburt innerlich untersucht worden sind, meint Verfasser, der Direktor der Wilhelmina Hebammenschule zu Heerlen, doch Selbstinfektion auf endogenem Wege annehmen zu dürfen, da bei allen eine stark fieberhafte Kehlkopfentzündung vorherging.) (Mendes de Leon.)
27a. — Zelfbesmetting in het kraambed. (Selbstinfektion im Wochenbett.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Hälfte. Nr. 23. p. 1971. (Holländisch.) (Bericht über eine Angina-Endemie unter den Schwangeren [und dem Personal] einer Hebammenlehranstalt. Zwei Schwangere, die während der Zeit ihrer Erkrankung niederkamen, gingen an foudroyanter Sepsis zugrunde. Bei einer dritten trat im Wochenbett eine Erysipelas faciei auf, jedoch blieb die Genitalsphäre von der Infektion unberührt. Vier Patientinnen, die erst einen oder mehrere Monate nach durchgemachter [übrigens weniger heftig verlaufenen] Halsentzündung niederkamen, machten ein ungestörtes Wochenbett durch. Obschon bakteriologische Untersuchung und Leichenöffnung nicht stattfinden konnte, nimmt Verf. in beiden Todesfällen eine endogene Infektion als feststehend an. Überwachung jeder Schwangeren auf die Gegenwart und Entstehung von Infektionsherden [Tonsillen, Appendix, Tuben] hält Verf. für unerlässlich.) (Lamers.)
28. Menetrier, P., et A. Pascano, Endocardite infectieuse d'origine puerpérale. Soc. méd. des hôpit. 22. Janv. Ref. La Presse méd. 4 Févr. p. 40. (Lokalisation der Ulzeration im Beginn des Aortenrohres, in der Klappentasche ohne Mitbeteiligung des Klappensegels. Divertikelartiges Aneurysma, thrombotischer Verschluss der vorderen Koronararterie.)

29. Moncalvi, L., Der thermische Verlauf des Wochenbettes und seine Beziehung zur Verhütung des Puerperalfiebers. Gyn. Rundschau. p. 188. Juni.
30. *Pruska, H., Streptothrix in den weiblichen Genitalien während der Geburt und im Wochenbett. 5. Kongr. tschechischer Naturf. u. Ärzte in Prag 1914.
31. *Schottmüller, H., und W. Barfurth, Die Bakterizidie des Menschenblutes Streptokokken gegenüber als Gradmesser ihrer Virulenz. Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. Immunitätsf. Bd. 3. Heft 1 u. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 48.
32. *Selenew, P., Die Morbidität der Kreissenden I. und II. Klasse im Frauenspital Basel 1901—1909. Dissert. Basel 1913.
33. Shaw, An aid to the Little-Döderlein Method for Obtaining Lochial culture. Surg., Gyn. and Obst.
34. *Slemons, J. Morris, Placental bacteremia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Oct. p. 1265.
35. Teacher, J. H., and J. A. G. Burton, Infective abortion in guinea-pigs. Journ. of Pathol. and Bact. Vol. 20. Heft 1. p. 14.
36. Thaler und Zuckermann, Über eine genitale Influenzainfektion bei einer Gebärenden als Ursache eines Puerperalfiebers. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 12. Jan.
37. *— — Zur Prophylaxe endogener Wochenbettsfieber mittelst 5 %iger Milchsäurespülungen während der Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 47. p. 1.
38. Theodor, P., Bakteriologische Blutuntersuchungen nach Curettagen. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsf. Bd. 3. Heft 1—2.
39. *Warnekros, Zur Prognose der puerperalen Fiebersteigerung. Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 301.
40. Werner, P., Bakteriologische Untersuchungen beim fieberhaften Abort. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 2 u. 3. p. 481.
41. Wiener, Salomon, Ein Fall von Fremdkörper im Uterus: infizierter Abort. Transactions of the New York Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Febr. 23. (Lysoltampon im Uterus.)
42. *Winter, G., Plazentarretention und Puerperalfieber. Erwiderung an Ahlfeld. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 56.
43. —* Bedeutung und Behandlung retinierter Plazentarstücke im Wochenbett. Der Frauenarzt. Heft 10 u. 11. p. 290 ff.
44. Wortmann, Sind die Vaginalkeime imstande, Fäulnis zu erregen? Ein bakteriologischer Beitrag zur Frage der Selbstinfektion. Inaug.-Diss. Berlin 1914.
45. *Zangemeister, W., und F. Kirstein, Zur Frage der Selbstinfektion. Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 1.
46. Zweifel, E., Über medikamentöse Scheidenspülungen bei schwangeren Frauen und während der Geburt. Med. Klin. 1914. Nr. 35. (Vgl. auch die Arbeiten aus dem vorigen Berichtsjahre.)

Benthin (5) sieht mit Winter nur solche Fälle als Erkrankungen durch Eigenkeime oder Selbstinfektionen an, in denen es unzweifelhaft erwiesen ist (bakteriologisch), dass der krankmachende Keim schon vor der Erkrankung in der Nähe oder in der unmittelbaren Umgebung des Krankheitsherdes sich vorfand. Denn das sei das praktisch wichtige, ob unter gewissen Umständen im Sekret bereits vorhandene Keime Krankheitserscheinungen auszulösen vermögen. Ob nun dieser Keim gelegentlich auch einmal imstande sei, spontan zu aszendieren, sei für alle praktischen Konsequenzen in dieser Frage verhältnismässig belanglos, insonderheit ja wohl feststeht, dass ja schliesslich zu irgend einer Zeit ein jeder dieser Keime einmal in die Vagina hineingebracht worden ist. Benthin sucht die Anschauung der Klinik, dass ein grosser Teil der puerperalen Infektionen bedingt ist durch Eigenkeime, zu stützen, indem er auf ähnlichem Wege wie in der Geburtshilfe und Gynäkologie auf dem Gebiete anderer Organe nach der Möglichkeit und Häufigkeit autogener Infektionen Umschau hält. So hat er in der modernen Literatur anderer medizinischer Spezialfächer ermittelt, dass auch z. B. für die Nase, Mundhöhle, Ohr und das Auge autogene Infektionen nicht selten zu sein scheinen, ganz im besonderen im Anschluss an operative Eingriffe. Auch hier nämlich wird nach einigen Autoren der Strepto-

coccus, selbst in seiner hämolytischen Form, nicht ganz selten gefunden, wenn auch in hervorragendem Masse bei entzündlichen Zuständen dieser Organe, und dass ihr Vorhandensein nach den meisten Autoren die Prognose für operative Eingriffe trübt (Nase, Auge). „Die Frequenz der postoperativen Entzündungen geht also den Streptokokkenbefunden parallel" (Elschnig und Ulbrig). Der Bindehautsack zum Beispiel wird um dessentwillen vielfach vor Operationen prophylaktisch mit leichten Desinfizientien behandelt.

Benthin neigt der Anschauung zu, dass unsere Massnahmen zur Verhütung exogener Infektionen bereits auf ihrer Höhe angelangt sind, jedenfalls soweit das moderne Kliniken betrifft. Die Frage irgend welcher besonderer Massnahmen zur Umgehung der Infektion mit Eigenkeimen hält er noch keineswegs für spruchreif.

Zangemeister (45) tadelt die von Bumm und Sigwart für den Begriff der Selbstinfektion zugrunde gelegte Bedingung, dass dasjenige Keimmaterial Voraussetzung sei, welches die schwangere Frau in ihrem Scheidensekret längere Zeit beherbergt und mit zur Geburt bringt. Auf diejenigen Keime kommt es seiner Meinung nach lediglich an, die bei der Lagerung der Kreissenden in der Scheide vorhanden sind, vorausgesetzt, dass sie nicht schon innerlich untersucht worden ist. Für ganz besonders wichtig hinsichtlich der Förderung dieser Frage hält Zangemeister die Ausschaltung aller Vergleiche von Untersuchungsreihen, die unter nicht den ganz gleichen Bedingungen, mit differenten Methoden angestellt wurden. Auf solche Weise werde gewiss eine grosse Zahl nur scheinbar bestehender Differenzen geklärt. Ein anderer Teil solcher Abweichungen in den Resultaten verschiedener Kliniken müsse unbedingt durch klimatische Verhältnisse sowie zeitweilige endemische Verbreitung anderer Erkrankungen erklärt werden. So sei für ihn ein Unterschied bei dem bakteriologischen Vergleich des Marburger und Königsberger Materials offenkundig gewesen. Auch das letztere habe sich bei den gleichen Untersuchungsmethoden nicht in jedem Jahre gleich verhalten. — Zangemeister hält auf Grund einer neuen Untersuchungsreihe von 694 Fällen unter Heranziehung des Materials der Königsberger Klinik (Sachs) gegenüber Bumm und Sigwart an seiner These fest, dass das Vorhandensein hämolytischer Streptokokken in der Scheide während der Geburt die Prognose für das Wochenbett wesentlich trübe. Auf der anderen Seite aber gewinnt er den Untersuchungen an der Frankfurter Klinik durch Goldstrom, Seligmann und Traugott wesentliches Interesse ab, die bei ausschliesslich rektaler Untersuchung keinen Unterschied im Verlaufe des Puerperiums von Kreissenden mit hämolytischen Streptokokken und Kreissenden ohne solche fanden. „Bestätigt sich dieses Resultat weiterhin, dass nämlich bei vaginaler Untersuchung oder vaginalen Eingriffen die Anwesenheit hämolytischer Streptokokken viel mehr ins Gewicht fällt als bei Kreissenden, die nicht oder nur rektal untersucht werden, so können wir nicht umhin, der vaginalen Untersuchung eine Gefährdung beizumessen, die wir bisher zu wenig berücksichtigt haben." (Inokulation.)

Kirstein (45) prüfte eine von Bumm und Sigwart aus der Untersuchung des Scheidensekrets von 22 Schwangeren gezogenen Schlussfolgerung nach, derzufolge „bei Frauen, die während der Gravidität, wie es stets sein sollte, innerlich unberührt bleiben, keine Fäulniskeime im Scheidensekret vorhanden sind". Die aus der Nachprüfung gezogenen Schlüsse lauten: „Für denjenigen, der an keinerlei Selbstinfektion glauben mag und andererseits an dem Unterschied zwischen Infektions- und Intoxikationsfieber festhalten will, geht zum mindesten aus meinen Untersuchungen die Möglichkeit hervor, dass auch das vermeintliche Intoxikationsfieber durch Eigenkeime hervorgerufen werden kann. Es bedarf zum Zustandekommen dieses „Intoxikationsfiebers" keiner „Berührung", keines Importes fäulniserregender Mikroorganismen; denn solche finden sich bei längere Zeit unberührten Schwangeren im unteren Vaginalabschnitt recht häufig (89 %)

und im oberen Vaginalabschnitte gar nicht so selten (25 %). — Gelegentlich der gleichen Versuchsreihe stellte Kirstein fest, dass von 17 Fällen, die wohl in der Vulva, nicht aber in der Vagina pathogene Keime trugen (Streptokokken, Staphylokokken), nach dreimal vorgenommener Exploration in der üblichen Weise eben diese Keime in 12 dieser Fälle jetzt auch in der unteren Scheide nachgewiesen werden konnten.

Warnekros (39) hat sich über die Bewertung der verschiedenen puerperalen Infektionen und das Verhalten der für diese in Frage kommenden Erreger ein klareres Bild zu verschaffen gesucht, indem er in einer Reihe der verschiedensten Fieberfälle im Wochenbett neben der üblichen bakteriologischen Kontrolle zugleich anatomisch-histologisch Weg und Art der Ausbreitung der Keime im Gewebe verfolgt. Das histologische Untersuchungsmaterial vervollständigte er sich in der Weise, dass er ausser den durch Exstirpation und die Sektion gewonnenen Uteris Schleimhautbröckel untersuchte, die er durch die Curette gewann. So konnte er diese Untersuchungsmethode auch auf die leichteren Fieberfälle ausdehnen. Seine Studien führen ihn zu folgenden Schlüssen: eine scharfe Grenze zwischen Saprophyten und Parasiten gibt es nicht. Doch vermag der gewöhnlich saprophytär sich verhaltende Keim nur unter gewissen Umständen „sekundär" virulent zu werden, wenn nämlich eine „anatomische Gelegenheitsursache" ihm den Eintritt in das menschliche Gewebe ebnet und ihm sein Fortkommen erleichtert. Als solche Gelegenheitsursachen kommen in Frage: Verletzungen der Uteruswand, die Entwicklung der Keime hinter der noch haftenden Plazenta (septischer Abort vor der Ausräumung, länger bestehendes Fieber intra partum, Plazentarretentionen). Im übrigen hält Warnekros dafür, dass als „primär virulente" Keime für puerperale Infektionen lediglich der Streptococcus und der Staphylococcus in Frage kommen, die allein mit einem Penetrationsvermögen auch dem ungeschädigten menschlichen Gewebe gegenüber ausgerüstet sind.

Von diesem Standpunkte aus wird der Befund von Streptokokken oder Staphylokokken im Blute als prognostisch sehr ungünstig aufgefasst, besonders wenn sie auch ausserhalb eines Frostes gefunden werden. Beim Abort ist im Gegensatze zu der belanglosen „mechanischen Bakteriämie" im Anschluss an die Ausräumung, an der oft die verschiedenartigsten Keime beteiligt sind, ein Keimbefund im Blute am Tage nach der Ausräumung sowie Temperatursteigerungen, die erst einige Tage nach der Ausräumung einsetzen, prognostisch zweifelhaft zu beurteilen. Für das therapeutische Verhalten wird die Notwendigkeit sofortiger Ausräumung septischer Aborte gefolgert, welches immer auch der Erreger sein mag, für Fieber intra partum die baldige Entbindung.

Bollag (6) beschreibt einen Fall von Selbstinfektion, der seiner Ansicht nach der schärfsten Kritik standhält. Überdies hält er auch diesen Fall zugleich für den einzigen unter 23 516 Geburten in den letzten zwei Dezennien der Baseler Klinik, für den eine Spontaninfektion in Frage kommen kann.

Winter (42) führt für die Anschauung, dass der zurückgebliebene Cotyledo niemals eine Infektion im Wochenbette verschuldet, eine Reihe von 149 Fällen von Plazentarretentionen an, von denen 75 ein leicht, 8 ein schwer fieberhaftes Wochenbett durchmachten mit einem Todesfall.

Slemons (34) untersuchte bakterioskopisch die Plazenten derjenigen totgeborenen nnd frühgestorbenen Kinder, bei denen die Todesursache unklar geblieben war. Von 62 Geburten mit über 24stündiger Dauer waren acht der Kinder tot geboren oder in den ersten Tagen gestorben. In drei von diesen Fällen gelang es, den Nachweis einer Infektion der Frucht von der Plazenta aus zu führen, obwohl die Mutter nicht eigentlich erkrankt war, weder intra partum noch im Puerperium. Die Höchsttemperatur der Mütter intra partum hatte betragen: in zwei Fällen: 37,8, im dritten: 38,0°. Im Wochenbett: 37,0, 38,2 und 38,5°. — In allen drei Fällen fanden sich unter dem Amnion, im Binde-

gewebe des Amnions und auch des Chorions Streptokokken; in einem Falle gemischt mit einem Stäbchen, das dem Gasbazillus gleicht. Die histologischen Veränderungen, welche die Einwanderung der Keime intra partum hervorgerufen hatte, bestanden in eitriger Infiltration der Wand der Nabelvene, Thrombose einiger Plazentargefässstämme. Vereinzelt konnte das Einwandern der Keime in die Wand der Gefässe auf der fötalen Seite der Plazenta beobachtet werden. In einem der Fälle wurden die Keime auch in den intervillösen Räumen gefunden, nie in den Zotten. (So erklärte sich in einem der Fälle eine eitrige Peritonitis, die vielleicht häufig mit Unrecht der Versorgung des Nabels zur Last gelegt wird.)

Barfurth (4) fand nur in einem gewissen Prozentsatz der fieberhaften Aborte und Frühgeburten die Föten infiziert. Er macht auf die Zuverlässigkeit aufmerksam, mit der sich von dem in solchen Fällen gefundenen Erreger aussagen lässt, dass im Falle einer Infektion der Geburtswege er der infizierende gewesen ist. Bemerkenswert ist, dass gerade Koli und Emphysematosus gehäuft gefunden wurden. Barfurth glaubt diese Beobachtung durch die Fähigkeit der Gasbildner, die zum Eindringen erforderlichen Schädigungen zu schaffen, erklären zu können.

Thaler und Zuckermann (37) haben die von Schweitzer erzielten Erfolge für den Verlauf des Wochenbettes durch prophylaktische Milchsäurespülungen an einem wenn auch kleinen Material mit etwa dem gleichen Ergebnis nachgeprüft, zugleich aber im Gegensatz zu Schweitzer die Scheidenflora einer gewissen bakteriologisch-kulturellen Kontrolle unterzogen, um sich über die Art der Wirkung eine genauere Rechenschaft ablegen zu können. Bei den ursprünglich mit einem pathologisch zusammengesetzten Sekret behafteten Fällen fanden sich nach 2—3 Wochen hindurch durchgeführter täglicher Milchsäurespülung der Scheide die gleichen Prozentverhältnisse an Morbidität im Wochenbett, wie bei den von vornherein mit einem normalen Sekret ausgestatteten Schwangeren, die nicht behandelt wurden (8,7 %). Die Autoren sind nicht der Ansicht, dass der Erfolg in absoluter Parallele stehe zu dem Grade, in welchem es gelang, die Streptokokken zu eliminieren. Zumal, da in einem Teil der günstig verlaufenen Fälle solche bis zum Schluss zu züchten waren, so neigen die Verfasser zu der Anschauung, dass in der Scheide auch völlig apathogene Streptokokken vegetieren mögen, etwa ein dem Streptococcus acidi lactici entsprechender oder vielleicht ihm eng verwandter (Schweitzer). Zur praktischen Verwendung der Spülungen im allgemeinen glauben sie von jeder bakteriologischen Kontrolle Abstand nehmen zu können, da die makroskopischen Charakteristika zur richtigen Auswahl der Fälle genügen (Schweitzer, Zweifel).

Um sich eine Erklärung für die Wirkungsweise der Milchsäure zu verschaffen, verfolgen Thaler und Zuckermann die normale Scheidenflora zurück bis über die Pubertät hinauf. Die ursprüngliche Kokkenflora wechselt zur Zeit der Geschlechtsreife mit der Stäbchenflora. Zugleich schlägt die bisher alkalische Reaktion in eine saure um, und zwar ist wahrscheinlich die Reaktion das sekundäre, erst durch die Ansiedlung des Keimes hervorgerufen. Da nun die Scheidenbazillen ein zuckerhaltiges Nährsubstrat bevorzugen, so ist der Gedanke naheliegend, dass diese erst von dem Momente an auf der Schleimhaut der Scheide ansiedlungsfähig werden, da die Uterusschleimhaut mit der Ausscheidung von Glykogen beginnt und das ist nach Aschheim zur Zeit der Menstruation der Fall.

Cukor (8) spricht sich ebenfalls für die Milchsäurespülungen aus.

Schottmüller und Barfurth (31) fanden, dass das menschliche Blut den verschiedenen Streptokokkenstämmen gegenüber verschieden starke bakterizide Kraft entfaltet. Nämlich eine verhältnismässig grosse den anaerophilen Stämmen gegenüber, dem Streptococcus viridans und den anhämolytischen Stämmen gegenüber.

Resistenter dem Blute gegenüber erweisen sich der Streptococcus erysipelatos mucosus lactici, der Streptococcus herbidus und die Pneumokokken. Alle Faktoren, die die Oxydation des Blutes beeinträchtigen, setzen die Bakterizidie herab, wie erhöhter Wassergehalt des Blutes, Verminderung der Erythrozyten.

Bezüglich der Bewertung der obligat anaeroben Erreger kommt Hüssy (19) zu der Ansicht, dass die Infektionen durch die virulenten Anaerobier selten sind, wie durch den Tetanusbazillus, die anaeroben Streptokokken und Staphylokokken und den Bacillus emphysematosus. Tetanus und emphysematosus erwecken stets den Verdacht auf einen kriminellen Eingriff. Die häufiger vorkommenden, gasbildenden anaeroben Stäbchen geben dagegen eine äusserst günstige Prognose ab.

Thaler und Zuckermann (37) hatten Gelegenheit, eine noch bisher nicht veröffentlichte puerperale Infektion durch den kulturell sichergestellten Influenzabazillus zu beobachten. Zufällig war der Erreger bereits in der Gravidität in der Scheide der Patientin nachgewiesen worden.

Pruska (30) fand siebenmal bei fiebernden Kreissenden, 10 mal bei fiebernden Wöchnerinnen Streptothrix in der Scheide. Da es ihm in einigen dieser Fälle gelang, den Keim in Reinkultur zu züchten, so ist Pruska der Ansicht, dass Streptothrix imstande ist, vom weiblichen Genitalkanal aus eine fieberhafte Infektion zu erzeugen.

Ahlfeld (1) spricht sich eindringlich zugunsten der Einfinger-Exploration bei Schwangeren und Kreissenden aus, allein schon, um den durch die Zweifingeruntersuchung begünstigten Transport von Keimen in die oberen Geburtswege zu vermeiden.

Vergleichende Untersuchungen von P. Selenew (32) führen zu dem Resultate, dass die Untersuchungen der Studierenden die Puerperalmorbidität nicht verschlechtern.

Das kaiserliche Gesundheitsamt (25) musste eine Zunahme der Sterblichkeit an Kindbettfieber in den letzten Jahren feststellen, im Gegensatze zu anderen Ländern. Die Zunahme der Fehlgeburten wird hierfür verantwortlich gemacht.

II. Prophylaxe und Therapie.

1. Baldwin, J. F., Treatment of puerperal thrombophlebitis. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Febr. LXXI. Nr. 2. p. 292.
2. *Benthin, W., Zur Kritik der Behandlung des febrilen Abortes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 162.
3. Bondy, O., Die septische Allgemeininfektion und ihre Behandlung. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 7.
4. Ceola, La tintura di iodio nella profilassi dell' infezione puerperale. La Rass. d'ost. e gin. XXIV. Nr. 2.
5. Curchod, E., Die Behandlung des septischen Abortes. Schweizer Rundschau f. Med. Nr. 21.
6. *Döderlein, Über Venenunterbindung bei Thrombophlebitis puerperalis. München. gyn. Ges. 16. Juli 1914.
7. Forsselius, O., Fall von puerperaler Streptokokkensepsis mit autogenem Impfstoff behandelt. Verh. d. Gesellsch. d. Ärzte zu Göteborg. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
8. Frank, R. T., Treatment of puerperal sepsis. New York Med. Journ. April 10. CI. Nr. 15. p. 709 ff.
9. *Gutierrez, A., Terpentine in local treatment of puerperal endometritis. Semana Med. Buenos Aires. Febr. p. 247 ff. Ref. The Journ. of Amer. Med. Assoc. May. p. 1694.
10. Halle, Salvarsan bei Kindbettfieber. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 40.
11. *Höhne, O., Über die Behandlung retinierter Plazentarreste. Zentralbl. f. Gyn. 1914. p. 1465.
12. King, James E., Rückblick und Umschau, betreffend die Behandlung des Puerperalfiebers. Interstate Med. Journ. 1914. Dez. (King stellt fest, dass man sich im allgemeinen in der Therapie des Puerperalfiebers zu einem nihilistischen Standpunkte

durchgerungen hat, abgesehen vielleicht von der Venenunterbindung, die durch eine Präzisierung der Indikationsstellung einige Aussicht auf Besserung der Resultate hat.)
13. *Köhler, Diskussion zu Werner.
14. *Kraus, R., und S. Mazza, Über Bakteriotherapie der puerperalen Infektionen. Deutsche med. Wochenschr. 23. Sept. p. 1147.
15. Miller, C. J., Surgical treatment of puerperal infection. Texas State Journ. of Med. May. XI. Nr. 1. p. 1—70.
16. Schwellinger, K., Über Versuche mit Antistreptokokkenserum in der Geburtshilfe. Dissert. Freiburg i. Br. April.
17. Schwyzer, E., Surgical experiences in puerperal sepsis. Surg., Gyn. and Obst. April. p. 381. ff.
18. Thaler, H., Zur Prophylaxe der endogenen puerperalen Infektion. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 9. März.
19. *Traugott, M., Aktive und konservative Behandlung des Streptokokkenabortes und ihre Resultate. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. p. 375.
20. *Werner, Behandlung des Puerperalfiebers mit Kolivakzine. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 8. Juni. Bericht: Gyn. Rundschau. p. 360.

Kraus und Mazza (14) behandeln Puerperalfieberfälle angeblich erfolgreich mit intravenöser Injektion von 25 Millionen nach Vincent abgetöteten Kolikeimen. Nach Frost und Temperaturanstieg folgt Abfall und Besserung, häufig erst nach wiederholter Injektion. Die Wirkung erklären sich die Verfasser nicht als eine spezifische, dem Kolikeime eigentümliche, sondern halten das klinische Phänomen für eine einfache Reaktion des Körpers auf einen giftigen Eiweissstoff. Luedke (Deutsche med. Wochenschr.) zum Beispiel erreichte beim Abdominaltyphus die gleichen Reaktionen durch Injektion von Deutero-Albumose (Merck).

Werner (20) hat nach dem Vorschlage von Kraus nach Analogie der Typhusbehandlung 11 Fälle schweren Puerperalfiebers mit Kolivakzine behandelt. Den Erfolg von 72 % Heilung glaubt er dem Mittel zuschreiben zu dürfen. Der Injektion folgt im allgemeinen ein sehr starker Frost mit nachfolgendem Temperaturanstieg. Diesem pflegte in einigen Fällen ein Abfall der Temperatur zu folgen mit dauernder Entfieberung. Am geeignetsten scheinen die Fälle ohne oder mit minimaler Lokalisation der Infektion. Werner möchte sich die Wirkung weniger an das Bakterium selbst geknüpft denken, als vielmehr als eine besondere Eiweissreaktion erklären, die vielleicht der Anaphylaxie in gewissem Sinne verwandt, jedoch deutlich von ihr verschieden ist.

Köhler (13) hat an der Halbanschen Klinik die gleichen therapeutischen Versuche mit einer polyvalenten Streptokokkenvakzine (Schering) angestellt (intravenös: 40 Millionen Keime) mit etwa den gleichen Resultaten. Die Injektion musste zum wenigsten einmal wiederholt werden.

Gutierrez (9) wendet das Terpentinöl bei Endometritis in Form einer Tamponade an. Gutierrez stellt sich die Wirkung dermassen vor, dass mit der hierdurch angeregten ungeheuren Sekretion zugleich das meiste Keimmaterial mit aus den oberflächlichen Gewebsschichten herausgeschwemmt wird, auf der anderen Seite durch diese örtliche Reaktion die Phagozytose und vielleicht auch die bakterizide Kraft des Blutes eine Anregung erfahren.

Nachdem die Versuche, den infizierten Organismus durch keimtötende Mittel zu retten, im allgemeinen so gut wie völlig verlassen sind, empfiehlt Hüssy ein auf jeden Fall für den Behandelten indifferenteres Mittel, nämlich einen Versuch, die spezifische Virulenz der Keime herabzusetzen, ihre Virulenz zu lähmen. Neben der geringeren Giftigkeit kommt dem behandelten Körper der Umstand zugute, dass nicht etwa wie bei der Abtötung der Keime grössere Endotoxinmengen plötzlich frei werden. Hüssy empfiehlt in diesem Sinne, das Methylenblausilber (Merck) in Mengen von 1—2 ccm der 2 %igen Lösung täglich subkutan zu verabfolgen.

Döderlein (6) rät in gewissen Fällen von puerperaler Pyämie zur Venenunterbindung. Es eignen sich zu dem Eingriff diejenigen Fälle, die spät und zunächst mit vereinzelten Frösten begonnen haben, in denen jedenfalls zeitweilig das Blut streptokokkenfrei und der thrombophlebitische Prozess der Vermutung nach noch nicht allzuweit vorgeschritten ist. In einem derartigen Falle unterband Döderlein die beiden Spermaticae im Ligamentum infundibulo pelvicum, sowie beide Hypogastricae mit gutem Erfolge.

Benthin (2) unterzieht die neueren Arbeiten über die Behandlung des febrilen Abortes einer Kritik. Die mit der konservativen Therapie aller durch hämolytische Streptokokken infizierten Fälle erreichten Resultate der Königsberger Klinik stellt er voran. Es starben dort von diesen Fällen zur Zeit der aktiven Behandlung 31 %, seit der Aufnahme der konservativen Therapie 0 %. Demgegenüber rechnet Benthin aus einer Arbeit Hamm's, die der aktiven Behandlung das Wort spricht, eine Mortalität von 22,2 % der mit hämolytischen Streptokokken infizierten Fälle aus. Einer anderen, ebenfalls aus der Strassburger Klinik hervorgegangenen Arbeit (Walther, 1914) rechnet Benthin noch ungünstigere Zahlenresultate nach, bis zu 73 % Mortalität in denjenigen mit der Curette oder digital behandelten Fällen, in denen die Infektion mit dem hämolytischen Streptococcus nicht auf den Uterus beschränkt geblieben war.

Traugott (19) spricht von neuem der konservativen Behandlung des Streptokokkenabortes das Wort.

Höhne (11) empfiehlt retinierte Kotyledonen bei bestehendem Fieber nur dann auszuräumen, wenn eine stärkere Blutung dazu veranlasst. Insbesondere empfiehlt er diese Zurückhaltung für den Fall, dass Streptokokken oder hämolytische Staphylokokken im Sekret gefunden wurden.

B. Andere Erkrankungen im Wochenbett.

1. *Allmann, Inversio et prolapsus totalis uteri puerperalis. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 3.
2. *Alsberg, P., Zur Therapie der puerperalen Uterurinversion. Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr. 23.

2a. — Über puerperale Uterusinversion. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1914. Nr. 5.

3. Ambrosini, Costipatione in Puerperio. L'arte Ostetr. XXIX. Nr. 2.
4. *Benestad, G., Akute tuberkulöse Peritonitis im Wochenbett. Norsk Mag. for Laegevidenskaben. 1914. p. 1038. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 487.
5. Binz, J., Kastration wegen Osteomalacie bei Schwangerschaft. Dissert. Bonn. März-April.
6. Blodgett, S. H., Zur Prophylaxe puerperaler Krämpfe. Med. Rec. 20. März. p. 478.
7. Bubis, J. L., Early incision of breast abscesses during lactation. Cleveland Med. Journ. XIV. Nr. 7. p. 483 ff.
8. Carthy, Mc. D. J., Psychoses and Neuroses of Pregnancy and the Puerperium. Amer. Journ. of Obst. August. p. 269.
9. Cumston, Charles Greene, Extremitätengangrän im Wochenbett. Amer. Journ. of Obst. p. 53.
10. Davis, E. P., Tuberkulose als Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, mit Berücksichtigung der Therapie. Therap. Gazette Detroit. Mich. 15. III.
11. *Engelmann, Mastitis puerperalis. Naturwiss.-med. Ges. zu Jena. 4. Nov. Bericht: Münchn. med. Wochenschr. p. 1728.
12. Eunicke, K. W., Hat trotz aseptischer Durchführung der Säuglingspflege das Wochenbettfieber der Mutter Einfluss auf das Gedeihen des Brustkindes? Inaug.-Diss. Giessen 1914.
13. *Fangere, Erscheinungen von Schock infolge der Entbindung. Revue prat. d'obst. Avril 1913.
14. Furniss, Acute post partum haematogenous infection of kidney. Transaction of the New York Obst. Soc. Febr. 9. Ref. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. June. p. 971.

15. *Gautiez et Tissier, Troubles de motilité paraobstétricaux. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Mai. p. 177.
16. Greger, Helmuth, Über Harnverhaltung im Wochenbett. Dissert. Marburg 1914.
17. Hüssy, P., Zur Behandlung der septischen Allgemeininfektion. Münchn. med. Wochenschr. p. 17.
18. *Jaschke, Rud. Th., Akute puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 557.
19. Kistler, K., Über Pyelonephritis in graviditate et in puerperio. Inaug.-Diss. Basel 1913.
20. *Kottmaier, Jean, Dekubitus im Anschluss an den Partus. Zentralbl. f. Gyn. p. 686.
21. *Liesegang, Raphael Ed., Über die puerperale Osteomalacie. Zentralbl. f. Gyn. p. 241.
22. Lindig, P., Zur Pathologie der Brustdrüsensekretion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 3.
23. Meijers, F. S., Een geval van hersenvenethrombose in het kraambed. (Hirnvenenthrombose im Wochenbett.) Amsterdamsche Neurologen-Vereeniging. Sitzg. vom 29. April. Bericht: Psychiatr. en Neurol. Bladen. Heft 6. p. 575. (Holländisch.) (27jährige IIpara. Normaler schneller Partus, jedoch mit grossem Blutverlust. 14 Tage später zuerst Steifheit, dann Lähmung der rechten, dann der linken Körperhälfte [Tetraplegie]. Anfallsweise alternierende tonische Krämpfe in den gelähmten Gliedmassen. Sehnenreflexe stark gesteigert, rechts Fuss- und Schenkelklonus leicht hervorzurufen, beiderseits „Bubinsky". Beide Augen in Zwangsstand in den rechten Augenwinkel fixiert; Ptosis. Pupillen und Fundus oculi sowie Gesichtsfunktion ungestört. Keine Sensibilitätsstörung ausser an der rechten Hand, an der das Bild der Wernickeschen Tastlähmung rein vorhanden ist. — Nach drei Tagen Besserung sämtlicher Symptome, nach etwa sechs Wochen vollkommene Heilung. Wahrscheinlich war die Thrombose lokalisiert im Gefässgebiet des Pons in Höhe des Abduzenskerns, vorwiegend in der linken Hälfte.) (Lamers.)
24. Novak, J., und O. Porges, Über die puerperale Osteomalacie. Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von R. E. Liesegang. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 393. (Prioritätsstreit.)
25. Nilssen, A., Akute Pankreatitis oder Pankreasnekrose in der letzten Hälfte von Puerperium. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
26. Ogata, Masakiyo, Untersuchungen über den Stoffwechsel mit Rücksicht auf die Ätiologie der Rachitis und Osteomalacie. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Ergänzungsheft. p. 90. (Untersuchungen über den Stickstoff-, Phosphorsäure-, Kalk- und Magnesia-Stoffwechsel bei Osteomalacischen vor und nach der Kastration. Verfasser beschränkt sich darauf, die Resultate seiner Untersuchungen zahlenmässig mitzuteilen. Man vermisst eine Bewertung der Befunde.)
27. Seifert, Latente atypische Malaria. Journ. of Amer. Med. Assoc. Dec. 19. 1914.
28. Solomons, B., Malaria as complication of puerperium. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Sept. XXVI. Nr. 3. p. 129 ff.
29. *Strassmann, P., Zur Verhütung der Brustentzündung. Zentralbl. f. Gyn. p. 353.
30. Taussig, F. J., Bladder Function after confinement, after gynecologic operations. Amer. Gyn. Soc. White sulphur springs. May 18—20.
31. Wahrer, An unusual Haematoma following labor. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 4.
32. Watson, B. P., Pyelitis as complication of pregnancy and puerperium. Canad. Med. Assoc. Journ. March. V. Nr. 3. p. 181 ff.
33. *Wetzel, E., Über einen Fall von Peritonitis pneumococcica extragenitalen Ursprunges bei einer Puerpera. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.
34. * * * * Aus der Kgl. Universitätsfrauenklinik zu Halle (Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. J. Veit). Über den Einfluss der Ovarientransplantation. Ein Beitrag zur Entstehung der Osteomalacie. Experimentelle Studien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 1. p. 49.

Liesegang (21) bringt einen biochemischen Erklärungsversuch für die Entstehung der Osteomalacie. Niedrige alveolare Kohlensäurespannung, Neigung zu Azetonurie und vermehrte Ammoniakbildung liessen bereits seit

langem die Gravidität als einen azidotischen Zustand auffassen. Säuren sind auf der anderen Seite die einzigen dem Chemiker bekannten Lösungsmittel der Knochenerde. Die Säuretheorie des Knochenabbaues spielte vor Jahrzehnten eine grosse Rolle; bis Levy ihr auf Grund folgender Betrachtung den Garaus machte: Levy war der Ansicht, es müsse, wenn das Kalzium durch eine freie Säure einfach chemisch aus seinen Verbindungen gelöst werde, wegen der lockeren Bindung der Kohlensäure der kohlensaure Kalk in viel höherem Masse abgebaut werden als der phosphorsaure. Auch im Experimente glaubte er dies durch Lösung von fein verteiltem Knochen in Milchsäure nachgewiesen zu haben, während auf der anderen Seite beim Abbau des osteomalacischen Knochens von einer Bevorzugung des kohlensauren Kalkes nicht die Rede ist. Der Versuchsanordnung in dem zum Beweise herangezogenen Experiment liegt nun nach Ansicht Liesegangs ein grober Fehler zugrunde. Nimmt man nämlich an Stelle des fein zerkleinerten Knochens diesen in seiner natürlichen Form, so wird wie beim Abbau des osteomalacischen Knochens auch hier kohlensaurer und phosphorsaurer Kalk in gleichem Verhältnis gelöst. Es kann die Säure nicht zu weiterem kohlensauren Kalk zudringen, bevor nicht der darüber gelegene phosphorsaure Kalk ebenfalls gelöst ist. Auch einen Einwand Hoppe-Seylers gegen die Säuretheorie weist Liesegang zurück und hält den Kalkabbau bei der puerperalen Osteomalacie für einen wesentlichen Faktor für die Neutralitätsregelung während der Graviditätsazidose.

Der anonyme (34) Autor der Hallenser Universitätsfrauenklinik geht bei seiner experimentellen Arbeit über die Ursache der Osteomalacie von der Entdeckung Fehlings über die heilende Wirkung der Kastration aus, als dem einzigen unerschütterlichen Fixpunkt in den im übrigen vagen Beziehungen dieser Krankheit zu dem Komplexe der innersekretorischen Funktionen des Körpers. Da die Kastration unzweifelhaft die Erkrankung zu kupieren vermag, so liegt der Versuch nahe, das Krankheitsbild hervorzurufen durch übermässige Zufuhr von Ovarialsekret. Eine Überfunktion der Ovarien lässt sich aber durch Verfütterung oder Injektion von Ovarialsubstanz nicht erreichen, wie bereits andere Autoren experimentell dargelegt haben. So kam zur Erreichung dieses Zieles nur die Transplantation von Ovarialgewebe in Frage. In einer Reihe von Versuchen hat sich die Homoiotransplantation zwischen Muskel und Peritoneum, sowie in das Ligamentum latum als diejenige Methode erwiesen, welche die geringsten histologischen Veränderungen am Ovarium hervorruft. Das Keimepithel, Eier oder gut ausgebildete Follikel bleiben niemals über längere Zeit erhalten. Auch die interstitielle Drüse leidet in ihrem Aufbau; diese jedoch in verhältnismässig geringem Masse.

Die Resultate der Untersuchung sind nun folgende: Nach der Transplantation von schwesterlichen Ovarien (Kaninchen) findet sich eine beträchtliche Verminderung des Kalkgehaltes der Knochen. (Nach Kastration keine deutliche Veränderung des Kalkgehaltes.) Der Kalkgehalt des Blutes blieb bei Transplantation, Kastration, Injektion von Ovarial- sowie Corpus luteum-Extrakt unverändert. (Auch das Blut schwangerer Tiere enthält immer die gleiche Kalkmenge, zeigt keinen physiologischen Kalkmangel.) Die Genitalien zeigen nach der Transplantation von schwesterlichen Ovarien eine beträchtliche Hypertrophie. In der Nebenniere findet man nach Transplantation keine Veränderungen; nach Kastration aber eine Verbreiterung der Rindenschicht, und zwar in der Zona fasciculata, und eine Herabsetzung der Froschpupillarreaktion. Auf Grund der bisherigen Kenntnisse hält der Verfasser die Osteomalacie für eine durch Funktionsstörung innerer Organe bedingte Krankheit. Die Hyperfunktion der Keimdrüse spielt für die Entstehung derselben die wichtigste Rolle, und zwar auf folgendem Wege: tritt eine Hyperfunktion der Ovarien ein, so ruft diese eine Erhöhung der Ausscheidung und eine Störung in der Assimilation des Kalkes hervor. Auf den so entstehenden Kalkmangel im Blute hin wird

dem Knochen der Kalk entzogen. Hier tritt alsbald die antagonistische Fähigkeit der innersekretorischen Organe in die Erscheinung, z. B. wird durch Überfunktion des chromaffinen Systems — durch die vermehrte Adrenalinproduktion der Nebenniere — die Ovarialfunktion paralysiert, oder es wird durch vermehrte Funktion der Parathyreoidea der Kalkmangel ausgeglichen, der durch die gesteigerte Ovarialfunktion hervorgerufen ist. Wird nun aber beispielsweise in der Schwangerschaft bei dem vermehrten Kalkbedürfnis (Fötus) gelegentlich nicht genügend Ersatz an Kalk geboten in der aufgenommenen Nahrung, so lässt sich das Kalkgleichgewicht auch durch die Hilfeleistung der anderen innersekretorischen Organe nicht mehr aufrecht erhalten. Im Ovarium scheint der interstitiellen Drüse die Regelung des Kalkstoffwechsels zu obliegen.

Jaschke (18) misst der Schockwirkung bei der puerperalen Uterusinversion auf Grund zweier von ihm beobachteter Fälle nicht die in neuerer Zeit immer allgemeiner anerkannte Wichtigkeit bei, die ihn je veranlassen könnte, von sofortiger Reposition Abstand zu nehmen. Das völlige Fehlen eines eigentlichen Schocks im zweiten Falle ist Jaschke geneigt, sich mit Zangemeister durch die bereits eingeleitete Narkose zu erklären. Gerade dieser Fall bildet ein Paradigma für die mechanisch wichtigen Momente bei der Entstehung der Inversion: Ausserordentlich schlaffe dünne Wand, Zug in der Fundusmitte. (Habituelle Placenta accreta.)

Auch Alsberg (2) stellt sich in der Behandlung der Inversio uteri den abwartenden Prinzipien Thorns und Zangemeisters gegenüber, indem er von neuem zur sofortigen Reposition rät mit der Einschränkung: sobald diese ohne Gewaltanwendung ausführbar. Die Tamponade möchte er in jedem Falle angeschlossen wissen. Seine praktischen Erfahrungen beruhen auf einem Fall.

Vermittelnder sind Allmanns (1) Anschauungen, der wenigstens für die besonders schweren, aussichtslosen Fälle das Abwarten für die einzige Möglichkeit einer Rettung hält, bei technisch schwierigen Repositionen sich zu dem blutigen Wege entschliesst, in verdächtigen Fällen den Uterus exstirpiert.

Fangère (13) beschreibt aus einer an sieben Fällen gewonnenen Erfahrung heraus den bekannten Symptomenkomplex des Schocks nach der Entbindung, wie er als Synkope oder Paroxysmelle Tachykardie post partum in der deutschen Literatur bekannt ist. Äusserst befremdend mutet die Ätiologie an, die er in diesem Krankheitsbild auf Grund seiner Beobachtungen zugrunde legt, nämlich oberflächliche, also nicht zu Blutungen führende Läsionen der Cervix oder des unteren Uterinsegments.

Kottmaier (20) macht den Versuch, das immerhin nicht seltene Auftreten von Dekubitus im Anschluss an den Partus durch die auch in anderer Weise sich gegen Ende der Gravidität kenntlich machende Änderung in der inneren Sekretion zu erklären. Das zum Schwangerschaftsende hin deutliche Überwiegen der das sympathische Nervensystem beeinflussenden Drüsengruppe (Tetanie) würde eine Störung der dem Sympathikus angeschlossenen Gefässnerven ungezwungen erklären können.

Den schleppenden Gang vieler Wöchnerinnen nach Verlassen des Bettes, schnelle Ermüdung in den Fussgelenken, Störungen ähnlich denen beim Plattfuss werden von Gautiez und Tissier (15) zurückgeführt einmal auf die veränderte Inanspruchnahme des Fussgewölbes in der letzten Zeit der Schwangerschaft infolge der Verlagerung des Körperschwerpunktes; sodann auf die venöse Stase und Anteilnahme an der Graviditätsauflockerung auch von seiten der Gelenkverbindungen. Schnell fortschreitende Atrophie der auf diese Weise vorbereiteten Weichteile. An dem kraftlosen Gang trägt mit die Schuld die Erschlaffung der Recti.

Wetzel (33) beschreibt einen letal verlaufenen Fall von Pneumokokkeninfektion des Peritoneums im Puerperium. Da sich zugleich eine Pneumonie und Pleuritis mit demselben Erreger fand und überdies das Kind an einer Pneu-

monie zugrunde ging, so glaubt Wetzel, dass die Erreger auf dem Lymph- oder Blutwege von der Lunge aus ihren Weg zum Peritoneum gefunden haben müssen. Es handelte sich um einen normalen Partus; am Uterus fehlt jedes Anzeichen einer Infektion.

Benestad (4) beobachtete bei einer tuberkulösen Wöchnerin eine tuberkulöse Peritonitis, die dem akuten Auftreten nach vorübergehend den Eindruck einer puerperalen Peritonitis erwecken konnte.

Strassmann (29) verwirft die früher geübte „Abhärtung" der Brust in der Schwangerschaft durch Alkohol. Auch er hat die Erfahrung gemacht, dass die Warzenhaut hierdurch derb, spröde und somit brüchig wird; die Infektion also begünstigt. An Stelle des Abwaschens der Warze nach dem Anlegen empfiehlt Strassmann eine perubalsamhaltige Salbe aufzutragen.

Engelmann (11) fand in einer Abszesshöhle bei puerperaler Mastitis, die von anderer Seite zwei Wochen lang konservativ behandelt war, zwei sequestrierte, nekrotische Drüsenläppchen von 8 × 2 cm Ausdehnung.

IX.

Eklampsie. Placenta praevia.

Referent: Privatdozent Dr. M. Stickel.

I. Eklampsie.

1. Alin, E., Fall von Gehirntumor, Eklampsie simulierend. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
2. Blodgett, S. H., Prophylaxis of puerperal convulsions. Med. Record. March 20. LXXXVII. Nr. 12. Ref. Journ. of Amer. med. Assoc. LXIV. Nr. 14. p. 1193.
3. Byers, J., Treatment of toxemia of late pregnancy; report of cases. Brit. Med. Journ. May 22. I. Nr. 2838. Journ. of Amer. Med. Assoc. LXIV. Nr. 26. p. 2169. (Nichts Neues.)
4. Carstens, J. H., Conservativ versus radical treatment of Eklampsia. Lancet-Clin. Cincinati. May 8. CXIII. Nr. 19.
5. Cook, N. G., Puerperal Eklampsie. West Virginia Med. Journ. Wheeling. June. XI. Nr. 12.
6. *Dahlmann, A., Eklampsieähnliche Krankheitsbilder und Schwangerschaftsleber nach Pfortaderastunterbindung im Tierversuch. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 1.
7. Van Dongen, Pseudoeklampsie. Ned. Gyn. Ver. 15. Febr. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jahrg. Heft 4. (Van Dongen behandelt einige Fälle von Pseudoeklampsie Epilepsie, Urämie und Gehirnveränderungen können Eklampsie vortäuschen. Von grossem Interesse ist dann genaue Untersuchung des Harns. Krankengeschichten. Bei der Diskussion zeigt sich, dass verschiedene Herren mehrere Fälle dieser Pseudoeklampsie beobachtet haben und den Harn immer frei von Eiweiss fanden.) (Mendes de Leon.)
8. Dorland, W. A. N., Treatment of gestational variety of puerperal eclampsia. Illinois Med. Journ. May. XXVII. Nr. 5.
9. *Eisenreich, Über die therapeutische Beeinflussung der Eklampsie. Gyn. Ges. München. 11. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. p. 407.
10. — und Schmincke, Über einen Fall von Eklampsie im vierten Schwangerschaftsmonat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. Heft 5. (Bericht über einen Fall von Eklampsie im vierten Monat mit tödlichem Ausgang.)

11. Foutche, C. R., Eclampsia; Report of cases. West Virginia Med. Journ. May. IX. Nr. 11.
12. *Frommer, Das Vorkommen des Arsens in menschlichen Organen mit besonderer Berücksichtigung des weiblichen Organismus. Arch. f. Gyn. Bd. 103. Heft 2. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. p. 543.
13. *Gessner, Zur Behandlung der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
14. — Zur Behandlung der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. (Entgegnung auf Stoeckels Erwiderung, der seinerseits wegen „ganz grundsätzlichen Meinungsverschiedenheiten in anatomischer, geburtshilflicher und urologischer Hinsicht" die Auseinandersetzung beendet.)
15. Glynn, E. E., und H. Briggs, Symmetric cordical necrosis of kidney in pregnancy. Journ. of Pathol. and Bact. London. Jan. XIX. Nr. 3
16. Groot, Jr. I. de. De werking van magnesiumsulfaat op de contracties der uterusspier. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. Afl. 4. (Der Verf. hat bei vier Kaninchen Magnesiumsulfat subkutan injiziert, um der hemmenden Wirkung auf die Kontraktionen der Gebärmuttermuskeln nachzugehen. Dazu wurde in Äthernarkose die Trachea freigelegt, geöffnet und für die weitere Narkose intubiert; auch die V. jugularis und Carotis wurden intubiert, der Bauch geöffnet, die Nn. und Plexus hypogastrici durchtrennt, die linke Vasa spermatica und das Lig. latum durchschnitten. Der ganze Unterleib wurde in eine Schale mit physiologischer Kochsalzlösung gebracht und dann das linke Uterushorn mit einem Registrierapparat in Verbindung gebracht. In tiefer Narkose wird 13.8 ccm einer 25 %igen Lösung des Magnesiumsalzes subkutan eingespritzt. Nach sechs Minuten wurden die Uteruskontraktionen schwächer, nach neun Minuten hörten sie ganz auf. Wurde jetzt Chlorkalk eingespritzt und damit die Wirkung des Magnesiumsalzes ausgeschaltet, dann kamen neue Uteruskontraktionen zustande. Wegen dieser lähmenden Einwirkung ist der Gebrauch von Magnesiumsalzen bei Eklampsie ganz abzuweisen.) (Mendes de Leon.)
17. Van der Hoeven, P. C. T., De Diagnose der eclampsie. (Die Diagnose der Eklampsie.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 3. p. 145—152. (Holländisch.) (20 % der Fälle mindestens, die mit der Diagnose „Eklampsie" in die Klinik geschickt wurden, waren keine Differentialdiagnosen zwischen Eklampsie und Status epilepticus, epileptischer Anfall, hysterischer Anfall, Hirnabszess, Hirntumoren, Apoplexie, Meningitis, Urämie, Tetanie, Bakteriämie, Alkohol-, Blei- und Arsenikumvergiftung. In derselben Zeit, in der 35 Eklampsiefälle zur Beobachtung kamen, wurden vier Fälle von Status epilepticus als Eklampsien in die Klinik aufgenommen. Übrigens werden eigene Beobachtungen und Krankengeschichten nicht mitgeteilt.) (Lamers.)
18. Hogan, J. J., Pregnancy Toxemias-their etiologie and treatment. California State Journ. of Med. Febr. XIII. Nr. 2.
19. Hohlweg, H., Der Reststickstoff des Blutes unter physiologischen Bedingungen, sein Verhalten bei Nephritis, Urämie und Eklampsie sowie seine Bedeutung für die Prüfung der Nierenfunktion. Med. Klinik. 21. März. Nr. 12.
20. Van Hoogenhuyze, C. I. C., Kreatine als aanwyzer van zwangerschapsvergiftiging. Ned. Tijdschr. v. Genesek. 1. Helft. Nr. 21. (Kurze polemische Arbeit im Anschluss an eine Inaugural-Dissertation von Roos van den Berg über dasselbe Thema, worin der Verf. an der Hand einiger weiterer Untersuchungen auch annehmen zu dürfen meint, dass bei drohenden Schwangerschaftsvergiftungen, wie Eklampsie, die Kreatinausscheidung im Harn abnormal hoch sei, so dass die Bestimmung des Kreatingehalts sogar ein diagnostisches Hilfsmittel zur frühzeitigen Erkennung dieser gefährlichen Krankheit sein kann.) (Mendes de Leon.)
21. Huggens, R. R., Nierendekapsulation. New York. Med. Journ. 9. Jan. (Verf. empfiehlt die Nierendekapsulation u. a. auch bei Eklampsie.)
22. *Hull, E. F., und G. L. Rohdenburg, Experimente zur Ätiologie der Eklampsie. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Dec. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 435.
23. Leighton, A. P., The treatment of eclampsia. Amer. Journ. of Obst. March. p. 498. (Leighton vergleicht die Resultate der sogenannten „Dubliner Methode" mit denen der Stroganoffschen Methode. Er selbst legt grossen Wert auf gründliche Ausspülung des Darmes und Magens, um die Giftstoffe zu eliminieren.)

24. Lindqvist, L., Fall von atypischer Graviditätstoxikose. Verhandl. d. Gesellsch. d. Ärzte zu Göteborg. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
25. Lustig, O., Zur Therapie der Eklampsie. 5. Kongress tschech. Ärzte u. Naturf. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 438.
26. Mac Donald, E., Die Behandlung der Schwangerschaftstoxämien mit Duodenaleinläufen. Med. Record. LXXXVI. Nr. 3.
27. Mayer, Paul, Die Eklampsiefälle der Heidelberger Frauenklinik in den Jahren 1902 bis 1912. Wiener klin. Rundschau. Nr. 9—14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 890.
28. Medizinalstatistische Mitteilungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes. Bd. 18. Ergebnisse der Todesursachen im Deutschen Reich für das Jahr 1912. Berlin, Springer. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. p. 1217.
29. Meurer, R. J. Th., Eklampsie. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. Heft 4. p. 301. (Holländisch.) (Fortsetzung der holländischen Eklampsie-Statistiken, mit denen der Leidener Universitäts-Frauenklinik — 46 Fälle vom Jahre 1891 bis 1914 — und der Amsterdamer Hebammen-Lehranstalt: 38 Fälle. Tabelle. Siehe auch im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichtes dasselbe Kapitel, (Lamers.)
30. Mingelen, P. C. R., De therapie der eclampsie in de vrouwenkliniek te Leiden. (Die Therapie der Eklampsie in der Frauenklinik zu Leiden.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 2. p. 74. (Holländisch.) (46 Fälle in der Zeit vom 1. August 1891 bis 1. Januar 1915; darunter 7, bei denen die Krämpfe vor, 33, bei denen sie während und 6, bei denen sie nach der Geburt eintraten. Mütterliche Mortalität 15,2 %, kindliche 39 %. Seit Durchführung der Stroganoffschen Behandlung mit Blutentziehung (37 Fälle) ist die mütterliche Mortalität auf 13,5 % gesunken. Bei einer Patientin wurde nie Eiweiss im Urin nachgewiesen. Über die einzelnen Fälle wird näher berichtet. Die Differentialdiagnose macht öfter Schwierigkeiten. Verf. teilt einen solchen Fall mit, bei dem es sich um einen paralytischen Insult oder das Bersten eines Miliaraneurysmas unter Einfluss des Pressens gehandelt hat.) (Lamers.)
31. Neumann, H., Beitrag zur Lehre von den Eklampsiepsychosen. Inaug.-Diss. Kiel 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 438 f.
32. Oliver, J., Eklampsie. Practitioner. March. XCIV. Nr. 3.
33. — Eclampsia and its treatment. Practitioner. LXCIV. 416. Ref. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. May. (Der Mangel an Phosphor und Kalzium in unseren Nahrungsmitteln kommt für die Entstehung der Eklampsie nach Oliver nicht in Betracht.)
34. Plass, The Significance of the noncoagulable nitrogen coefficient of the bloodserum in pregnancy and the toxemias of pregnancy. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19.
34a. Potter, J. W., Vaginal cesarean section for eclampsia and other conditions. Amer. Journ. of Obst. March. p. 493. (Potter beschreibt die Technik des vaginalen Kaiserschnittes und empfiehlt ihn unter anderem bei Eklampsie als Methode zur Schnellentbindung.)
35. Ricketts, Suprapubic cesarean section for puerperal eclampsia. Amer. Journ. of Surg. Vol. 28. Nr. 10.
36. *Righetti, de P., Über Eklampsiebehandlung. Wiener klin. Rundschau. 1914. Nr. 35 bis 46.
37. *Rissmann, P., Weitere Beiträge zur diätetischen und medikamentösen Beeinflussung der Schwangerschaft und zur Eklampsiebehandlung. Med. Klinik. Nr. 15.
38. Rouvier, J., Neue klinische Bemerkungen über die Behandlung der puerperalen Eklampsie durch Morphium und seine Hilfsmittel. Ann. de gyn. et d'obst. 1914. Juin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 436.
39. Salin, M., Einige Eklampsieziffern aus Allmänna Barnbördshuset. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea. (Silas Lindqvist.)
40. *Schnock, Berta, Zur Eklampsiebehandlung. Bonn, Markus u. Weber. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 889.
41. *Schröder, R., Die Ätiologie der Eklampsie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 888.
42. Sittig, O., Zur Pathogenese gewisser Symptome eklamptischer Psychosen. Monatsschrift f. Psych. Bd. 18. Heft 3. p. 153. (Beschreibung eines Falles von Geburtseklampsie, in deren Verlauf eine Psychose auftrat in Form eines deliranten Zustandes mit Gesichtshalluzinationen, Unorientiertheit und retrograder Amnesie. Daneben bestand Amaurose und eine optische Orientierungsstörung.)

43. Spencer Shell, Eklampsie. Practitioner. July 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 890. (Manie im Wochenbett nach Eklampsie.)
44. Steiger, M., Zur Behandlung der Schwangerschaftsnieren und Eklampsie. Zu dem Artikel Gessners in Nr. 4 des Zentralbl. f. Gyn. Zentralbl. f. Gyn. 20. Febr. p. 108.
45. *Stoeckel, W., Behandlung der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
46. Strother, W. H., Puerperal Eclampsia. Kentucky Med. Journ. Nov. XIII. Nr. 12.
47. Thaler und Zuckermann, Über einen Fall von Früheklampsie. Geb.-gyn. Ges. Wien. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 22. Mai. p. 359 ff. (Eklampsie nach Totalexstirpation des myomatösen, vierwöchig graviden Uterus im Zusammenhang mit den beiderseitigen Adnexen.)
48. Thomas, C. T., Eclampsia. Kentucky Med. Journ. Sept. XIII. Nr. 10.
49. Treub, 44 Fälle von Eklampsie. Ned. Gyn. Ver. Oct. 1914. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 24. Jahrg. 2/3. (In der Frauenklinik seit 1. Oktober 1912 behandelt. Redner teilt mit, dass er seit diesem Jahre bei Eklampsie die Sectio caesarea in den dazu geeigneten Fällen ausgeführt hat. In den sieben operierten Fällen sind nur zwei gestorben, von den Kindern nur eins, während von den nichtoperierten Müttern vier gestorben sind. Vortragender meint dann, dass kein bestimmtes Urteil gebildet werden kann. Im Anschluss an diesen Vortrag macht Kouwer den Vorschlag, dass die Mitglieder des Gynäkologischen Vereins ihre Fälle in derselben Art wie Treub zusammengestellt mitteilen sollten. Ribbius empfiehlt nochmals das Stroganoffsche Verfahren, womit er gute Resultate erhalten hat. Kouwer und Treub warnen vor Kaiserschnitt. Prophylaxie ist Hauptsache.) (Mendes de Leon.)
50. Tudor, F. J., Treatment of eclampsia. Southern Med. Journ. Sept. XIII. Nr. 9.
51. *Veit, J., Über Eklampsiebehandlung. Therapie d. Gegenw. Heft 8. p. 281.
52. Waas, E. J., Toxemias of pregnancy. Florida Med. Assoc. Journ. March. I. Nr. 9.
53. *Werner, P., Moderne Eklampsietherapie. Therap. Monatshefte. Nr. 11.
53a. White, C. Percival, Labour complicated by eclampsia and glycosuria; Caesarean section; recovery. With remarks on the case by John Phillips. Lancet. Nr. 4807. Oct. 16.
54. *Widén, J., Blutzucker und Eklampsie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 2. p. 113.
55. Williams, P. F., Der gesamte Nichteiweissstickstoff des Blutes bei Schwangerschaftstoxämien. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Oct. 1914. (Der Gehalt an Nichteiweissstickstoff des Blutes schwankt bei Schwangerschaftstoxämien in weiten Grenzen, geht aber der Schwere des Falles nicht parallel.)
56. Zarate, Vorzeitige Plazentarlösung und Eklampsie. Ann. de Gyn. et d'obst. Paris. XLI. Nr. 8. (Zwei Fälle.)
57. Zikmund, E., Therapie der Eklampsie. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 437.

Schröder (41) geht in seinem Referat zunächst auf die Nierenschädigung bei Eklampsie ein unter besonderer Berücksichtigung der auf dem letzten Gynäkologenkongress vertretenen Anschauungen. Von der Urämie unterscheidet sich die Schwangerschafts- und Eklampsieniere nach Zangemeister, Büttner, Zinsser, Hohlweg, Fetzer u. a. durch das Fehlen der Stickstoffretention; wohl aber besteht eine Chlorid- und Wasserretention. Die Annahme einer akuten Vergiftung der Niere liegt nach Fetzer nahe; doch auch ein arterieller Gefässkrampf könnte nach Büttner und Zangemeister, die Blutdrucksteigerung nach Krönig und Füth, Wiessner und Pflugbeil eine Rolle spielen.

Über die Bedeutung der Leberveränderungen, die in den meisten Fällen nachweisbar sind, gehen die Ansichten noch weiter auseinander; ähnlich verhält es sich mit den Blutveränderungen, die Dienst die Grundlagen zu seiner Eklampsietheorie gaben. Auch die Untersuchungen über die Harngiftigkeit brachten noch kein übereinstimmendes Ergebnis. Die Frage der Herkunft des Eklampsiegiftes harrt ebenfalls noch der Klärung; die fötale und plazentare Theorie stehen einander gegenüber. Gewisse Ergebnisse der Abderhaldenschen Untersuchungsmethoden sprechen dafür, die Eklampsie als Eiweisszerfallstoxikose aufzufassen; doch bleiben auch bei dieser Annahme gewisse Widersprüche bestehen.

Hull und Rohdenburg (22) gelangen auf Grund von Tierexperimenten zu der Annahme, dass bei einer sich entwickelnden Eklampsie fötale Elemente in den Kreislauf geraten, die durch Autolyse zerfallen unter Leucinbildung. Das Leucin bewirkt die charakteristischen Leberschädigungen; andere Produkte der Autolyse sind die Ursache der Nierenschädigung, die ihrerseits die Krämpfe auslöst.

Hohlweg (19) fand als normalen Reststickstoffgehalt, nach der von ihm 1907 beschriebenen Methode bestimmt, in 100 ccm Blutserum 41—61 mg. Bei den verschiedenen Formen von Nephritis war der Prozentgehalt ein meist wesentlich höherer, besonders bei Urämie; dagegen kaum erhöht bei Eklampsie. Die Reststickstoffbestimmung ermöglicht also die Differentialdiagnose zwischen chronischer Nephritis einerseits und Schwangerschaftsniere bzw. Eklampsie andererseits. Überhaupt hält Hohlweg diese Bestimmungen für ein wertvolles Hilfsmittel zur Nierenfunktionsprüfung.

Gessner (13) erblickt in einem mechanischen Moment die Ursache der Eklampsie: durch einen mit dem Uterus festverwachsenen Blasenhals wirkenden, durch die Ureteren auf die Niere fortgeleiteten Zug kommt es zu einer Harnstauung in den Ureteren bzw. im Nierenbecken und weiterhin zu Zirkulationsstörungen im Nierengefässgebiet. Da Gessner die Nierenstörung als das primäre Moment ansehen zu müssen glaubt, so ist damit die Ursache der Eklampsie gefunden. Er fordert als Behandlung die Durchschneidung besonders des rechten Ureters und seine Einpflanzung in das Colon ascendens oder den Wurmfortsatz zur Ermöglichung des Harnabflusses bei Schwangerschaftsniere und bei drohender Eklampsie.

Stoeckel (45) wendet sich gegen die Arbeit Gessners, der die Ursache der Schwangerschaftsniere und Eklampsie erblickt in einer Zugwirkung am Blasenhals, durch die Uretern fortgepflanzt auf die Niere und einer dadurch bedingten Zirkulationsstörung. Die von Gessner empfohlene Einpflanzung des rechten Ureters in das Cökum oder den Wurmfortsatz widerrät Stoeckel dringend.

J. Veit (51) stellt in Form einer klinischen Vorlesung die von ihm geübte Behandlung der Eklampsie dar und wägt zunächst die Vorteile und Nachteile der Anwendung von Narkoticis gegeneinander ab. Den Hauptwert legt er auf die Schnellentbindung, die es ermöglicht, mit der Plazenta die Giftquelle zu entfernen und auf Sekaledarreichung post partum, um das Zurückbleiben von Plazentarresten tunlichst einzuschränken; mehr zur Unterstützung der Behandlung kommt nach der Schnellentbindung noch in Betracht die Anwendung von Narkoticis, besonders Morphium zur Beeinflussung der Anfälle; ausserdem der von Zweifel empfohlene Aderlass.

Eisenreich (9) gibt zu, dass die Annahme, die Schwangerschaft sei die Ursache der Eklampsie, zwar dazu nötige, den Uterus möglichst sofort zu entleeren, doch lassen sich seiner Meinung nach auch auf anderem Wege günstige Ergebnisse erzielen, so durch grössere Aderlässe und Darreichung von Morphium und Chloral nach Stroganoff oder eigentlich nach G. v. Veit. Bei andauernden Krämpfen kann dann freilich doch die operative Entbindung angezeigt erscheinen, selbst durch vaginalen oder abdominalen Kaiserschnitt. Bei schwerer Anurie kommt die Dekapsulation der Nieren in Frage. In der Münchener Frauenklinik starben von 43 nach diesen Grundsätzen behandelten Frauen 6 = 13,9%.

de Righetti (36) beschreibt das Eklampsiematerial der Baseler Frauenklinik der Jahre 1901—1910 nach einer einleitenden Darstellung der Eklampsietheorien. Das Wetter kann nur als auslösendes Moment in Frage kommen. 27% der Fälle waren Schwangerschafts-, 30% Geburts- und 30% Wochenbettseklampsien. Die Zahl der Anfälle erlaubte keinen bindenden Schluss auf die Schwere des Falles. Dasselbe gilt von der Menge des Eiweisses im Urin, das in 95% der Fälle nachzuweisen war. Dreimal schlossen sich Psychosen an. Eine

Frau erkrankte wiederholt an Eklampsie; bei einem Kind trat Eklampsie auf. In fünf Fällen kam die Eklampsie erst nach dem Tode der Frucht zum Ausbruch.

Alle Behandlungsmethoden wurden im Laufe der Jahre geübt, hauptsächlich wurde abwartend verfahren, seit 1912 nach Stroganoff; seit dieser Zeit betrug die mütterliche Mortalität 10⁰/₀.

Von Mayers Eklampsiefällen (27) waren 37⁰/₀ Schwangerschafts-, 50⁰/₀ Geburts- und 14⁰/₀ Wochenbettseklampsien. Die Zahl der Anfälle hält Mayer für bedeutungsvoll für die Schwere der Erkrankung. Im Urin war Eiweiss immer vorhanden, meist auch Zylinder, Ödeme bestanden in 88⁰/₀ der Fälle. Temperatursteigerungen waren sehr häufig. Die Gesamtmortalität der Mütter betrug 18⁰/₀, die der Kinder 32,8⁰/₀. Gehäufte Anfälle, kleiner rascher Puls und hohe Temperaturen trüben die Prognose.

Die Schnellentbindung durch Zange oder Wendung, nötigenfalles durch transperitonealen suprasymphysären Kaiserschnitt ergab gute Resultate. Auch Aderlass und nachfolgende Kochsalzinfusion wirkte günstig bei gespanntem Puls. Sauerstoffinhalationen bewährten sich.

Rissmann (37) gibt bei jeder Schwangerschaft Diätvorschriften, weil der Stoffwechsel der Schwangeren verändert ist: Verminderung der Eiweiss- und Reizmittelzufuhr, Erhöhung der Zufuhr von Gemüse, Brot, Obst und Flüssigkeit. Bei Nephritis gibt er rein pflanzliche, meist flüssige, kaliarme Kost und alkalisch-muriatische Säuerlinge. Bei Dermatosen verordnet er Calcium laticum, dreimal täglich 1 g oder dreimal täglich 3 g von Natr. chlorat., Natr. bicarb., Natr. phosph., Ferr. oxyd. sacch. solut. āā 3,0, Calc. phosph. 12,0.

Bei Eklampsie sind Kochsalzinfusionen schädlich; die Eiweisszufuhr ist möglichst einzuschränken. Statt Morphium und Chloral wendet er Veronalnatrium an und Magnesiumsulfat (10 g einer 25⁰/₀igen Lösung subkutan oder intramuskulär, unter Umständen intralumbal).

Schnock (40) berichtet über 44 Fälle von Eklampsie der Kölner Hebammenanstalt; bis Winter 1912 wurde abwartend verfahren, unter Umständen unter Darreichung von Narcoticis; nur bei gehäuften Anfällen wurde möglichst entbunden; nach dieser Zeit wurde nach Stroganoff behandelt. Sofort unterdrückt wurden die Anfälle in 22,2⁰/₀ der 9 Schwangerschaftseklampsien, in 8⁰/₀ der Geburtseklampsien und in 30⁰/₀ der 10 Wochenbettseklampsien. Die mütterliche Mortalität betrug 9,09⁰/₀ (4 in 44 Fällen), die kindliche 25⁰/₀ (11 in 44 Fällen). Ein günstiger Einfluss der medikamentösen Behandlung ist nach Schnocks Erfahrungen demnach unverkennbar.

Werner (53) beschreibt das in der Wertheimschen Klinik geübte Verfahren der Eklampsiebehandlung. Fernhalten äusserer Reize, Untersuchung in leichter Narkose; Aderlass, Morphium und Chloral, Entbindung bei genügend geöffneten Weichteilen durch Zange oder Extraktion, nötigenfalls nochmals Aderlass und Narkotika. Auch Euphyllin wurde versucht. Die mütterliche Mortalität betrug 5,2⁰/₀, die kindliche 15,5⁰/₀.

Dahlmann (6) unterband bei einer Anzahl von Tieren den linken, den grössten Teil der Leber versorgenden Pfortaderast; bei einigen Tieren traten Krämpfe auf, z. T. mit Albuminurie; ein einheitliches eklampsieähnliches Krankheitsbild liess sich jedoch nicht erzeugen. Der Begriff der Schwangerschaftsleber fand durch die Experimente keine Stütze.

Frommer (12) fand ähnliche Erscheinungen bei Arsenintoxikation einerseits und Schwangerschaftstoxämie andererseits, wie: Pigmentanomalien, Haarausfall, Dermatosen, Ikterus, Augenstörungen, Salivation und ähnliche Befunde an Leber und Nieren. In der Plazenta wurde stets, in den Föten meist Arsen nachgewiesen. 2 Eklampsiefälle ergaben nicht übereinstimmende Resultate. Das Menstrualblut enthält stets Arsen.

Mit Rücksicht auf die bisher widersprechenden Angaben über den Blutzuckergehalt bei Urämie und Eklampsie hat Widen (54) nach der Mikromethode

von Bang bei Urämischen und besonders bei Eklamptischen den Blutzuckergehalt bestimmt und gefunden, dass eine bei den klinischen Hyperglykämien sonst unbekannte intermittierende Hyperglykämie für Eklampsie geradezu charakteristisch zu sein scheint (Blutzuckerwerte über 0,12%). Gerade bei den schwersten Fällen von Eklampsie wurde die Hyperglykämie dagegen vermisst. Wenn sich also an grösserem Material Widens Befunde bestätigen sollten, so könnte man die Hyperglykämie als ein prognostisch günstiges Zeichen auch bei klinisch schweren Fällen ansehen. Bei leichter Intoxikation ist der Blutzuckerwert wenig erhöht, bei mittlerer Intoxikation stark erhöht, bei schwerster Intoxikation dagegen besteht keine Hyperglykämie. Über die Ursache der Hyperglykämie lässt sich Sicheres noch nicht sagen: sie verläuft weder der Anzahl der Anfälle, noch dem Albumengehalt des Urins parallel. Das fötale Blut war normal bei Hyperglykämie der Mutter.

II. Placenta praevia.

1. Arnold, Zur Behandlung der Placenta praevia. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Ergänzungsheft.
2. Baughman, G., Necessity of study of fetal heart sounds in placenta praevia. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Febr. LXXI. Nr. 2. (Am Ort der besten Hörbarkeit soll man sorgfältig bei Placenta praevia die Herztöne kontrollieren, da diese Komplikation häufig im Interesse des Kindes eine rasche Geburtsbeendigung notwendig erscheinen lässt.)
3. *Baumm, P., Zur Steisstherapie der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 877.
4. *Caldwell, Report on a seric of Placenta praevia cases. Amer. Journ. of Obst. June. p. 937 u. 977.
5. Van Dongen, Placenta praevia. Ned. Gyn. Ver. 16. Mai. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. Afl. 1/2. (Die Nachgeburt einer Multigravida, die wegen Placenta praevia in die Klinik aufgenommen war. Bei innerlicher Untersuchung fand er die Eihäute unverletzt mit stehender Fruchtblase, Eröffnung 9 cm, Kopf tief, kein Plazentagewebe. Nach Geburt der Plazenta stellte es sich heraus, dass es sich doch um eine Placenta praevia handelte und nur der Kopf durch ein Loch in der Plazenta durchgetreten war.) (Mendes de Leon.)
6. Gardiner, S., Hypophysenextrakt bei Placenta praevia. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 1.
7. *Hannes, W., Kritik der Zalewskischen „Steisstherapie der Placenta praevia". Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
8. Hoehne, O., Über einige aktuelle Fragen der letzten Jahre auf geburtshilflich-gynäkologischem Gebiete. Med. Klinik. 1913. 2. Beiheft. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 191. (Besprechung der Indikationsstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulose, ferner die Diagnose und Therapie der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Plazenta und der Placenta praevia.)
9. *Jaschke, R., Die neue Lehre von der Placenta praevia nebst Mitteilung eines Falles von Placenta praevia isthmica totalis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 1.
10. Mayer, H., Zur Frage der Behandlung der Placenta praevia. Inaug.-Diss. Giessen 1914.
11. *Rissmann, Die Behandlung der Placenta praevia für den praktischen Arzt. Med. Klinik. Nr. 25.
12. *Stratz, C. H., Behandlung der Placenta praevia. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. Heft 3.
13. Swearingen, M., Placenta praevia and its treatment. Texas State Journ. of Med. May. XI. Nr. 1.
14. *Tiegel, G., Über einen Fall von Placenta cervicalis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. Heft 2. p. 399.
15. Tietze, K., Zur Technik der Hystreuryse. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. p. 1215. (Zum Aufspritzen des in die Eihöhle eingeführten Hysterorynters bei fehlender Assistenz verwendet Tietze einen gleichgrossen zweiten, vorher aufgefüllten Hysterorynter.)

16. *Winn, J. F., Treatment of Placenta praevia. Amer. Journ. of Obst. April.
17. *Wyder, Über die moderne Behandlung der Placenta praevia. Schweizer Rundschau. f. Med. Nr. 9.
18. *Zalewski, Über Placenta praevia und die Vorteile der äusseren Wendung dabei. Arch. f. Gyn. Bd. 104. Heft 1.

Jaschke (9) fasst die neuen Anschauungen über die Placenta praevia einleitend zusammen in enger Anlehnung an die Ansichten v. Aschoff, Krönig und besonders Pankow, weist auf die grosse Gefahr der Placenta praevia hin, die darin besteht, dass sie in einem wenig kontraktionsfähigen Uterusabschnitt angesetzt ist, dass also Nachblutungsgefahr auch bei gut kontrahiertem Corpus doch unvermindert weiter besteht und dass damit bei der Isthmusplazenta der abdominale Kaiserschnitt am sichersten vor gefährlicher Nachblutung schützt. Bei unreinen Fällen macht Opitz den subperitonealen zervikalen Kaiserschnitt mit gutem Erfolg. Zum Schluss berichtet Jaschke über 3 einschlägige mit gutem Ausgang operierte Fälle der Opitzschen Klinik.

Wyder (17) erblickt die Hauptaufgabe der Behandlung der Placenta praevia in drei Punkten: 1. Die Dehnung des unteren Uterinsegmentes ist tunlichst zu vermeiden; völlig gerecht wird dieser Forderung nur der Kaiserschnitt. 2. Das die Plazentarlösung begünstigende Zugmoment ist auszuschalten. 3. In irgend einer Weise ist durch Druck (Tamponade) die durch die Plazentarlösung bewirkte Blutung zu stillen. Der 2. und 3. Forderung kann genügt werden durch Blasensprengung oder kombinierte Wendung oder durch Metreuryse. Im allgemeinen ist Krankenhausbehandlung vorzuziehen; zum Transport in die Klinik ist die Tamponade gestattet, unter Umständen unvermeidlich. Nach der kombinierten Wendung ist Spontangeburt abzuwarten. Zur Erzielung lebender Kinder ist die Metreuryse, gleichviel ob intra- oder extraovulär, zweckmässiger. Oberster Grundsatz ist jedoch: erst die Mutter, dann das Kind. Bei sehr engen Geburtswegen, starker Blutung bei geschlossener Cervix und bei dringendem Wunsch nach lebendem Kind ist der Kaiserschnitt die Methode der Wahl.

In den letzten 17 Jahren wurden, wie Arnold (1) berichtet, im Frauenspital Basel-Stadt 173 Fälle von Placenta praevia behandelt mit einer mütterlichen Mortalität von 8,1%. Die kindliche Mortalität betrug 61,8%. Nach Abrechnung der unreifen Kinder 55,5%. Tamponade hält Arnold nur im äussersten Notfall zum Transport in die Klinik für erlaubt. Für leichte Fälle empfiehlt er die Blasensprengung, bei lebendem und lebensfähigem Kinde die Metreuryse, bei totem Kind die Wendung nach Braxton Hicks. Bei klinischer Behandlung kommt für gewisse Fälle auch der Kaiserschnitt in Frage.

Stratz (12) wendet in der allgemeinen Praxis bei Placenta praevia folgende Massnahmen an: bei schwacher Blutung: Bettruhe und Narkotika, keinesfalls Tamponade; bei starker Blutung: Wendung nach Braxton Hicks, möglichst Spontangeburt des Kindes bis zur Schulter ohne Zug am Fuss; möglichst späte und vorsichtige Extraktion. Dabei kann Metreuryse entbehrt werden. Nur in besonderen Fällen kommt die Sectio caesarea in Frage. Die Tamponade ist unter allen Umständen sehr gefährlich.

Rissmann (11) sprengt in leichten Fällen von Placenta praevia die Blase. Bedeckt ein grosser Teil der Plazenta den Muttermund, so zieht er die Wendung nach Braxton Hicks der extraovulären Metreuryse vor, die er für die Fälle nur teilweise vorliegender Plazenta vorbehält. Der Kaiserschnitt verbleibt für alte Erstgebärende, besonders bei Placenta praevia centralis. Die Wendung nach Braxton Hicks gibt gute Resultate für die Mutter, die Aussichten für das Kind sind ceteris paribus günstiger bei der Metreuryse. Für die Nachgeburtszeit empfiehlt Rissmann die Anwendung des Aorten-Kompressoriums.

Winn (16) empfiehlt bei Placenta praevia und nicht lebensfähigem Kinde die Wendung nach Braxton Hicks und bei lebensfähigem Kind die Wendung nach vorheriger Metreuryse. Die Extraktion gestattet er nur bei lebendem

Kind und **völlig erweiterten** Muttermund. Auch der Kaiserschnitt kommt in gewissen Fällen in Frage. **Klinische** Behandlung ist dringend anzuraten.

Caldwell (4) berichtet über einige Fälle von Placenta praevia, die zum Teil mit Metreuryse, zum Teil mit Jodoformgazetamponade behandelt wurden; selbst 6 Tage langes Liegenlassen der Gaze in utero hält er für unschädlich. In der Diskussion wird u. a. durch Polak dieser Behauptung heftig widersprochen.

Zalewsky (18) verwirft bei der Behandlung der Placenta praevia völlig die Tamponade, nur selten sah er Vorteil von dem Blasensprung. Gegenüber den Gefahren der kombinierten Wendung für Kind und Mutter befürwortet er die äussere Wendung auf den Steiss, nötigenfalles mit anschliessendem Herunterholen des Fusses. Bei Metreuryse hatte er 27% lebende Kinder, bei der von ihm empfohlenen Methode dagegen 46% lebende Kinder. Die Mortalität der Mütter war 0% gegen 3,8% bei Metreuryse und 9% bei kombinierter Wendung. Diese wird nur sehr selten nicht zu umgehen sein.

Hannes (7) hält im Gegensatz zu Zalewski die Resultate der Behandlung der Placenta praevia mit Einführung des elastischen Ballons für mindestens ebenso gut wie mit der von Zalewski empfohlenen äusseren Wendung auf den Steiss.

Baumm (3) hatte bei der Steisstherapie 46,5%, bei der Ballontherapie 27% lebende Kinder und weist damit die Einwendungen von Hannes gegen Zalewskis Arbeit zurück.

Tiegel (14) beschreibt klinisch und histologisch eingehend einen Fall von Eieinbettung in der Cervix, der zu einem Abort im zweiten Monat führte; trotz Uterusexstirpation konnte die schon infizierte Frau nicht gerettet werden; auf die Gefahren der Tamponade gerade bei tiefer Eiinsertion wird hingewiesen. Bemerkenswert war das Fehlen einer Decidua im Corpus uteri.

X.

Kindliche Störungen.

Referent: Dr. Walther Hannes, Breslau.

A. Missbildungen.

1. Böhi, P., Ein Fall von Geburtshindernis, bedingt durch übermässige Dilatation der Harnblase mit gleichzeitiger Ruptur derselben. Arch. f. Gyn. 101,3. (Die Urethra fehlte vollkommen.)
2. Brouwer, B., Klinisch en anatomisch onderzok over gedeeltelyke anencephalie. (Klinische und anatomische Untersuchung über teilweise Anencephalie.) Genootsch., t. bevord. v. Naturw.-, Genees- en Heelk. in Amsterdam, Abt. f. Biologie, Sitzung v. 29. April. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 25. p. 2708. Holländisch. (Genaue klinische und anatomische Beschreibung des Präparates. Beziehungen zwischen den Lebenserscheinungen des Anencephalen und deren anatomischen Substrat. Entstehung und Wesen der Anencephalie. Das Kind starb erst 37 Stunden nach der Geburt, nachdem eine vollständige klinische und neurologische Untersuchung hatte stattfinden können. Der Nervenapparat wurde vollständig in Serienschnitte zerlegt. Verf. kommt zum Schluss, dass die Lebenserscheinungen als Reflexerscheinungen zu betrachten sind. Er glaubt nachgewiesen zu haben, dass die Anencephalie als Folge eines Entzündungsprozesses zu betrachten ist. Keine der anderen Theorien ist in Übereinstimmung zu bringen mit den mikroskopischen Befunden an den Hirnresten.) (Lamers.)
3. Heyde, van der, Verwondungen van intra-uterinen oorsprong by pasgeborenen. Nederl. Maandschr. II. (Amniotische Abschnürungen in fünf Fällen.)

4. Oden, Rudolph D. E., Hydrocephalus. Journ. Amer. Med. Ass. 6. III.
5. Soldin, M., Grosser Fontanellknochen der vorderen Fontanelle bei einem Säugling. Jahrb. f. Kinderheilk. 80. 3.
6. Wagner, G. A., Über familiäre Chondrodystrophie. Ein Beitrag zur Ätiologie und Pathogenese der Chondrodystrophie. Arch. f. Gyn. 100. 1.
7. *Zalewski, Ed., Doppelmissbildungen der weiblichen Genitalsphäre und ihre Folgen für die Geburt. Arch. f. Gyn. 102. 1.

Zalewski (7) berichtet aus der Baummschen Anstalt über 14 Fälle, von denen 4 gleichzeitig eine doppelte Scheidenanlage zeigten. Es kam zu Fehl- und Frühgeburten; es zeigten sich regelwidrige Lagen und Hindernisse durch das Scheidenseptum und den nicht schwangeren Uterus; ferner wurden Wehenschwäche, Plazentarverhaltung und Blutungen beobachtet.

B. Multiple Schwangerschaften.

1. *Ahlfeld, F., Die Diagnose ein- oder zweieiiger Zwillinge ante oder intra partum. Monatsschr. f. Geb u. Gyn. 41. 2.
2. Bücheler, Mehrlingsschwangerschaft. Münch. med. Wochenschr. 14. p. 1368.
3. Doederlein, Eingekeilte ausgetragene Zwillinge. Münch. Gyn. Ges. 16. Juli 1914.
4. Hoeven, P. C. T. van der, De oorzaak der tweeling-zwangershap. Nederl. Maandschr. v. verlosk., vroumenz. en kindergeneesk. Bd. 4. Nr. 10. p. 575. Holländisch. (Ausschliesslich theoretische Betrachtungen auf Grund Literaturstudiums. Nichts Originelles.) (Lamers.)
5. *Montuoro, F., Über die Intoleranz des fibromyomatösen Uterus bei Zwillingsschwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 76. 3.
6. Nürnberger, L., Nachempfängnis und Vererbungsfragen bei der Erzeugung rassedifferenter Zwillinge. Arch. f. Gyn. 102. 1.
7. Rabinowitsch, Über Zwillingsgeburten des Baseler Frauenspitals für die Zeit von 1896—1910. Diss. Basel 1913.
8. Rieder, Drillingsgeburt. Geburtsh. Ges. Hamburg. 11. Mai. (Zwei Papyracei und ein frühgeborenes Kind.)
9. de Vries, E., Beschreibung eines Anencephalen. Psych. en neurol. Bladen. Bd. 19. Heft 4/5. p. 326. (Geburtsbericht. Daraus ist bemerkenswert, dass der Zwillingsbruder des Monstrum als einzige Abweichung eine Verwachsung des 4. und 5. Fingers der beiden Hände hat. Er selbst atmete nicht, zeigte aber während einer halben Stunde nach der Geburt deutlich Herzschlag und bewegte Arme und Beine. Ein $5^1/_2$jähriges Schwesterchen wurde mit einer Meningocele am Hinterkopf geboren; sonst weder erbliche noch tonische Momente in der Familie. — Allgemeine Beschreibung des Äusseren und der inneren Organe. Auffallend ist das Fehlen der linken Nebenniere, des nervösen Teils der Hypophyse, der Epiphyse. — Genaue Beschreibung des makroskopischen und mikroskopischen Befundes an den einzelnen Hirnnerven und ihren peripheren Endorganen, mit 4 photographischen Abb. mikroskopischer Schnitte und 1 schematische Zeichnung auf 3 Tafeln. — Pathologisch-anatomische und histologische Befunde am Zentralnervensystem, Rückenmark und verlängertes Mark. — Aus den allgemeinen Betrachtungen des Verf. sei folgendes hervorgehoben. Aus verschiedenen Gründen schliesst de Vries, dass das schädliche Moment auf den Embryo eingewirkt haben muss, bevor dieser 3 mm gross war. Wahrscheinlich war in einem früheren Stadium mehr nervöse Substanz vorhanden und hat sich diese später regressiv verändert. Entzündung ist sicher nicht die Ursache der Missbildung und ebensowenig glaubt Verf. an eine schädigende Wirkung amniotischer Verwachsungen. De Vries meint bei der Anencephalie eine typische Missbildung aus endogener Ursache, auf erblicher Grundlage, vor sich zu haben. Es müssen dazu mehrere Faktoren (besser wäre es wahrscheinlich zu sagen: die Abwesenheit mehrerer Faktoren) zusammenwirken und können äussere Momente, wie Toxine und Entzündung, eine Rolle spielen.) (Lamers.)
10. Wiese, Otto, Foetus papyraceus bei Zwillingsschwangerschaft. Med. Klin. 1914. Nr. 21. (Neben normalem Kinde ein 18 cm langer und 25 g schwerer Papyraceus.)

Nürnberger (6) weist neuerlich mit Nachdruck darauf hin, dass es nicht nötig ist, eine Überschwängerung anzunehmen, wenn eine Weisse von einem Schwarzen Zwillinge gebiert, von denen nur einer Negertypus zeigt.

Im Gegensatz zum abwartenden Standpunkt, den man beim Zusammentreffen von Myom mit Einlingsschwangerschaft ja einnimmt, indiziert nach Montuoro (5) das Zusammentreffen von Myom mit Zwillingen vorwiegend eine aktive operative Therapie.

Intra partum lässt sich nach Ahlfeld (1) die Eineiigkeit nur dadurch erweisen, dass sich im plazentaren Teil der Nabelschnur des ersten abgenabelten Zwillings deutliche Pulsation nachweisen lässt, Zweieiigkeit dann, wenn eine zweite andersgeschlechtliche Frucht sich nach der Geburt der ersten in Beckenendlage einstellt, und wenn die zweite sich stellende Blase unzweifelhaft aus Chorion und Amnion besteht.

C. Falsche Lagen.

1. Stirn- und Gesichtslagen; Scheitelbeineinstellung; Vorderhauptslage.

1. Adair, Occiput posterior positions. Amer. Journ. of Obst. 15. 4.
2. Lukius, J. B., Occipitoposteriore Kindslagen. The Therapeutic Gazette. 15. Aug.
3. *Martius, H., Die Ätiologie des hohen Gradstandes, dargestellt an sechs eigenen im Laufe von einem Jahre beobachteten Fällen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 76. 3.
4. *Panek, R., Hoher Gradstand. 5. Kongr. tschechischer Naturf. u. Ärzte. 1914.
5. *Pankow, O., Der hohe Gradstand. Mon. f. Gyn. 38. 2. p. 128.
6. Peterson, L. Severin, Hoher Gradstand des Kindskopfes. Med. Revue (Bergen). 14. p. 408. (Zwei Fälle; in beiden Zange nach 72—150stündigem Kreissen.)
7. Wortsmann, K., Über den Vorfall mehrerer Extremitäten bei Schädellage. Diss. Bern.

Den bisher veröffentlichten 83 Fällen von hohem Gradstand (55mal positiv Occipitalis pubica und 28mal sacralis) fügt Martius (3) 6 eigene Fälle hinzu. Er empfiehlt bei Vera-Verengerung und nicht grossem Missverhältnis zwischen Kopf und Becken die Walckersche Hängelage, die von grossem Vorteil sei.

Ursächlich kommen in Betracht einmal längsovaler Kopf und längsovaler Beckeneingang, ferner rundes Becken und runder Kopf oder zu kleiner Kopf bei regelrechtem Becken; schliesslich Formabwegigkeit des Kopfes (plattes Schädeldach) bei normalem oder plattem Becken, welche den Querstand verhindert.

Nach Panek (4) spielt enges Becken, Brachycephalie und namentlich bei positio sacralis auch die Lage des Rückens eine ätiologische Rolle; er verfügt über 10 Fälle und zwar 6mal Positio pubica und 4mal sacralis.

Die 16 eigenen Fälle Pankows (5) gliedern sich in 10mal Positio pubica und 4mal Positio sacralis; je einmal handelte es sich um Steisslage und Gesichtslage. Die meisten Fälle verlaufen spontan; 8mal handelte es sich um enges Becken bzw. um zu grossen Kopf.

2. Beckenendlagen und Querlagen.

1. Benyas, N. M., Transverse presentations. North west. Medicine. Seassec. March. 7. 3.
2. Bowen, W. S., Case of cesarean section in breech presentation. Washingt. Med. Ann. 14. 3.
3. Doederlein, In 1. dorso-anteriorer Querlage mit Vorfall des rechten Armes conduplicato corpore spontan ausgestossene, nahezu ausgetragene Frucht. Münch. Gyn. Ges. 16. Juli 1914.
4. Dreijer, Von der Behandlung der Querlage. Norsk. Magazin for laegevidenskaben. p. 897. (Die Arbeit gibt die Erfahrungen aus einer grossen privaten Praxis ausserhalb

der Klinik. Sie bringt keine besondere Neuigkeiten, hebt aber verdienstvollerweise eben das hervor, was den privatpraktizierenden Ärzten nützlich sein kann. Eine gute Pflege in den Wochenbetten und den Schwangerschaften verhüten die Entstehung der Querlagen, weil der wahre Grund derselben darin zu suchen ist, dass die Uteri und die Muskulatur der Frauen ihre normale Gestalt und Tonus eingebüsst haben. — Das Tragen passender Leibbinden in der Schwangerschaft ist zu empfehlen, auch darf das Tragen eines guten Korsetts nicht verboten werden. Wenn eine Querlage in der Schwangerschaft gefunden und redressiert worden ist, müssen die verschiedenen empfohlenen Bandagen versucht werden, werden aber oft wenig nützen, da sie zu unbequem sind, so dass die Frauen ihrer Arbeit nicht nachgehen können. — Beim Anfang der Geburt ist die äussere Wendung zu machen; wenn dieselbe möglich ist, gewöhnlich auf den Kopf, auch beim zweiten Zwilling. — In der Praxis wird am häufigsten die Querlage durch gewöhnliche Wendung auf den Fuss zu behandeln sein. Womöglich soll man abwarten, bis der Muttermund erweitert ist. Unter Umständen ist dies Abwarten erlaubt, selbst wenn die Fruchtblase gesprungen ist. Die Prognose für die Kinder ist die beste, wenn die Wendung bei erweitertem Muttermund und erhaltener Fruchtblase gemacht wird (Mortalität 34%). Bei nicht erweitertem Muttermund war die Mortalität der Kinder 51,1%. Merkwürdig erscheint, dass die Kinder bei nicht erweitertem Muttermund eine kleinere Mortalität zeigen, wenn die Blase gesprungen ist; dies lässt sich doch daraus erklären, dass der Muttermund in diesen Fällen sehr nachgiebig ist, indem er eigentlich von der Blase schon erweitert gewesen ist. Was die Technik betrifft, nimmt Verf. die Wendung in Rückenlage der Frau vor. In der privaten Praxis mit wenig oder keiner Assistenz braucht die Frau nicht auf dem Querbett zu liegen, ein Kissen unter dem Steiss genügt. Die vielen Regeln für die Wahl der operierenden Hand sind unnütz. Am einfachsten ist die Hand zu brauchen, die mit der vorliegenden Seite der Frucht gleichnamig ist. Auch hat man in der Praxis wenig Gelegenheit, dazu einen bestimmten Fuss herunter zu holen. Man nimmt am besten den Fuss, den man am leichtesten erfassen kann. Trotz des ziemlich grossen Materiales sind dem Verf. nur selten erhebliche Schwierigkeiten entgegengetreten. Einmal hat er bei noch stehendem Wasser die Schulter schon in dem Beckeneingang hinabgedrängt gefunden. Mitilation und ähnliches Eingreifen hat er nicht nötig gehabt; auch sind ihm tetanische Kontraktionen des Uterus nicht begegnet.) (Kr. Brandt.)

5. **Küstner, O.**, Extraperitonealer Kaiserschnitt wegen verschleppter Querlage. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 31.
6. **Petersen, L. Severin**, Tetanus uteri totalis. Partus corpore conduplicato. Rigor morbis intrauterina. Med. Revue (Bergen). p. 173. (Bei einer 30jährigen VI para lag das Kind beim Eintritt der Geburt im 8. bis 9. Schwangerschaftsmonat in Querlage. Es entwickelte sich ein Tetanus uteri, der sich später nach Operation besserte, so dass das Kind spontan geboren wurde. Es zeigte sich, dass das Kind von dem tetanisch zusammengezogenen Uterus förmlich zusammengeballt war, so dass es einen eiförmigen Klumpen bildete. Der Kopf lag vom Drucke abgeplattet dicht an der Brust. Das Kind zeigte ausserdem Rigor mortis intrauterina. Die Anamnese zeigt, dass die 2. bis 5. Geburt auch so verlaufen ist, dass man annehmen darf, es sei Tetanus uteri dagewesen. Auch die folgende 7. Geburt zeigte abnorme Irritabilität des Uterus. *Ob* diese Irritabilität damit in Zusammenhang gebracht werden kann, dass die Frau eine zweifelhaft positive Wassermannsche Reaktion zeigte, muss dahinstehen. (Kr. Brandt.)
7. **Polischuk, Ch.**, Über Selbstentwicklung bei Querlage. Diss. Bern 1913.
8. **Roos, W. J. van den Berg**, De waarde van uitwendige keering op het hoofd by voetstuitligging. Ned. Tydschr. voor Verlosk. en Gyn. 25. jaarg. afl. 1/2. (Verf. behandelt das Material der Utrechtschen Frauenklinik. Von 1899—1912 in dieser Klinik 256 Fuss- oder Steisslagen auf 2583 Geburten, also 10%. Hiervon waren vor der Geburt aber 123 auf den Kopf gewendet, so dass nur die Geburten selbst zu rechnen sind und dann kamen 133 Steissgeburten auf 2460 Geburten also 5,4%. In der Poliklinik aber kamen nur 3% vor. An der Hand von vielen statischen Berechnungen, mit zahlreichen Krankengeschichten erläutert, kommt Verf. zu der Ansicht, dass sowohl im Interesse der Mutter wie des Kindes bei jeder Steiss- oder Fusslage in der Schwangerschaft durch äussere Eingriffe die Wendung auf den Kopf geschehen soll, am frühesten nach dem Anfang des 7. Monats. Diese nach ihm ganz harmlose Behandlung macht, dass die Mortalität für das Kind viel geringer wird, während auch die Mutter besser fährt, da bei Kopfgeburten nicht so grosse Weichteilverletzungen vorkommen wie bei Steissgeburten.) (Mendes de Leon.)

9. Weiss, Die Positionsbestimmung bei Querlagen. Geburtshilfl. Gyn. Ges. zu Wien. 12. Mai 1914.
10. Williams, Cesarean Section for primiparous breech presentation. Interst. Med. Journ. 22. 4.

Bei verschleppter dorsoposteriorer 2. Querlage bei einer II para mit geschädigtem, aber sicher noch lebendem Kinde machte Küstner (5) den zervikalen Kaiserschnitt; Conj. diag. 11 cm; es wurde extraperitoneal nach Küstner operiert. Die Entwicklung des Kindes war schwierig; es starb dabei ab, die Mutter genas glatt.

3. Nabelschnurvorfall und sonstige Anomalien der Nabelschnur.

1. van der Hoeven, P. C. T., De insertio velamentosa der navelstreng. Nederl. Maandschr. v. verlosk. vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 4. Heft 8. p. 452. Holländisch. (Die Insertion der Nabelschnur zentral oder marginal an der Plazenta oder ausserhalb derselben auf den Eihäuten soll ganz Sache des Zufalls sein. Da jedoch am jungen Ei — Peters, van Heukelom — weitaus der grösste Teil der Oberfläche — mindestens $^3/_4$ — später zur Plazenta wird — das Chorion laeve dehnt sich erst später zu den Eihäuten — ist der Fall, dass die Nabelschnur auf den Eihäuten inseriert, nur Ausnahme.) (Lamers.)
2. Müller, Beitrag zur Nabelversorgung. Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. 77. 3.
3. Philipp, M. H., Case of fetal death from rupture of velamentous vessels. Journ. of Obst. and Gyn. of brit. Emp. 26. 4.
4. Schols, Een geval van Schedelligging met mitgezakten volt en Navelstrang. Ned. Tydschr. v. Geneesk. 1913. II. 3.
5. Schule, R., Nabelschnurbruch bei Neugeborenen. Diss. Bonn 1914.

D. Sonstige Störungen.

1. Bacon, C. S., Infant mortality due to labor. Journ. of the Amer. Med. Ass. June 19. (Unter 10 000 Fällen gingen 285 Kinder, i. e. 2,8% intra partum zugrunde.)
2. *Doering, H., Angeborener Defekt der rechten Lungenarterie. Studien z. Path. d. Entw. 2. 1.
3. Fildes, Prevalence of congenital Syphilis among newborn of East End of London. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 27. 3. 5.
4. Griffith, W. S. A., Investigation of causes which determine lie of fetus in utero. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 27. 3. 5.
5. Gröné, O., Epidurales Hämatom im Rückenmarkskanal bei Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. 13. Nr. 51.
6. *Heynemann, Th., Die Entstehung des Icterus neonatorum. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 76. 3.
7. Ingier, A., Überexperimentell hervorgerufener Morbus Barlow an Föten und Neugeborenen. Nord. Med. Ark. 2. 16.
8. Langstein, L., Die Therapie der Dyspepsie im Säuglingsalter. Ther. Monatsh. Juli.
9. Lucas, Val., Partus unilateralis in utero dydelpho. Med. Klin. Nr. 12. (Zange.)
10. *Pfältzer, B., Der Kernikterus der Neugeborenen, eine Infektionskrankheit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 76. 3.
11. Pfyl, B., Übergang von Kieselsäure in die Milch beim Sterilisieren in Glasflaschen. Arb. a. d. kais. Gesundheitsamt. 48. 3.
12. Vogt, E., Hernia duodeno-jejunalis beim Säugling. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 37. 6.

Nach Heynemann (6) kommt für die Ätiologie des Ikterus in erster Linie eine abweichende und ungenügende Leberzellenfunktion in den ersten Tagen in Betracht, begünstigt durch Blutfülle der Leber und reichlichen Zerfall roter Blutkörperchen, der vielleicht wieder in einer gesteigerten Tätigkeit der Kupfferschen Sternzellen, also auch wieder in der Leber zu suchen ist.

Unter mehreren anderen berichtet Pfältzer (10) über einen Fall, wo eine Koliinfektion nachzuweisen war. Bedeutsam ist das Zusammentreffen von Kernikterus mit wachsiger Muskeldegeneration.

Nach Ingier (7) lässt sich durch Fütterung schwangerer Meerschweinchen mit Hafer und Wasser schon nach 10—15 Tagen ausgesprochener Morbus Barlow hervorrufen.

Eine kurze extrauterine Fütterung mit Milch der skorbutischen Mutter nebst Hafer und Wasser vermag den bei der Geburt noch latenten Skorbut in eine manifeste Krankheit umzuwandeln. Weder der Zusatz von Thyreoidea, Thymus, Hypophyse, Parathyreoidea, noch von Phosphorlebertran zum Hafer und Wasser konnten den Skorbut verhindern.

Gröné (5) liefert zu den seltenen Blutungen epiduraler Art in den Rückenmarkskanal 4 Fälle, wo keine Verletzungen in den Wirbeln und ihren Verbindungen festzustellen waren. Einmal bestand gleichzeitig Tentoriumzerreissung; drei mehr weniger schwere Spontangeburten waren es, darunter eine Gesichtslage und eine Vorderhauptslage; das 4. ein ohne Schwierigkeiten in Fusslage geborener zweiter Zwilling. Zwei Kinder waren nicht asphyktisch geboren worden und starben sämtlich in den ersten sieben Lebenstagen.

In dem von Doering (2) beobachteten Fall ist der Defekt begründet in einer fehlerhaften Anlage und Entwicklung des linken VI. Aortenbogens. Das Kind hat $^3/_4$ Jahre gelebt. Der Ductus Botalli war als Überlauf offen geblieben. Das linke Herz, das weniger Blut bekam, verkleinerte sich, das rechte hypertrophierte. Bis zur Geburt hatte sich die rechte Lunge regelrecht entwickelt; es ernähren ja wohl beim Fötus ausschliesslich die Bronchialarterien das Lungengewebe.

XI.

Geburtshilfliche Operationen.

(Bericht über 1914 und 1915.)

Referent: Privatdozent Dr. L. Adler, Wien.

I. Instrumente.

1. Doederlein, A., Vorstellung von Hegarstiften und Spülkathetern, die 5 cm von der Spitze eine markgrosse horizontale Scheibe tragen, um ein zu tiefes Einführen und eine Uterusperforation unmöglich zu machen. Münch. gyn. Ges. 16. Juli 1914. Ref. Zentralblatt f. Gyn. 1915. Nr. 4. u. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 41. Heft 3.
2. — Demonstration eines Cephalotrypterperforatoriums nach Art des Zweifelschen Cephalokranioklasten, bei welchem ein Abgleitern mit Sicherheit vermieden wird. Ib.
3. Doran, Al., Mit Gelenken versehene Geburtshelferzangen. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 24. 4.
4. Grotte, Zur Cervixdilatation. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 11 u. Wien. gyn. Ges. 10. März 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 11. (Demonstration eines Instruments zur schonenden Cervixdilatation.)
5. Irving, F. C., Tarniers Axis Traction Rods applied to Simpson obstetrical forceps. Surg., Gyn. and Obst. June 20. Nr. 6.
6. Kielland, Eine neue Form und Einführungsweise der Geburtszange. Zange stets biparietal an den kindlichen Schädel angelegt. Demonstration Münch. gyn. Ges. 20. Mai 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 30.
7. Lombardo, Aortenkompressorium bei geburtshilflichen Blutungen als Ersatz des Momburgschen Schlauches. Arch. Ital. di gin. 16. Heft 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 19.
8. Pok, J., Eine Metreurynterzange. Gyn. Rundsch. 1914. Heft 8.
9. Schneider, Otto, Über eine neue Geburtszange. Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr. 50. (Die Löffel der „Adaptionszange" sind um eine Achse gegen den Griff drehbar

und werden während der Einführung und Anlegung durch eine Sperrvorrichtung fixiert. Durch ihre Beweglichkeit können sie sich entsprechend der Drehung am Kopf verschieben und liegen immer mit der ganzen Fläche dem Schädel an.)

10. Sellheim, H., Prompte Blutstillung an der Plazentarstelle. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 19. Erg.-Heft 1915. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 3. 1914. (Demonstration einer „Uteruspresse" zur Stillung der Blutung aus der Plazentarstelle.
11. Vesely, E., Zur Technik des Eihautstiches. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 25. (Demonstration eines aus Kanüle und Dilatator bestehenden Apparates.)
12. Wechsler, B. B., Ein neuer geburtshilflicher Tisch. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 34. Nr. 14.
13. Wintz, H., Eine neue Fingercurette. Münch. med. Wochenschr. Nr. 16.

II. Zange, Wendung, Beckenendlagen, Kraniotomie, Embryotomie.

1. Bailey, H. C., Beitrag zur Technik der Perforation. Amer. Journ. of Obst. and Dis. etc. 1914. März. (Verf. empfiehlt zur Vermeidung von Nebenverletzungen die Schneide des Smerlieschen Perforatoriums mit einem dicken Gummikondom zu überziehen.)
2. Baumm, P., Zur Steisstherapie der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 50. (Polemik gegen Hannes.)
3. Boerma, N. J. A. F., Is by de tongverlossing een actieve druk op het kinderhoofd noodig? (Ist bei der Zangenentbindung ein aktiver Druck auf den kindlichen Schädel nötig?) Nederl. Maandschr. v. Verlosk. Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 3. p. 133—144. Holländisch. (Wie Verf. behauptet, ist die quere Kompression des kindlichen Kopfes bei der Ausgangszange nicht nur schädlich, sondern auch überflüssig. Das letztere hat Verf. zu beweisen versucht, indem er eine Zange eigener Konstruktion ohne Griffe, nur mit Löffel und Schloss, benutzte und damit alle die betreffenden Operationen ohne Schwierigkeiten ausführte. Der Druck ist bei den Zangen mit gekreuzten Löffel am grössten und bei dem von ihm selbst angegebenen Instrument nicht halb so stark. Ist beim Anlegen der Zange die Pfeilnaht noch nicht in den geraden Durchmesser getreten, so lässt sich jede Zange schwierig schliessen und ist immer der eine oder andere Löffeln relativ zu lang oder zu kurz. Deswegen hat Verf. an seinem eigenen Instrument im Schloss ein bewegliches Schaltstück anbringen lassen, durch das eine Verschieblichkeit der Löffel gegeneinander ermöglicht wird. Das Instrument hat dadurch an Brauchbarkeit sehr gewonnen, soll aber immer nur noch dem Zwecke der „Ausgangszange dienen". Für den Praktiker kommt diese fast ausschliesslich in Betracht. Als Achsenzugzange empfiehlt Verf. die Tarniersche oder die Demelinsche. Letztere ist ungekreuzt und handlicher. Das eigene Instrument des Verf. ist in 6 Figuren auf einer Tafel abgebildet.) (Lamers.)
4. Demelin, L., Mechanische Studie des Forceps. Rev. mens. de gyn. d'obst. Fevr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 36.
5. Fieux, Beitrag zum prophylaktischen Herabholen des Fusses bei Steisslage mit in die Höhe geschlagenen Beinen. Rev. prat. d'obst. 1913. Dec. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 50. (Das obengenannte Verfahren ist nach Verf. und anderen Erfahrungen überflüssig. 16 neue Beobachtungen.)
6. Frey, de R., Extraktion am Steiss nach Deventer Müller. Ann. de gyn. et d'obst. March. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 50.
7. Gushee, E. S., Statistik der Kraniotomien im Lying in Hospital 1903—1913. New York Acad. of Med. Nov. 28. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 9.
8. Hannes, W., Einiges zur Kritik der von Zalewski empfohlenen „Steisstherapie" der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 39.
9. Kielland, Eine neue Form und Einführungsweise der Geburtszange. Zange stets biparietal an den kindlichen Schädel angelegt. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 30.
10. Kocks, J., Hydrosalpinx prolabiert durch Zangenversuch. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 25.
11. Martin, A., Der Forceps intrauterinus Neuwirth. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.
12. Morell Th., 16 Fälle von verschleppter Querlage und ihre Behandlung in der Universitäts-Frauenklinik München. In.-Diss. München 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 19.

13. Neuwirth, C., Einige Bemerkungen zum Forceps intrauterinus. Berl. klin. Wochenschrift 1914. Nr. 23.
14. — Schlusswort zum Forceps intrauterinus. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 10.
15. Phillips, W. D., Use and abuse of forceps; report of cases. New Orleans Med. and Surg. Journ. May 15. 67. Nr. 11.
16. Piering, O., Bemerkungen zu Neuwirths „Forceps intrauterinus". Zentralbl. f. Gyn. 1914. 2.
17. Potocki u. Sauvage, Zusammenziehung des Uterus um den kindlichen durch Dekapitation abgetrennten Kopf. Ann. de gyn. et d'obst. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 50. (Da Basiotrypsie und Hystereuryse erfolglos waren, musste die Hysterektomie gemacht werden.)

III. Abortus, Frühgeburt.

1. Anderes, E., Unterbrechung der Schwangerschaft und Sterilisation auf abdominalem Wege in einer Sitzung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 40. Heft 4.
2. Benthin, W., Zur Kritik der Behandlung des febrilen Abortes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 42. Heft 2.
3. Cauwenberghe, A. van, Nützlichkeit der künstlichen Frühgeburt. Rev. mens. de gyn. d'obst. etc. Dec. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 52.
4. Churchod, E., Die Behandlung des septischen Abortes. Schweiz. Rundsch. f. Med. 1915. Nr. 21.
5. Ebeler, F., Zur Abortbehandlung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 75. Heft 2.
6. Frankenstein, O., Zur Therapie des fieberhaften Abortus. 5. Kongress tschech. Naturf. u. Ärzte. Prag 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 25.
7. Hofmann, E., Zur einzeitigen Aborteinleitung und Tubensterilisation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 75. Heft 2. (Empfiehlt Laparotomie.)
8. v. Holst, Zur Behandlung der fiebernden Aborte. Gyn. Ges. Dresden. 19. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 32.
9. Koblanck, Die Indikation zur künstlichen Frühgeburt und deren Technik. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1913. Nr. 18. (Die Methoden der Wahl sind Blasensprengung oder Metreuryse, für die Schnellentbindung Sectio caesarea vaginalis.)
10. Ludwig, Die Abortbehandlung. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 5. Heft 2.
11. Markowa, A., Behandlung von fieberhaften Aborten. Przeglad lekarskii 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 20.
12. Schweitzer, B., Entstehung, Bedeutung und Behandlung der artifiziellen Uterusperforationen bei Abort. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 42. Heft 2.
13. Szenary, J., Verfahren bei künstlichen Frühgeburten. Gyn. Rundsch. 1915. Heft 10. (Die Einleitung erfolgte mit glyzeringefüllten Tierblasen nach Baumm.)
14. Wagner, M., Über künstliche Frühgeburt. In.-Diss. München 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19.

IV. Dilatation, Metreuryse, Sectio caesarea vaginalis.

1. Bar, P., Sectio caesarea vaginalis. Arch. mens. d'obst. et gyn. Paris 1915. Heft 1. Ref. Th Journ. of the Amer. Med. Ass. May 22. 1915. (Bar empfiehlt die Dührssensche Sectio vaginalis, die in Frankreich nicht viele Freunde gefunden hat, und zieht sie der Bossischen Dilatation bei weitem vor.)
2. Baumm, E., Ballonbehandlung mit tierischen Blasen. Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 25.
3. Calmann, A., Zur Anwendung und Erleichterung der Laminariadilatation. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 41.
4. Delmas, P., Vaginaler Kaiserschnitt nach vergeblichem Versuch, die Frühgeburt einzuleiten in einem Falle eines rachitisch platten Beckens. Rev. mens. de gyn. d'obst. etc. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 36.
5. Fekele, Hysterotomie bei Placenta praevia centralis. Ung. Ärzteverein Budapest. 8. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 22.

6. Frankenstein, K., Ein Beitrag zur Ballonbehandlung mit tierischen Blasen. Münch. med. Wochenschr. 1914. 17. (Nach Versagen der mit Glyzerin gefüllten Blase Pelveoperitonitis.)
7. Friemann, K., Über die unblutige Dilatation der Cervix durch Quellmittel mit besonderer Berücksichtigung der Dilatation durch Laminariastifte. In.-Diss. Marburg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 17.
8. Gilles, R., Placenta praevia centralis. Manuelle Erweiterung und Entbindung auf transplazentaren Wege. Rev. mens. de gyn. d'obst. etc. Dec. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 31.
9. Grotte, G., Zur Technik der unblutigen Cervixdehnung. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Heft 11. 1915. 11. (Neues Dilatationsinstrument.)
10. Lindemann, W., Über die Anwendung der Hysterotomia ant. bei Placenta praevia. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 6. Heft 1.
11. Rogow, M. P., Metreuryse in der Geburtshilfe. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 399. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 34.
12. Rüder, Vaginale Kolpohysterotomie. Gyn. Ges. Hamburg. 10. Febr. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 15.
13. Sippel, A., Die aseptische Zubereitung des Laminariastiftes. Frauenarzt 1914. Heft 8.
14. Tietze, K., Zur Technik der Hysteroryse. Münch. med. Wochenschr. 1915. Nr. 36. (Verf. verwendet 2 Hystereurynter, von denen der eine gefüllt ist, und in den anderen eingeführten entleert wird.)
15. Webiörn, J., Drei Fälle von vaginalem Kaiserschnitt wegen Retinitis albuminurica während Gravidität. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea 1915. (Silas Lindquist.)
16. Wilhelm, A., Die vaginalen Hysterotomien in der Geburtshilfe. In.-Diss. Paris 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 50.

V. Sectio caesarea abdominalis.

1. Ambrosius, F., Verstümmelnder Kaiserschnitt bei einer Frau mit schwerer vaginaler Geburtsstörung. Arte ostetr. 1913. 27. Heft 19. (Narbenstenose nach Blasenscheidenfistel.)
2. *Baisch, K., Extraperitonealer oder transperitonealer Kaiserschnitt? Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 44. (In 21 Fällen ausgeführt, von denen rund 13 rein waren und 2 fieberten (bis 38,2 rektal), hat sich der tiefe transperitoneale Kaiserschnitt (Technik nach Franz) in keinem Punkt dem extraperitonealen gegenüber als minderwertig, in den meisten Fällen als überlegen erwiesen.)
3. Beckmann, W., Kaiserschnitt wegen Scheidenstenose mit vorausgegangener Blasenfisteloperation. Zeitschr. f. gyn. Urologie. 4. Heft 3.
4. Berecz, Karzinom und Gravidität, Sectio caesarea, Wertheimsche Operation. Ung. Ärzteverein Budapest 8. Dez. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 22.
5. Bonney, Ein Fall von Kaiserschnitt mit Bemerkungen über die Operation. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 24. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 19.
6. Bowen, W. S., Case of Cesarean Section in Breech presentation. Washington Med. Annals 14. 3.
7. Boyd, G. M., Mortalität beim Kaiserschnitt. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. Sept. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 25.
8. Broadhead, G. L., Sectio caesarea infolge doppelseitiger multilokulärer Ovarialkystome. New York Med. Journ. Nr. 24. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 36.
9. Breitstern, L. S., Uterusruptur nach Sectio caesarea. Journ. Amer. Ass. 62. Heft 9. Ref. Zentralbl. 1914. 41.
10. Brown, W. M., Modification of technic of abdominal Cesarean section. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. etc. Sept. 72. Nr. 3. (Annähen der Uteruswunde an die Bauchdecken vor Entleerung des Uterus.)
11. *Bumm, E., Über Kaiserschnitt. Diskussionsbemerkungen. Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 22. Mai 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 77. 1915. 1.
12. Burian, E., Sectio caesarea in mortua. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 25.
13. Burnier, S., Der Kaiserschnitt, Geschichte, Methoden, Indikationen und Resultate bei 15 Fällen. In.-Diss. Lausanne 1912.

14. Calderon, F., Cesarean Section in Philippine Islands. Philippine Journ. of Science. Jan. 10. Nr. 1.
15. Cathala, V., Konservativer Kaiserschnitt bei fehlerhafter Insertion der Plazenta. Rev. mens. de gyn., d'obst. etc. Fevr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 36.
16. Delle Chiaje, S., Über den Widerstand der Uterusnarbe nach extraperitonealem Kaiserschnitt. Rev. mens. de gyn. d'obst. Avril. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 50. (In einem Falle wurde 1 Jahr nach fieberhaftem Verlauf eines extraperitonealen Kaiserschnittes die konservative transperitoneale Sectio gemacht. Dabei zeigte die Narbe des extraperitonealen Schnittes eine 5 cm lange und 2 cm breite Hernie in der Uteruswand.)
17. Crossen, H. S., Hohe kleine Inzision bei Sectio caesarea. Interstate med. Journ. 1913. Dec. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.
18. Davis, A. B., Sectio caesarea. Amer. Journ. of Obst. and Gyn. etc. Dec. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 15. (193 Fälle mit 9,8% Mortalität. 15,9% kindliche Mortalität.)
19. — Über wiederholten Kaiserschnitt. Clevel. Med. Journ. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 25.
20. — Abdominaler Kaiserschnitt, Indikationen, Erfolge, Technik. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 4.
21. — A report of all abdominal cesarean operations performed in the service of the Lying-in Hospital New York. Amer. Journ. of Obst. Febr. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 25. (571 Fälle mit 10,7% Mortalität. Besprechung der Todesursachen der Indikationen, der Frage des wiederholten Kaiserschnitts, der Technik. Verf. empfiehlt und beschreibt eine kleine Inzision über dem Nabel. Diskussion: Baldwin, Rongy, Dickinson, Barret, Brown, Bonifield, G. H. Lee, Norvall Bell, Skeel, Zinke, Humiston,
22. Druskin, S. J., Extraperitonealer Kaiserschnitt. Journ. Amer. Med. Ass. 62. Heft 18. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 34.
22a. — Sectio caesarea. Med. Rec. 22. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 36.
23. Eisenreich, Über extraperitonealen Kaiserschnitt. Dem. Münch. Gyn. Ges. 20. Mai 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 30. (Unter 145 Fällen, die an der Klinik Doederlein operiert wurden, musste 8 mal zum transperitonealen Kaiserschnitt übergegangen werden. Unter den 137 „extraperitoneal durchgeführten" riss das Peritoneum 44 mal ein, 4 mal wurde es absichtlich zur Vornahme der Sterilisation eröffnet. Von diesen 137 Frauen starben 9 (4 Eklampsie, 3 Sepsis, 1 Herztod 3. h. p. op., 1 atonische Nachblutung 6. h. p. op.), von den Kindern 11. Bei 18 wiederholten Kaiserschnitten nach extraperitonealem Vorgehen musste 10 mal infolge von Narben und Verwachsungen transperitoneal vorgegangen werden.)
24. Farrell, J. A., Cesarean Section. Albany Med. Annals. Vol. 36. Nr. 3. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 45. (Ein Fall. Verf. empfiehlt, Becken unter 7 cm als absolute, platte unter $8^1/_2$, allgemein verengte unter 9 cm als relative Indikation zur Sectio anzusehen.)
25. Ferré, Über eine Serie von Kaiserschnitten. Ann. de gyn. et d'obst. Mars. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 36.
26. Finkelkraut, M., Über extraperitonealen Kaiserschnitt. In.-Diss. 1913. Ref. Zentralblatt f. Gyn. 15.
27. Fischer, O., Über Kaiserschnitte, Symphyseotomien und Hebosteotomien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 75. Heft 1. (Statistik der obigen Operationen der Würzburger Klinik 1904—1913. Unter 6891 Geburten 62 Kaiserschnitte, davon 53 wegen engen Beckens. Mütterliche Mortalität $3^1/_2$%, Morbidität 69,27%, aus genitalen Ursachen allein 56,38%.)
28. *Franz, Über Kaiserschnitt. Ges. f. Gyn. u. Geb. Berlin. 22. Mai 1914. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1915. 77. Heft 1.
29. Fuchs, H., Kaiserschnitt wegen totaler Anchylose beider Hüftgelenke. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 4.
30. Gellhorn, G., Three cases of extraperitoneal Cesarean section. Journ. of the Amer. Med. Ass. Jan. 16. 1915. (Der Beschreibung nach eigentlich transperitoneale Kaiserschnitte mit nachträglichem Abschluss der freien Bauchhöhle.)
31. Gilles, R., Dritter konservativer Kaiserschnitt bei derselben Frau. Rev. mens. de gyn. d'obst. etc. Juin 1914.

32. Grosse, A., Die Uteruswandfisteln nach konservativem Kaiserschnitt. Rev. mens. de gyn. d'obst. etc. Juin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 50.
33. Hartmann, K., Symphysenschnitt und suprasymphysäre Entbindung. Gyn. Rundschau. 1914. 12.
34. Hirst, B. C., Modern extraperitoneal Cesarean Section etc. Surg., Gyn. and Obst. 17. Heft 4.
35. Hoffmann, 22 abdominelle Kaiserschnitte aus der Erlanger Frauenklinik. In.-Diss. Erlangen 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 19.
36. Itzkowitsch, J., Fertilität nach Kaiserschnitt und nach beckenerweiternden Operationen. In.-Diss. München 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 19.
37. Küstner, O., Extraperitonealer Kaiserschnitt. Gyn. Ges. Breslau. 25. Nov. 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 5.
38. — Weitere Erfahrungen über den extraperitonealen Kaiserschnitt, über seine Indikationsstellung und Methodik. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 10. (Bericht über 103 Fälle. Schilderung der eigenen Methode. Prinzipielle Drainage der Bauchwunde. Verf. schaltet die Fälle, bei denen das Peritoneum einreisst, aus der Statistik der extraperitonealen Kaiserschnitte aus. 7 von 8 Blasenverletzungen. Es wird prinzipiell bei leerer Blase operiert. 1 Ureterfistel. 2 mütterliche Todesfälle. $^1/_3$ febrile Verläufe. 53 Fälle waren infiziert oder infektionsverdächtig.)
39. — Extraperitonealer Kaiserschnitt wegen verschleppter Querlage. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 31. (Der Schnitt musste bis ins Korpus verlängert werden, die Wendung war trotzdem erschwert. Kind tot. Küstner empfiehlt in den seltenen ähnlichen Fällen den extraperitonealen Kaiserschnitt mit nachfolgender Wendung auf beide Füsse.)
40. *— Der abdominale Kaiserschnitt. II. Bd. der „Deutschen Frauenheilkunde", Wiesbaden, J. F. Bergmann. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1915. 43. Wiener klin. Wochenschr. 1915. 33. Gyn. Rundschau 1915.
41. Küttner, O. J., Ein Fall von vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Nachgeburt, Kaiserschnitt und Uterusamputation. Heilung. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 735. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 34.
42. Lawrance, J. S., Extraperitoneal Cesarean Section. Two cases. Surg., Gyn. and Obst. March 20. Nr. 3.
43. Lepage, G., Cesarean Section. 29 cases. Bull. de l'academie de méd. Paris. Juillet 1914. 72. Nr. 29.
44. Markor, J. W., Bericht über 5 Fälle von extraperitonealem Kaiserschnitt. Bull. of the Lying-in Hospital of the City of New York. Jan. 1915.
44a. Freudenberg, Übersetzung der obigen Arbeit. Der Frauenarzt. 1915. Heft 8.
45. Murphy, E. J., Second Cesarean Section. Indican Medical Gazette. Calcutta. Sept. 1915. Nr. 9.
46. Nathan, D., Sectio caesarea wegen Chondrosarkom des Beckens. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Child. 1914. Aug. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 7.
47. Nicholson, W. R., Der extraperitoneale Kaiserschnitt. Surg., Gyn. and Obst. 18. Nr. 2. (Seine Hauptindikation sind die vernachlässigten oder mild infizierten Fälle. Bei schweren Fällen ist er unbedingt kontraindiziert.)
48. *Opitz, E., Über den Kaiserschnitt. Med. Klinik. 1914. Nr. 6. (Beschreibung des eigenen Verfahrens.)
49. Panek, K., Extraperitonealer Schnitt nach Latzko. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 25.
50. Pargschew, D. A., Sectio caesarea abdominalis bei Placenta praevia. Journ. f. Geb. u. Gyn. p. 199. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 34. (1 Fall.)
51. Parke, W. E., The Cesarean operations its wider application with report of cases. Amer. Journ. of Obst. Aug. 1915.
52. Peterson, Reuben, Die Rolle der Kaiserschnitte bei der Behandlung der Eklampsie. Amer. Journ. of Obst. and Gyn. etc. April. Ref. Zentralb. f. Gyn. 1914. 29.
53. — Kritische Übersicht über 500 publizierte und nichtpublizierte Fälle von abdominalem Kaiserschnitt bei Eklampsie. Amer. Journ. of Obst. and Dis. etc. June. (Die Resultate sind durch Umfrage bei 259 Operationen gesammelt. Die Mortalität betrug nach Abzug der moribund oder septisch zur Operation gekommenen nach dem besten Berichte 13,15%. Die kindliche Mortalität mit Einschluss der innerhalb der ersten

3 Tage gestorbenen Kinder 10,69%. Verf. glaubt, dass bei einwandfreier Technik und Operation in nur sicher reinen Fällen 13—18% Mortalität erzielbar sei, und glaubt, dass deshalb der Kaiserschnitt mehr als bisher bei Eklampsie angewendet werden solle.)
54. Mc Pherson, Ross, Behandlung der Placenta praevia mit Kaiserschnitt. Wann, wenn überhaupt, ist er gerechtfertigt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. 4.
55. — Indications and Contraindications for abdominal Cesarean Section. Prov. Med. Journ. Mai 16. Nr. 3.
56. Planchu, Vierter Kaiserschnitt an derselben Frau. Hysterektomie. Lyon méd. 1913. Nr. 46. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 34.
57. Polano, O., Weitere Erfahrungen über die Sectio caesarea cervicalis posterior. Bayer. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Jan. Münch. med. Wochenschr. 1914. Nr. 15. Ref. Zentralbl. 1914. 30.
58. Pouchei Wilson, G., Überlegenheit der Sectio caesarea in Grenzfällen. Ref. Zentralbl. 1914. Nr. 4 u. 15.
59. Rachmanow, A. N., 30 Fälle von klassischer Sectio caesarea. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 25.
60. Rohrbach, W., Nachuntersuchungsresultate nach extra- und transperitonealem Kaiserschnitt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 75. Heft 3.
61. Rougy, A. J., Pubotomie oder Kaiserschnitt bei vernachlässigten Fällen? Amer. Journ. of Obst. and. Dis. Febr. (Verwirft den Kaiserschnitt.)
62. Rüder, Zwei Fälle von Kaiserschnitt bei mit der Bauchwand verwachsenem Uterus. Geb. Ges. Hamburg. 22. Dez. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. 9.
63. Strassmann, P., Kaiserschnitt bei Myom. Gyn. Ges. Berlin. 9. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 42.
64. — Diskussionsbemerkungen über Kaiserschnitt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1915. 77. Heft 1.
65. Tompson, W. L., Hohe Inzision beim Kaiserschnitt. John Hopkins Hosp. Bull. 1914. Nr. 285. p. 336.
66. Verdelli, Über den wiederholten Kaiserschnitt. Rassegna d' ost. e gin. 23. 2—4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 50.
67. Warren, St. P., Kaiserschnitt wegen vollständigen Prolapses der Cervix. Amer. Journ. of Obst. and Dis. March.
68. Webster, J. C., Series of abdominal Cesarean sections performed under local-anesthesia. Surg., Gyn. and Obst. Febr. 20. 1015. Nr. 2.
69. William, J. T., Kaiserschnitt wegen Steisslage bei Erstgebärenden. Interstate Med. Journ. 1915. 22. Nr. 41. Ref. Zentralbl. 1915. Nr. 45. (Empfiehlt den Kaiserschnitt als Methode der Wahl bei Beckenendlagen Erstgebärender!)
70. Wolff, Uterusruptur in der alten Kaiserschnittsnarbe nach zervikalem Kaiserschnitt. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 11. Juli 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 13.
71. Zengerle, Ein Fall von Sectio caesarea post mortem. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 29. (Erzielte ein lebendes Kind.)

Die Diskussion über den Kaiserschnitt ist noch nicht zum Abschlusse gekommen. Den begeisterten Anhängern der extraperitonealen Methode stehen ebenso überzeugte Anhänger des transperitonealen Verfahrens gegenüber. — Und da über die in schwer infizierten Fällen verhängnisvolle Schwäche des extraperitonealen Verfahrens — das unabsichtliche oder notgedrungene Eröffnen des Peritoneum — nicht hinwegzukommen ist, sind manche Autoren zum minder komplizierten transperitonealen Operieren zurückgekehrt, und haben den Schnitt in die Cervix verlegt oder andere Modifikationen der klassischen Sectio angegeben.

Ein Vergleich der Leistungsfähigkeit des extraperitonealen und transperitonealen Kaiserschnittes ist darum kaum möglich, weil manche Autoren die Kaiserschnitte auch als extraperitoneal bezeichnen, wenn dabei das Peritoneum eröffnet wurde, andere wieder solche Fälle mit Recht transperitoneal nennen, und etwaige Todesfälle dann nicht in die Statistik des extraperitonealen Verfahrens aufnehmen. Des weiteren wird ein Vergleich auch durch die Verschieden-

heit des Materials der einzelnen Autoren in bezug auf Infektion, sowie durch die ungenauen Angaben der einzelnen Autoren über das Material unmöglich gemacht.

Küstner (37) ist ein begeisterter Anhänger der extraperitonealen Methode und gibt seiner Überzeugung in seiner temperamentvollen Art in der grosszügig angelegten Monographie „Der abdominale Kaiserschnitt" (der deutschen Frauenheilkunde, II. Bd.) Ausdruck.

Das Werk, das zu inhaltsreich ist, um hier erschöpfend referiert zu werden, bringt neben einer Schilderung der Methodik und Entwicklung des klassischen Kaiserschnittes, der Porro- und der Totalexstirpation des frisch entbundenen Uterus eine genaue Schilderung des tiefen, transperitonealen und extraperitonealen Kaiserschnitts die Resultate und eine Kritik der Methoden, sowie eine genaue Schilderung von Küstners eigenem Verfahren, sowie eine Übersicht über die Indikationen und die Besprechung der Wahl der Methoden, und ein Verzeichnis der Literatur von 1906—1914.

Küstners Methode, mit 3 Bildern illustriert, ist folgende:

Seitlicher Längsschnitt links 3—5 cm der Linea alba nicht bis zum Nabel. Längsschnitt der Faszie. Stumpfes Abdrängen des Peritoneum medianwärts von der Blase und nach oben. Seitlicher Längsschnitt der Cervix mit Messer und geknöpfter Knieschere, Entwicklung des Kindes am vorliegenden Teil. Bei Schädellage Fassen der Kopfschwarte mit einer stumpfen Klemme besonderer Konstruktion, Anlegen einer „kleinen Wiener Schulzange". Expression der Plazenta. Catgutnaht des Uterus (in 1 oder 2 Etagen), der Muskel und Faszien, Drahtknopfnaht der Haut und des Fettes. Prinzipielle Drainage des unteren Wundwinkels.

Franz (28) ist ein Gegner des extraperitonealen Verfahrens, weil die Vermeidung der Bauchhöhle keine grössere Sicherheit gibt, als die Eröffnung des Bauches, und weil das extraperitoneale Verfahren die Operation kompliziert. Es ist aber eine der wichtigsten Aufgaben der Kaiserschnittstechnik, dass die Operation möglichst einfach sei.

Er erreicht mit seiner Kaiserschnittsmethode genau das gleiche, wie mit dem extraperitonealen Kaiserschnitt. Seine Technik ist die folgende: Keine Beckenhochlagerung. Möglichst kleiner Längsschnitt zwischen Nabel und Symphyse, näher der letzteren. Uterusschnitt ohne Abschieben der Blase, Entwicklung des Schädels mit der Zange. Nach Entwicklung des Kindes Einsetzen eines kleinen Bauchspekulum in den oberen Wundwinkel, das den Uterus gegen die Bauchwand drückt. Doppelte fortlaufende Catgutnaht des Uterus und fortlaufende seroseröse Naht. Die Naht muss sehr exakt sein, denn Franz hat zwei spontane Rupturen der alten Narbe gesehen.

Der grösste Vorteil des Schnittes in den unteren Uterusabschnitt liegt darin, dass man keine Därme sieht.

Unter 130 Fällen 3 Todesfälle (darunter 1 bei klassischem Kaiserschnitt), 1 Blasenbauchdeckenfistel, 12 Bauchdeckenabszesse, 8 leichtere Störungen des Bauchschnittes.

Bumm (11) ist es unter 116 Fällen nur 78 mal gelungen, extraperitoneal zu operieren. Von den rein extraperitoneal Operierten 78 starb eine an Peritonitis, von den 38 transperitoneal Operierten starben 3 an Peritonitis. Bei 2 von den letzteren war die Operation extraperitoneal beabsichtigt, gelang aber nicht. Bei schwerer Infektion wird eben jede Technik zuschanden werden.

In aseptischen Fällen geben alle Methoden gute Resultate, in septischen scheint es vorsichtiger zu sein, die Operationswunde extraperitoneal zu verlegen.

Nach Opitz (48) beruhen die günstigeren Heilungsbedingungen der suprasymphysären Entbindung gegenüber dem klassischen Kaiserschnitt auf der Lage

des Schnittes in der Cervix und nicht auf dem extraperitonealen Vorgehen. Verf. operiert deshalb transperitoneal auf folgende Weise:

„Längsschnitt nach Lenander. Eröffnung des Peritoneums. Beckenhochlagerung, Einlegen von 5—6 grossen Bauchtüchern seitlich vom und vor den Uterus. Queres Einschneiden des Peritoneums an der oberen Blasengrenze. Abschieben der Blase nach unten bis herab zur Scheide, Ablösung des Peritoneums nach oben bis zur festen Anheftung, Längsschnitt in die Cervix so weit nach unten, als es die Verhältnisse gestatten. Entfernung des Kindes und der Plazenta (in der letzten Zeit ist es stets gelungen, ohne Instrumente den vorliegenden Kopf und bei Schräg- oder Steisslagen am Beine das Kind herauszubefördern). Erfassen der Wundränder mit Klemmen. Knopfnähte durch die ganze Dicke der Muskulatur unter möglichster Vermeidung der Schleimhaut, darüber fortlaufende Naht durch die oberflächlichen Muskelschichten, welche die erste Nahtreihe überbrückt. Wenn nötig Vervollständigung der Blutstillung. Bei sehr bedenklicher Infektion Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes dicht an der Cervix. Bedecken der Uterusnaht hinter der Blase, aber nicht unter dem Peritoneum, mit einem Gazestreifchen, das in die Scheide hineingeleitet wird. In der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle Verzicht auf Drainage des Bindegewebsraums hinter der Blase. Fortlaufende Naht der Peritonealwunde vor dem Uterus. Entfernung der Bauchtücher, Austupfen etwa doch eingeflossenen Fruchtwassers oder Bluts aus der Bauchhöhle in Flachlagerung. Sorgfältiges Ausbreiten des Netzes vor dem Uterus bis herab zur Blase. Schluss der Bauchwunde in vier Schichten mit Catgutnähten mit Ausnahme der Haut, die mit v. Herffklammern geschlossen wird.

Baisch (00) ist zum tiefen transperitonealen Verfahren übergegangen, das sich in reinen wie in unreinen Fällen niemals als minderwertig erwiesen hat.

VI. Retention der Plazenta und Eihaut, Nachgeburtblutungen.

1. Ahlfeld, F., Nachgeburtsbehandlung und manuelle Plazentalösung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 76. Heft 1.
2. Bulatnikow, Th. J., Über die Momburgsche Methode der Blutleere. Charkows Med. Journ. 1914. Heft 1. Ref. Frauenarzt 1915. 8.
3. Fieux, G., Trendelenburgs Beckenhochlagerung bei schweren Blutungen post partum. Ann. de gyn. et d'obst. Févr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 42. (5 Fälle mit gutem Erfolg.)
4. Gabaston, J. A., Eine neue Methode künstlicher Plazentalösung. Münch. med. Wochenschr. 1914. 12. (Durch die Nabelvene wird sterile Kochsalzlösung in die Plazenta injiziert, bis die injizierte Flüssigkeit nach Zerreissen der kleinen Choriongefässe von der uterinen Plazentafläche abrinnt. bzw. sich als „retroplazentares Hydrom" ansammelt. 1 Fall.)
5. Gräf, E., Ein vergessener geburtshilflicher Handgriff. Münch. med. Wochenschr. 1913. Nr. 52. (Manuelle Kompression der Aorta bei Blutungen.)
6. Gräf, J., Die Behandlung bedrohlicher Blutungen nach der Geburt und ein vergessener geburtshilflicher Handgriff. Korrespondenzbl. d. allg. ärztl. Ver. von Thüringen. 1914. Nr. 9. (Empfehlung und Beschreibung der Kompression der Aorta, die für längere Zeit durch das Rissmannsche Aortenkompressorium erleichtert werden kann, und die den Vorzug vor dem Momburgschlauch verdient.)
7. Heinecke, G., 13 Fälle von Tamponade mit Liquor ferri sesquichlorati sine acido bei Blutungen in der Nachgeburtsperiode. In.-Diss. Leipzig 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 48.
8. Hoehne, Behandlung retinierter Plazentarreste. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 49. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1915. Nr. 1.
9. Mayer, A., Über die Gefahren des Momburgschen Schlauches. Gyn. Rundschau 1914. Nr. 11.

10. Pierra, L., Drei Beobachtungen schwerer Nachgeburtsblutungen in 2 Fällen mit Erfolg nach Momburg behandelt. Rev. mens. de gyn. d'obst. etc. Févr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 42.
11. Piskacek, L., Äussere Doppelhandgriffe zur Stillung von atonischen post partum-Blutungen. Gyn. Rundschau. 1914. 12. (Piskacek empfiehlt 3 äussere Handgriffe für Hebammen und Ärzte.)
12. Pfisterer, Beitrag zur Behandlung der Nachgeburtsperiode. In.-Diss. Bern 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 48.
13. Seitz, H., Zur Therapie der Retention von Plazentaresten. In.-Diss. München 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 31.
14. Sellheim, A., Prompte Blutstillung an der Plazentarstelle. Beitr. z. Geb. u. Gyn. 19. Erg.-Heft 1915. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 1914. 3. (Demonstration eines Instruments „Uteruspresse" zur Stillung der Blutung aus der Plazentarstelle. In der Diskussion meinen Menge, Fehling, Freund, dass das auch ohne Instrument möglich sei.)
15. Tuma, J. V., Momburgs elastische Konstriktion der Bauchaorta in der Geburtshilfe. Das Kompressorium von Gauss. Casopis lek. cesk. 10—12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 42.
16. Walther, H., Zur mauellen Lösung der Plazenta. Gyn. Rundschau 1915. Heft 21.
17. Weber, F., Die Tamponade in Geburtshilfe und Gynäkologie. Eine klinische und experimentell bakteriologische Studie. Münch. med. Wochenschr. 1914. Nr. 4 u. 5. (Unter 508 Fällen von Atonie der Münchener Frauenklinik wurden 82 Tamponaden ausgeführt. 2 Todesfälle, die nur der Infektion durch Tamponade zur Last fallen. Am meisten antiseptisch wirkt 5% Perhydrolgaze.)
18. Wiankowitz, H., Physiologie und pathologische Physiologie der Blutungen post partum und ihre Beeinflussung durch isolierte Scheidentamponade. In.-Diss. Heidelberg 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 19.
19. Zweifel, Die Behandlung der Blutungen in der Nachgeburtszeit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 41. Heft 3.

VII. Varia.

1. Ammenhäuser, W., Über die operative Behandlung der kompletten Dammrisse und ihre Resultate. In.-Diss. Würzburg 1913.
2. Arnold, M., Zur Behandlung der Placenta praevia. Beitrag z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Erg.-Heft. (Bericht über 173 Fälle des Frauenspitals Basel Stadt. 8,1% mütterliche, 61,8% kindliche Mortalität. Für die Klinik kommen Blasensprengung, Metreuryse, Braxton Hicks, ev. Sectio caesarea in Betracht, für die Praxis in leichten Fällen Blasensprengung, bei lebendem Kinde und Beherrschen der Technik Metreuryse, bei totem Kind Braxton Hicks.
3. Baughman, Gr., Erfahrungen mit einer Methode unmittelbarer Wiedervereinigung von Dammrissen. Amer. Journ. of Obst. and Dis. etc. May. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 36. (Fortlaufende Naht der Vagina und des darunter liegenden Gewebes und der Dammhaut mit einem Faden. Isolierte Naht der ev. zerrissenen Muskeln.)
4. Casalis, R., und R. Lecocq, Entbindung durch Hysterektomie ohne vorangegangene Eröffnung des Uterus. Lebendes Kind. Ann. de gyn. et d'obst. Févr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 36. (3 Fälle. 1 Placenta praevia, 1 Portiokarzinom, 1 enges Becken mit drohender Uterusruptur. Alle 3 Mütter genasen, alle Kinder lebten.)
5. Cuny, F., Die Behandlung der Geburt bei engem Becken in Basel. In.-Diss. 1913.
6. Davis, E. P., Die Notwendigkeit von Hospitälern für Gebärende. Amer. Journ. of Obst. Bd. 81. Nr. 3.
7. Dolansky, B., Therapie der Placenta praevia. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 44.
8. Esch, Das enge Becken und die Leitung der Geburt bei demselben. Ther. d. prakt. Arztes. Bd. 1. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 7.
9. Holzapfel, K., Betrachtungen zur geburtshilflichen Operationslehre. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 25.
10. Jellett, H., Die Behandlung des II. Grades der Beckenverengerung. Surg. Gyn. and Obst. 20. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 34.

11. Kehrer, E., Über Uterusruptur und Uterusperforation. Gyn. Ges. Dresden. 19. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 32.
12. Küster, H., Über Geburt nach operativer Anteflexion. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 2.
13. Lévy, E., Geburtshindernis bei Zwillingsschwangerschaft. Rev. prat. d'obst. et ped. 1913. Dec. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 50.
14. Mayer, A., Über die intrakraniellen Blutungen der Neugeborenen infolge der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 46. (Verf. vermisst u. a. die Bedeutung der operativen Entbindungen für die Entstehung der Blutungen.)
15. Mc Donald, Arch. Shock nach geburtshilflichen Operationen. Amer. Journ. of Obst. etc. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 25.
16. Nebesky, O., Die Geburtsleitung bei engem Becken an der Innsbrucker geburtshilflichen Klinik in den letzten 15 Jahren (1899—1913) mit besonderer Berücksichtigung der daselbst ausgeführten Kaiserschnitte. Arch. f. Gyn. 103. Heft 3.
17. Ossendorf, K., Über Uterusruptur und ihre Behandlung. In.-Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 13.
18. Planchu, Retention des abgerissenen Kopfes. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 11. (In einem Fall war Hysterektomie notwendig.)
19. Rachmanow, A. N., Methode der Nichtunterbindung der Nabelschnur. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 16.
20. Recasens, S., Die totale Gebärmutterabtragung als Ersatz für den Kaiserschnitt in Fällen von Infektion. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 39. (Da bei infizierten Fällen die extraperitonealen Methoden und auch der Schambeinschnitt versagen, hat Verf. bei einer infizierten III para mit engem Becken die Operation mit Hilfe von Wertheimklemmen mit gutem Erfolg für Mutter und Kind ausgeführt und empfiehlt ihn für solche Fälle.)
21. Rissmann, A., Die Behandlung der Placenta praevia durch den praktischen Arzt. Med. Klinik 1915. Nr. 25.
22. Rosenstein, Über die Sekundärnaht bei kompletten Dammrissen. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 21.
23. Sauvage, C., Über Bluttransfusion als Ergänzung der Hysterektomie in der Behandlung der Uterusruptur während der Geburt. Ann. de gyn. et d'obst. Mars. Ref. Zentralblatt f. Gyn. 1914. 41.
24. Schwarzenbach, Technische Neuerungen in der geburtshilflichen Hauspraxis. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1914. Nr. 15. (Äusserer Handgriff zur Diagnose des Kopfstandes. Empfehlung eines Instrumentariums für Ausschabungen und der „Tulpe" statt des Metreurynters und anderer kleiner Neuerungen.)
25. Starkey-Smith, P. G., Geburtshindernis durch flektierten aussenrotierten Arm. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 11.
26. Strassmann, P., Zur Dammnaht. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 21.
27. Stratz, C. H., Behandlung der Placenta praevia. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 76. Heft 3.
28. Wallace, R., Ein Fall von ausgedehnter Ruptur des Uterus im 5. Schwangerschaftsmonat. Supravaginale Amputation. Heilung. Amer. Journ. of Obst. and Dis. March. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. 41.
29. Winn, J. F., Treatment of Placenta praevia. Amer. Journ. of Obst. 1915. 71. Nr. 4.
30. Wyder, E., Über die moderne Behandlung der Placenta praevia. Schweiz. Rundschau f. Med. 1915. Nr. 9.

XII.

Gerichtsärztliche Geburtshilfe.

Referent: Professor Dr. Stumpf.

a) Allgemeines.

1. *Bacharach, Ärztliche Eingriffe ohne Einwilligung der Kranken. Leipziger Zeitschr. f. Deutsches Recht. Ref. Med. Klinik. Bd. 11. p. 958.
2. Balthazard, Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes. Arch. d. Anthropol. criminale. Heft 1. Ref. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 21. p. 128. (Fall von Verbrennung der Genitalien durch zu heisses Wasser bei Spülungen wegen Blutung post partum; Tod durch Uterusruptur bei von einer Hebamme geleiteten Geburt; Tod des Kindes bei von einer Hebamme ausgeführten Wendung, da ein Arzt nicht erreichbar war, so dass die Hebamme zur Ausführung der Operation berechtigt war.)
3. Ebermayer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 50. (Bei der Wahrung des Berufsgeheimnisses soll der Arzt die Erlaubnis des Patienten möglichst einschränkend auslegen und in Zweifelsfällen sich vergewissern, wie weit der Patient ihn von der Schweigepflicht entbinden wollte.)
4. — Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 741. (Reichsgerichtliche Entscheidung, dass der Vorsitzende des Gerichtshofs im einzelnen Falle klarzustellen habe, ob und inwieweit der als Zeuge gerufene Arzt in seiner Aussage vor einem ihm anvertrauten Geheimnisse halt machen solle. Der Hebamme steht das den Ärzten eingeräumte Zeugnisverweigerungsrecht nicht zu.)
5. Göring, Das ärztliche Berufsgeheimnis im geltenden und zukünftigen Recht Deutschlands. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 14. Juli 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 271. (Vergleich zwischen den bisherigen Bestimmungen und denen des Entwurfs.)
6. Grispigni, Strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes in der Krankenbehandlung. Arch. di antropol. criminale. 1914. Heft 6. Ref. Ärztl. Sachverständigenzeitg. Bd. 21. p. 90. (Eine Zustimmung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters ist notwendig, jedoch kann diese eine putative sein.)
7. Guttzeit, J., Die Verantwortlichkeit des Arztes bei Misserfolgen. Leipzig, Thomas. (Sehr laienhafte Behandlung des Gegenstandes.)
8. Hanauer, W., Kann die Haftung des Arztes bei Operationen oder innerer ärztlicher Behandlung durch Vereinbarung ausgeschlossen werden? Ärztl. Sachverständigenzeitg. Bd. 21. p. 143. (Erklärt den gewohnheitsmässigen Ausschluss der Haftung für grobe Fahrlässigkeit durch Revers für unzulässig, dagegen ist es möglich, wenn auch bedenklich, die Haftung für geringere Fahrlässigkeit und für Verschulden von Hilfspersonen auszuschliessen.)
9. Kästner, P., Der Arzt in der Rechtsprechung. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 153. (Klage wegen nicht zugestandener Ausdehnung der Operation auf die Entfernung des ganzen Uterus; Abweisung der Klage.)
10. — Das ehrengerichtliche Verfahren in der Rechtsprechung des preussischen Ehrengerichtshofes für Ärzte in den Jahren 1913/1914. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 295. (Ehrengerichtliche Verurteilung eines Arztes, weil er dem Ruf einer Hebamme zu einer Entbindung nicht Folge geleistet habe, da in einem solchen Falle dringende Gefährdung anzunehmen ist, während bei einem Rufe zu einer Entbindung seitens des Publikums ein Fall dringender Lebensgefahr an sich nicht anzunehmen ist.)
11. Lieske, H., Ärztliche Rechtsfragen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 1119. (Entscheidung des preussischen Ehrengerichtshofs, dass das Selbstempfehlen eines Arztes bei Hebammen als standesunwürdig zu verpönen ist.)
12. — Ärztliche Rechtsfragen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 1118. (Erörtert die öffentliche Ankündigung von Privatentbindungsanstalten und die dabei stattfindenden Missbräuche — Anerbieten schmerzloser Entbindung, Anerbieten der Übernahme der Vormundschaft, Ankündigung, dass kein Heimbericht stattfinde; Erwähnung einer

gerichtlichen Entscheidung, dass der Begriff einer privaten Entbindungsanstalt nicht ausschliesse, dass auch andere Pfleglinge aufgenommen werden und dass die Pflege von Schwangeren und die Leitung von Entbindungen von dem Besitzer nicht selbst übernommen wird.)
13. Lieske, H., Ärztliche Rechtsfragen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 323. (Betrifft die ärztliche Schweigepflicht beim Offenbarungseid und das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes nach dem Tode des Kranken, dessen unbeschränkte Zulassung nicht anerkannt werden kann, das aber bei wichtigen Interessen des Kranken, wie zur Aufrechthaltung des guten Namens des Kranken oder Vermögensinteressen der Angehörigen anzuerkennen ist.)
14. — Ärztliche Rechtsfragen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 921. (Hebt die Ausdehnung der Schweigepflicht auf alle Unternehmer, Angestellten und Unternehmergehilfen öffentlicher und privater Heilanstalten im Strafgesetzentwurfe hervor.)
15. — Vom Rechte des Arztes zur Verweigerung des Zeugnisses und des Gutachtens. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. p. 574. (Erklärt die Verweigerung in bezug auf von der Schweigepflicht betroffene Fälle für berechtigt.)
16. *— Die Operationsfreiheit im Lichte fortschreitender Strafrechtsreformen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 579 ff.
17. *v. Olshausen, Das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes. Med. Klinik. Bd. 11. p. 379.
18. — Wie weit darf der Arzt bei einer die Gebärmutter betreffenden Operation gehen? Med. Klinik. Bd. 11. p. 118. (Obsiegende Klage eines Arztes auf Zahlung des angeblich wegen nicht zugestandener zu weit gegangener Operation — Exstirpation der Gebärmutter wegen Karzinoms; das Gericht nahm an, dass mit dem Arzt ein Vertrag zustande gekommen war, der ihn berechtigte und verpflichtete, die Operation in dem Umfange auszuführen, wie es nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Interesse der Heilung erforderlich war.)
19. Schweigepflicht der Hebammen. Reichsgerichtsurteil v. 12. Mai 1914. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. Beilage. p. 27. (Hebammen sind, auch wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit von denen, die ein Geheimnis anvertraut haben, nicht entbunden worden sind, zur Zeugnisverweigerung nicht berechtigt und ihre Angaben können als unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen in keinem Falle angesehen werden.)
20. Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses zur Geltendmachung des Honoraranspruchs. Med. Klinik. Bd. 11. p. 659. (Verurteilung eines Arztes wegen Mitteilung der Geschlechtserkrankung einer von ihm Behandelten an den prozessbevollmächtigten Anwalt und an den Vater der Behandelten zum Zweck der Eintreibung des Honorars. Der Tatbestand der verletzten Schweigepflicht wird als gegeben erachtet, ebenso der Tatbestand der Androhung des Bruchs der Schweigepflicht — § 240 R.Str.G.B.)
21. Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes. Urteil des Reichsgerichts vom 16. Mai 1914. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. Beilage. p. 185. (Der Arzt ist berechtigt, auch nur teilweise von seinem Verweigerungsrecht Gebrauch zu machen, vorausgesetzt, dass durch dieses Verschweigen seine unvollständige Aussage nicht zu einer unrichtigen oder unwahren wird.)
22. Zur Haftpflicht des Arztes. Ärztl. Sachverständigenzeitg. Bd. 21. p. 178. (Verbrennung durch elektrischen Wärmeapparat, der von dem Arzte nach Unterleibsoperation unter Auftrag der Beaufsichtigung durch eine Wärterin aufgelegt worden war. Freisprechung, weil der Apparat in Ordnung und die Wärterin bisher verlässig war.)

Lieske (16) bekämpft den durch reichsgerichtliche Urteile und durch den Strafgesetzentwurf anerkannten Grundsatz, dass der kunstgerecht vollzogene ärztliche Eingriff als Körperverletzung anzusehen ist und verlangt dringend eine gegenteilige ausdrückliche Bestimmung im Strafgesetz. In betreff des Bewilligungs- bzw. Einspruchrechts gesetzlicher Vertreter bei minderjährigen und geisteskranken Personen verlangt er, dass sich dieses Bewilligungsrecht auf Personen, die das 18. Lebensjahr überschritten haben oder die die zur Beurteilung der Sachlage erforderliche Einsicht besitzen, nicht mehr erstrecken solle.

Bacharach (1) erklärt sich gegen die Auffassung der ohne Einwilligung der Kranken vorgenommenen ärztlichen Operation als Misshandlung und führt aus, dass der zu Heilzwecken nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommene operative Eingriff eine Körper-

verletzung nicht darstellen könne und straflos sein müsse. Der Grund für die Straflosigkeit liegt in dem Zwecke der Operation, welcher der Schutz der Körperintegrität ist.

v. Olshausen (17) betont, dass der Arzt, wenn er von seinem Kranken von der Schweigepflicht nicht entbunden worden ist, vor Gericht dennoch aussagen kann, sich dabei allerdings einer Verletzung des § 300 des R.Str.G.B. aussetzt. Es ist daher rätlich, in zweifelhaften Fällen das Zeugnis zu verweigern, wenn auch das Gericht die Zeugnisverweigerung für unberechtigt erklärt hat, und sich lieber wegen Zeugnisverweigerung strafen zu lassen, als einen Geheimnisbruch zu begehen. Bei Vernehmung in Versicherungsangelegenheiten kann sich dagegen der Arzt auf eine Verschwiegenheitspflicht nicht berufen, weil nach § 581 der R.Vers.O. der Berufsgenossenschaft ausdrücklich das Recht eingeräumt ist, Auskunft über Behandlung und Zustand des Verletzten vom Arzte zu verlangen.

b) Impotenz; zweifelhafte Geschlechtsverhältnisse.

1. Benthin, W., Zur Kenntnis der Hemmungsbildungen am Urogenitalapparat. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 699. (20jähriges Mädchen mit vollständig fehlendem Uterus und blindendigender, zweifingergliedlanger Scheide.)
2. *Braithwaite, L. R., und W. Craig, Hernie, enthaltend Uterus, Vagina und Tuben bei einem Knaben. Brit. Med. Journ. 1914. 23. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 78.
3. Coqui, Seltene Scheidenmissbildung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 843. (Queres Diaphragma der Scheide mit sehr kleiner Öffnung, zwei Fälle.)
4. Ebermayer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 833. (Spricht sich gegen die gesetzliche Einführung der Sterilisation Minderwertiger aus.)
5. Fehling, H., Ein Fall von künstlicher Scheidenbildung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 571. (Vollständiges Fehlen von Scheide und Uterus mit erhaltener Libido bei einem 23jährigen Mädchen. Vergebliche Kohabitationsversuche und früher Ausfluss aus der Harnröhre. Herstellung der Potentia coëundi durch Scheidenbildung aus dem Rektum.)
6. *v. Franqué, O., Zeugungsfähigkeit bei der Frau. Dittrichs Handb. d. ärztl. Sachverständigentätigkeit. Bd. 5.
7. Gerzen, Bildung einer neuen Scheide aus dem Dünndarm. Ärztezeitg. (russ.) 1913. Nr. 49. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 346. (Atresie der Scheide, zugleich Dystopie der rechten Niere.)
8. Guggisberg, H., Über einen Fall von künstlicher Vaginalbildung mit letalem Ausgang. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 827. (Vollständig fehlende Scheide, Kohabitationsversuche, gonorrhoische Urethritis.)
9. *Halberstädter, L., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus externus. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1312.
10. *Herzog, W., Ein Fall von allgemeiner Behandlung mit heterologer Pubertas praecox bei dreijährigem Mädchen (Hirsutismus?). Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 184 ff.
11. *Michailesco, C. D., und A. Bolintineano, Studie über einen Fall von Pseudohermaphroditismus. Journ. de Bucarest. 1913. Bd. 1. Nr. 2/3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 78.
12. Peters, A. W., Die geschlechtliche Sterilisierung von Verbrechern und geistig Minderwertigen vom physiologischen Standpunkt. Med. Record. New York. Bd. 86. Nr. 9. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 267. (Empfiehlt statt Kastration und Vasektomie die Röntgenbestrahlung der Keimdrüsen.)
13. Pitha, V., Die plastischen Operationen zwecks Herstellung einer neuen Scheide bei angeborenem Scheidendefekt. Časopis lék. česk. 1914. Nr. 47. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 384. (Fünf Fälle, drei mit Uterusrudiment und zwei mit rudimentärem Uterus bicornis.)
14. *Prochownik, L., Ein Beitrag zu den Versuchen künstlicher Befruchtung beim Menschen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 145.
15. Rohleder, Über den heutigen Stand der Eugenik. Zeitschr. f. Sexualwissenschaft. p. 17. (Fordert die Einführung der Sterilisation Minderwertiger in das Strafgesetzbuch.)

16. Sénéchal, M., Kongenitaler Scheidenmangel. Gaz. des Hôp. 1914. Nr. 82. (An Stelle der Scheide 15 mm tiefe Einsenkung bei einem 18jährigen Mädchen. Künstliche Scheidenbildung aus Darmschlinge.)
17. *Stoeckel, W., Die extraperitoneale Tubenverlagerung als Methode der Sterilisierung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 161.
18. Wilhelm, E., Die forensische Bedeutung der männlichen Impotenz. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 2. Heft 3. (Besprechung ihrer Bedeutung bei Ehescheidungsklagen und bei der Frage der unehelichen Vaterschaft.)

Braithwaite und Craig (2) beschreiben einen Fall von linksseitiger Leistenhernie bei einem 14jährigen Knaben. Im Bruchsack fanden sich der linke Hoden und ausserdem ein leicht zweihörniger, sonst gut entwickelter Uterus mit Tuben; Nebenhoden und Vasa deferentia fehlten. Die Probeexzision der Keimdrüse ergab Hodengewebe mit sehr reichlichem Bindegewebe. Der Penis war ungewöhnlich gross. Um die Zeit der Pubertät war vorübergehende Schwellung der Mammae aufgetreten.

Ausserdem werden zwei Präparate von Vagina und Uterus bei männlichen Individuen beschrieben.

Halberstädter (9) beschreibt einen jungen Mann, der bis zum 14. Lebensjahre als Mädchen erzogen worden war; es besteht ein 4 cm langer, undurchbohrter Penis und an dessen Wurzel in der Furche zwischen beiden Skrotalhälften die Urethral- und dahinter die grössere, von kleinen Labien umgrenzte Vaginalöffnung. In der rechten Skrotalhälfte befindet sich ein atrophischer Hoden, die linke ist leer. Die sekundären Geschlechtsmerkmale sind männlich (auch Prostata vorhanden), ebenso das Geschlechtsempfinden. Das Individuum stammt aus einer Verwandtenehe.

Herzog (10) beschreibt ein 3¼jähriges Kind mit normal weiblich gebildeten äusseren Geschlechtsteilen — mit Ausnahme einer Klitorishypertrophie mit zur Harnröhrenmündung verlaufender Rinne und stark entwickeltem Präputium; per rectum wird ein als Uterus anzusprechender Körper gefühlt, aber keine Keimdrüsen. Im Gegensatz hierzu sind die sekundären Merkmale bei dem vorzeitig körperlich und geistig stark entwickelten Kinde männlich, besonders Stimme und Muskulatur, ausserdem ist das Kind stark behaart und zeigt Bartwuchs auf Oberlippe und Wange. Der Fall wird entweder als sekundärer Hermaphroditismus im Sinne von Alban oder als Hirsutismus im Sinne von Apert infolge eines Tumors der Nebennierenrinde gedeutet, obwohl zur Zeit ein Tumor nicht nachzuweisen ist. Eine Laparotomie zum Zweck der Feststellung der Diagnose des Geschlechts oder zum Zweck der Entfernung der etwa sich findenden Hoden wird mit Recht abgelehnt.

Michailesco und Bolintineano (11) beschreiben ein 11jähriges Kind von vollständig männlichem Habitus, Bart, männlicher Mamilla und männlichem Becken, dagegen äusserlich weiblichen Genitalien, nur mit penisartiger Klitoris. Innere Organe konnten nicht getastet werden.

Stöckel (17) erkennt als einzige Indikation für Unterbrechung oder Verhütung der Schwangerschaft durch Sterilisation nur die tatsächlich vorhandene oder nach fachmännischem Urteil mit Sicherheit zu erwartende Bedrohung des mütterlichen Lebens durch die Schwangerschaft an und verwirft jede Erweiterung der Indikationsstellung. Als wirksame Methode empfiehlt er die Freilegung des Leistenkanals mit Eröffnung des Peritoneums, das Herausleiten der Tuben aus dem Leistenkanal und ihre extraperitoneale Einbettung zwischen Bauchdeckenmuskulatur und vorderer Bauchdeckenfaszie.

v. Franqué (6) erklärt eine künstliche Befruchtung für möglich und bejaht die Frage der Rechtmässigkeit einer solchen und die Ehelichkeit eines tatsächlich durch künstliche Befruchtung erzeugten Kindes.

Prochownik (14) verteidigt die Berechtigung der Versuche künstlicher Befruchtung besonders bei Missbildung und Impotenz des Ehemannes.

c) Virginität; Sittlichkeitsverbrechen.

1. *Adrian, C., Die nichtgonorrhoische Urethritis beim Manne. Sammlung zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Dermat. etc. Bd. 3. Heft 7. Halle, C. Marhold.
2. *Asch und Adler, Die Degenerationsformen der Gonokokken. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 62. p. 1309.
3. *Christides, Koitusverletzung der Vagina. Gyn. Helvet. Bd. 11. p. 122.

4. *Colmen, J. A., und C. P. Brown, Studien über Komplementfixation bei Gonokokkeninfektion. Path. Soc. of Philadelphia. Sitzg. vom 22. Jan. 1914. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 62.
5. Ebermayer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 80. (Verurteilung einer Masochistin, nach § 184 des R Str.G.B., die durch eine scheinbar unverfängliche Zeitungsankündigung sich verraten hatte.)
6. *Fischer, W., Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Med. Klinik. Bd. 11. p. 936.
7. Gerber, P. H., Die Syphilis der Unschuldigen. Würzburg 1914. Kabitzsch. (Erörterung der extragenitalen Syphilis und der Primäraffekte besonders an Mund- und Rachenschleimhaut.)
8. Glück, A., Zur Diagnose der weiblichen Urethralgonorrhoe. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 835. (Siehe Urethra.)
9. *Göring, M. H., Sittlichkeitsverbrechen von Frauen und an Frauen. Arch. f. Frauenkunde u. Eugenik. Bd. 1. Heft 2.
10. *Habermann, Fieberkurven von Gonorrhoikern und Normalen nach intravenösen Gonokokkenvakzineinjektionen. Niederrhein. Ges. f. Nat.- u. Heilk. Sitzg. vom 14. Dez. 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 662.
11. *Heller, R., Eine neue optische Methode zur Auffindung von Spermaspuren. Erste Mitteilung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 50. p. 37.
12. Hirschfeld, M., Die Homosexualität des Mannes und Weibes. Berlin 1914. L. Marcus. (Gibt im ganzen den Einfluss der Heredität und die Labilität des Nervensystems bei Homosexuellen zu, ohne jedoch die Homosexualität für einen Beweis als Degenerationszeichen gelten zu lassen. Eingehende Darstellung der Homosexualität als Einzel- und als Massenerscheinung.)
13. *Lieske, H., Die Strafwürdigkeit der Ansteckung in den Vorarbeiten zur Strafgesetzreform. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. p. 357, Ärztl. Sachverständigenzeitg. Bd. 21. p. 97 u. Dermat. Zentralbl. Nr. 11.
14. — Ärztliche Rechtsfragen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 921. (Bedauert den Ausschluss einer verminderten Zurechnungsfähigkeit bei männlicher Homosexualität, während andererseits die weibliche im Strafgesetzentwurf straflos bleibt.)
15. Masini, M. N., und G. Vidoni, Ein verbrecherischer Mikrocephale. Arch. di anthrop. crim. Heft 1. Ref. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. p. 458. (Notzuchtsattentat des 17jährigen, geistig und körperlich zurückgebliebenen Individuums gegen ein kleines Mädchen.)
16. Näcke, P., Die gerichtliche Medizin und die Homosexualität. Arch. f. Psych. Bd. 53. Heft 1. (Erklärt die Homosexualität meist für angeboren, und als solche weder für eine Entartung noch für eine Krankheit.)
17. Pontoppidan, B., Über die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Hospitalstid. Nr. 4. Dermat. Wochenschr. Bd. 61. Nr. 47. (Die Prognose ist günstig, wenn auch die Behandlung mehrere Monate, selbst Jahre dauern kann; eine Fortdauer der Erkrankung bis ins erwachsene Alter ist nicht anzunehmen.)
18. Rost, Vakzinetherapie der Gonorrhoe. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. vom 14. Dez. 1914. Med. Klinik. Bd. 11. p. 176. (Hebt die diagnostische Bedeutung der Vakzine hervor.)
19. *Schaefer, F., Strafbarkeit des Geschlechtsverkehrs bei venerischer Erkrankung. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1685.
20. *Taussig, Prophylaxe und Therapie der kindlichen Vulvovaginitis. Frauenarzt. Bd. 30. Nr. 5/6.
21. Werthauer, Über die Sittenpolizei. Arch. f. Frauenk. u. Eugenik. Bd. 1. Heft 2. (Besprechung der Vor- und Nachteile der polizeilichen Massnahmen zur Regelung besonders des unehelichen Geschlechtsverkehrs.)
22. Wolharst, L., Wie sollen wir erkennen, wann eine Gonorrhoe beim Manne geheilt ist? New York. Med. Journ. 23. Jan. (Durch mikroskopische und bakterielle Untersuchung des zentrifugierten Morgenharns, durch Urethroskopie, komplementäre Fixationsprobe und Hautreaktion bei Gonokokkenvakzineinjektion.)
23. Ziemke, Zur Entstehung sexueller Perversitäten und ihre Beurteilung vom Gericht. Arch. f. Psych. Bd. 51. Heft 2. (Die Perversität allein beweist keine Veränderung der Zurechnungsfähigkeit, aber meist handelt es sich um psychopathische Minderwertigkeit, die in Verbindung mit Rausch oder hochgradiger Erschöpfung eine verminderte Zurechnungsfähigkeit bedingen kann.)

Göring (9) bespricht die Bestimmungen des R.Str.G.B. über die Sittlichkeitsverbrechen und hebt bezüglich der Leichenschändung hervor, dass sie fast ausschliesslich an weiblichen Leichen ausgeführt wird; sexueller Missbrauch von Leichen wird meist von Schwachsinnigen, Betrunkenen und Perversen ausgeführt und wird nicht ausdrücklich bestraft. Blutschande ist bei Männern doppelt so häufig wie bei Frauen. Homosexualität wird nur bei Männern mit Strafe bedroht; die Meinung, dass bei Verheiratung die perverse Neigung verschwinde, ist vollständig irrig, und vor Eingehen einer Ehe durch Homosexuelle muss daher dringend gewarnt werden. Unzucht an Kindern wird besonders von Männern begangen, und zwar von solchen, denen der normale Geschlechtsverkehr fehlt und von senil Schwachsinnigen. Sadismus und Fetischismus kommen bei beiden Geschlechtern vor und können zur Bestrafung wegen Körperverletzung, Diebstahl, Sachbeschädigung etc. führen. Bei Meineid und falscher Anschuldigung kann das sexuelle Moment bestimmend wirken.

Heller (11) empfiehlt zur Auffindung von Spermaspuren die Fluoreszenzprobe, und zwar mittelst des Lehmannschen U.V.-Filters unter gleichzeitiger Verwendung von Nitrosodimethylanilin mit einer Kupfersulfatlösung, die in einer Doppelcuvette aus Jenaer Blauviolettglas in den Gang der Lichtstrahlen eingeschaltet werden. Die Probe erfüllt vor allem die Bedingung, dass die Spur durch das Untersuchungsverfahren nicht verändert wird, dass die Aufdeckung selbst unbedeutender Spuren ermöglicht wird und dass die Übersicht über das Objekt in kurzer Zeit ausführbar ist. Dagegen ist die Probe für Spermaspuren nicht spezifisch, da die Fluoreszenz wahrscheinlich allen Eiweisskörpern gemeinsam ist. Weitere Untersuchungen über die spezielle Fluoreszenz der Samenspuren werden in Aussicht gestellt. Die Probe hat den Vorzug, Spermaspuren nicht allein auf Leinwand etc., sondern auf allen Arten von Objekten (Steinen, Metall etc.) erkennbar zu machen.

Christides (3) beschreibt eine 6 cm lange, 1 cm breite Zerreissung der Scheide bis ins rechte Parametrium durch Kohabitation mit starker Blutung. Die Verletzung wird auf zu starken Impetus zurückgeführt.

Der Vorentwurf des Deutschen Strafgesetzbuchs enthält nach Lieske (13) eine Strafbestimmung für denjenigen, der wissentlich einen anderen der Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit aussetzt; bei Ansteckung unter Ehegatten wird ein Zusatz, dass die Verfolgung nur auf Antrag eintritt, gewünscht. Ausserdem wird ein Zusatz verlangt, dass Strafverfolgung eintritt, wenn ein Mensch in anderer Weise als durch Geschlechtsverkehr der Ansteckungsgefahr ausgesetzt wird (z. B. ein Kind durch eine erkrankte Amme oder umgekehrt).

Schaefer (19) bespricht die vom deutschen Oberkommando Ost für Polen links der Weichsel erlassene Verfügung, wonach Frauenspersonen, die mit Männern geschlechtlich verkehren, obwohl sie wissen, dass sie geschlechtskrank sind, mit Gefängnis von zwei Monaten bis zu einem Jahre bestraft werden sollen. Voraussetzung der Strafbarkeit ist lediglich der Geschlechtsverkehr und die Kenntnis von der eigenen Geschlechtskrankheit; eine wirklich erfolgte Ansteckung ist nicht erforderlich. Die Strafverfolgung ist unabhängig vom Strafantrage der verletzten Person, sondern sie erfolgt von Amts wegen. Es wird der Wunsch ausgesprochen, dass diese Bestimmung in die Friedensgesetzgebung übernommen werde.

Adrian (1) hebt hervor, dass für die nichtgonorrhoische, aber dennoch durch den Geschlechtsverkehr übertragbare Urethritis des Mannes die Spezifität der verschiedenen bisher als Erreger beschriebenen Mikroorganismen nicht nachgewiesen ist, jedoch muss bei gewissen disponierenden Momenten (Trauma, Afflux, Gravidität, Alkoholexzess) für die Erreger aus der Koli- und Pseudodiphtheriegruppe die Übertragungsmöglichkeit zugestanden werden. Häufig ist lange Inkubationsdauer und schleppender Verlauf, und die Prognose ist dabei ungünstig. Auch hier können Adnexerkrankungen auftreten.

Asch und Adler (2) machen darauf aufmerksam, dass nach längerem Bestehen der Gonorrhoe die Gonokokken nicht mehr nach Gram entfärbt werden können, sondern jodfest werden und dass Degenerationsformen in Form von auf die 2—5fache Grösse geschwollener kugelförmiger Gebilde auftreten, bei deren Anwesenheit (meist extrazellulär) durch Gonovakzine typische Gonokokken zum Auftreten gebracht werden können. Zur Färbung wird Methylenblau nach dem Verfahren von Steinschneider und Neisser-Pappenheim empfohlen.

Colmen und Braun (4) fanden in 60 % der Fälle von Gonorrhoeinfektion die Komplementfixationsprobe positiv, und zwar desto klarer und konstanter, je länger und tiefer eingewurzelt die Infektion war. Negativer Ausfall der Probe ist nicht beweisend, positiver ist von hoher Beweiskraft.

Fischer (6) betont, dass die weibliche Gonorrhoe klinisch allein nicht festgestellt werden kann — auch nicht aus der Art des Sekrets — und dass das Sekret der Harnröhre stets mikroskopisch untersucht werden muss.

Habermann (10) fand nach Injektionen von Gonokokkenvakzine bei Gonorrhoikern allmähliches Ansteigen und häufig bis zum nächsten Tage fortdauerndes Fieber, während bei Gesunden die Temperatursteigerung ihr Maximum schon nach wenigen Stunden erreicht und dann wieder steil abfällt. Dieser Gang der Temperatur wird für spezifisch als Gonorrhoe erklärt.

Taussig (20) verlangt für alle neugeborenen Mädchen gonorrhoeverdächtiger Mütter die prophylaktische Einträufelung 2 %igen Silbernitrats in das Vestibulum. Für die Vulvovaginitis sollte die Anzeigepflicht eingeführt werden. Da die Verbreitung durch schon infizierte Mädchen des gleichen Alters, und zwar meist auf den Schulaborten geschieht, sollten U-förmige und niedrige Abortsitze in den öffentlichen Aborten der Schulen, Spielplätzen etc. eingeführt werden. Die Eltern infizierter Kinder sind zu unterweisen und die besuchenden Pflegerinnen zur Nachforschung über den mutmasslichen Ausgangspunkt der Infektion angewiesen werden.

---

d) Schwangerschaft in bezug auf gerichtliche Medizin.

1. Adair, F. L., Eine Methode, rasch den Termin der erwarteten Geburt zu bestimmen. Amer. Journ. of Obst. Bd. 71. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 788. (Unwesentliche Modifikation der Berechnung vom ersten Tage der letztvorhandenen Menstruation ab.)
2. Ahlfeld, F., Zeitpunkt der Konzeption und der Dauer der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 779. (Erhofft von den durch den Krieg herbeigeführten Verhältnissen genauere Anhaltspunkte über die Dauer der Schwangerschaft vom Tage der Konzeption ab.)
3. *Allmann, Fremdkörper im Uterus. Geburtsh. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 11. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 615.
4. *Aubert, Fruchtabtreibungsversuch. Gyn. Helvet. Bd. 8. p. 140.
5. — Zwei Fälle von Sectio caesarea. Gyn. Helvet. Bd. 10. p. 303. (Vaginaler Kaiserschnitt an einer Sterbenden mit Albuminurie und Lungenödem; Tod während der Operation, lebendes Kind.)
6. *Aymerich, Ricerche sperimentali sulla intossicazione tabagica in gravidanza. Annali di Ostetr. e Gin. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 47.
7. *Bäcker, J., Die Dauer der Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. Nr. 2.
8. *Benthin, W., Über kriminelle Fruchtabtreibung. Mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Ostpreussen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 572.
9. Bestrafung einer Hebamme wegen Verletzung einer Berufspflicht. Reichsger.-Urteil vom 23. März. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. Beilage. p. 51. (Tod an Kindbettfieber bei unvollkommenem Abortus; die Hebamme hatte die rechtzeitige Beiziehung eines Arztes verabsäumt.)
10. *Blaschko, Zum Verbot antikonzeptioneller Mittel. Deutsche Strafrechtszeitg. Bd. 1. Heft 1 ff.
11. *Burian, E., Sectio caesarea in mortua. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte, Prag 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 434.
12. Christian, Die Mehrung des Nachwuchses. VIII. Konf. d. Zentralstelle f. Volkswohlfahrt. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. p. 644. (Nicht die Mittel zur Geburtenbehinderung sind polizeilich zu bekämpfen, sondern nur die Auswüchse des Handels mit diesen Mitteln. Rumpf verlangt in der Diskussion die Abhängigmachung der Aborteinleitung von einem ärztlichen Konsilium.)
13. *Cramer, Kriminelle Fruchtabtreibung. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Sitzg. vom 26. Okt. 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 544.
14. Curchod, E., Die Behandlung des septischen Abortes. Schweizer Rundschau f. Med. Nr. 21. (Hebt kriminelle Eingriffe als wichtige Ursache septischer Aborte hervor.)
15. *Ebermayer, Kriegskinder vor und nach der Geburt. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1524.
16. — Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 772. (Reichsgerichtliche Entscheidung, dass die Ankündigung von zu unzüchtigem

Gebrauche bestimmten Gegenständen auch dann strafbar ist, wenn sie von Deutschland aus in ein Ausland geschieht, wo die Ankündigung straflos ist.)

17. Ebermayer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 49. (Ehrengerichtliche Verurteilung eines Arztes wegen Herausgabe einer die Anwendung von konzeptionsverhindernden Mitteln öffentlich anpreisenden Broschüre, sowie eines Arztes, der einer Hebamme ein Gutachten über ein von ihr erfundenes die Empfängnis verhütendes Instrument ausgestellt hatte.)

18. — Gegenstände, die zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt sind. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1374. (Besprechung der Ankündigung eines Spülapparates „Orla", der zur Reinigung der Geschlechtsteile bestimmt sein soll, aber auch zu antikonzeptionellen Zwecken missbraucht werden kann; ferner Verurteilung wegen eines Spülmittels „Laetitia", das aus beissenden Stoffen besteht, also nicht zur Reinigung, sondern zur Konzeptionsverhütung bestimmt war; endlich Verurteilung wegen Ankündigung eines „Spülapparates zur Beseitigung von Menstruationsstörungen und zur Verhütung unerwünschter Empfängnis" und von Mitteln „zur Beseitigung von Periodenstörungen".)

19. *Ellermann, V., Über die Schwangerschaftsdauer und ihre Schwankungen. Ugeskr. f. Laeger. Nr. 31. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1650.

20. *Engelhorn, Colpitis crouposa. Med.-naturw. Ges. Jena. Sitzg. vom 4. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 1334.

21. *Esbensen, Das Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe. Ärztl. Wochenschr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 489.

22. *Flesch, Einfluss der Geschlechtskrankheiten auf die Gesundheit und Fruchtbarkeit der Frau. Deutsche Ges. z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten. Leipzig. 19. Juni 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 92.

23. *Fuhrmann, Über Bevölkerungsabnahme. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. vom 10. Dez. 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 182.

24. Geburtenfrage. Leitsätze der Deutschen Ges. f. Rassenhygiene. Versamml. z. Jena vom 6.—7. Juni 1914. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. p. 88. (Die mit skrupelloser Reklame betriebene Herstellung und der Vertrieb von Mitteln zur Empfängnisverhütung und Abtreibung wird für einen wichtigen Faktor der Beschleunigung des Geburtenrückgangs erklärt.)

25. Glättly, Abactio partus. Jurist.-psych. Vereinig. Zürich. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 326. (Wünscht gesetzliche Einführung der Straflosigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung für den Arzt, wenn ein Verbrechen, z. B. Notzucht, zur Schwangerschaft geführt hat. In der Diskussion wünscht Lang die ausdrückliche gesetzliche Feststellung, dass der künstliche Abortus straflos sein soll, wenn ihn die Gesundheit erfordere und er von einem Arzte vorgenommen wird.)

26. *Grube, Hartgummirohr im Uterus. Geburtsh. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 16. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 249.

27. *Gruss, J., Die Anwendung des Hypophysenextraktes in der Geburtshilfe. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte, Prag 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 708.

28. Halbey, K., Zinkhüttenbetrieb und Bleivergiftung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 50. p. 256. (Nimmt nur kurz auf die Schwangerschaftsunterbrechung bei professioneller Bleivergiftung, und zwar auf die Veröffentlichung von Balland, Paul und Lewin Bezug.)

29. *Hamm, A., Tödliche Luftembolie durch Bolusinsufflation mit Nassauers Sikkator. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1499.

30. *Hauch, Sectio caesarea post mortem. Vereinig. f. Gyn. u. Obstetr. in Kopenhagen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 494.

31. *Hoehne, O., Zur Frage des fieberhaften Abortes. Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung. 1914. Juli.

32. *Hoffa, Th., Die Stellung der Ärzte zur Frage des Geburtenrückganges. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1340.

33. *Hrdlicka, K., Der Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte, Prag 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 707.

34. *Hüssy, P., Wehenschwäche und Wehenmittel. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 477.

35. *Lasagna, C. M., Seltsame Funde bei zwei Bauchschnitten. Soc. ital. di Ostetr. e di Gin. XVIII. Vers. Rom 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 278.

36. *Lesser, A., Ablösung fast der ganzen Decidua vera durch kriminelle Uterusinjektion. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 49. p. 1.
37. *Leubuscher, G., Krimineller Abort in Thüringen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 50. p. 1.
38. Lieske, H., Ärztliche Rechtsfragen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 921. (Erwähnt das in zweiter Instanz freisprechende Urteil wegen Verkaufs von zu unzüchtigem Gebrauch bestimmten Gegenständen, in diesem Falle einer Irrigatorspritze, eines Scheidenspülmittels „Isis", eines Mutterspiegels und einer Uterusdusche; die Freisprechung erfolgte, weil diese Gegenstände zu Heil- und Pflegezwecken dienen, wenn sie auch zu antikonzeptionellen Zwecken missbraucht würden. Das öffentliche Ankündigen antikonzeptioneller Mittel an das Publikum ist im Strafgesetzentwurf mit Strafe bedroht.)
39. Möglich, O., Zur Frage nach der Dauer der menschlichen Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 870. (Hinweis auf die Möglichkeit bei Geburten nach Kriegstrauungen und zeitweiligen Beurlaubungen von Kriegern die Frage der Entscheidung näher zu bringen.)
40. *Neidhardt, Über Luftembolie nach Aborten. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. p. 110.
41. *Oetker, F., Die legislative Behandlung der Abtreibung. Mitteil. d. internat. krim. Vereinig. Bd. 21.
42. Oldenburg, K., Die Mehrung des Nachwuchses. VIII. Konf. d. Zentralstelle f. Volkswohlfahrt. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. p. 643. (Verlangt scharfe Bekämpfung der Abtreibung.)
43. *v. Olshausen, Zulässigkeit der Abtreibung von Kriegskindern? Med. Klinik. Bd. 11. p. 1251.
44. Orhan-Bey, Ein eigenartiger Fall von Uterusruptur. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 94. p. 104. (Fall von Uterusruptur am Fundus durch Trauma — Sturz vom Wagen — mit Austritt von Fötus, Plazenta und Eihäuten in die Bauchhöhle und Operation erst nach drei Jahren.)
45. *Peters, Zum Kapitel Schwangerschaftsdauer. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 9. Juni 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 276.
46. *Photakis, B., Untersuchungen über Luftembolie durch Gebärmuttereinspritzungen zum Zwecke der Fruchtabtreibung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 50. p. 193.
47. Pinard, A., Zeichen und Diagnose der uterinen und normalen Schwangerschaft während der ersten Hälfte. Rev. prat. d'obst. et de péd. 1914. Mai. (Siehe Jahresbericht Bd. 28, p. 593.)
48. Prinzing, F., Die Statistik der Fehlgeburten. Arch. f. Frauenk. u. Eugenik. Bd. 1. Heft 1. (Berechnet die Zahl der Fehlgeburten in Deutschland auf 11 $^0/_0$ aller Konzeptionen.)
49. Rezza, Gravidanza nervosa in donna affetta da fibroma uterino. Lucina. Bd. 19. Heft 1. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 62. (Fall von eingebildeter Schwangerschaft.)
50. *Rupp, O., Beitrag zum gegenwärtigen Stande der Abortfrage. Med. Klinik. Bd. 11. p. 38.
51. *Schacht, F., Die Fruchtabtreibung. Arch. f. Frauenkunde u. Eugenik. Bd. 2. Heft 1.
52. *Schottmüller, Fall von kriminellem Abort. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 16. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1691.
53. *Schultze, B. S., Zur Diskussion über Schwangerschaftsdauer. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 473.
54. *Siegel, P. W., Wann ist der Beischlaf befruchtend? Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1251.
55. *Solomin, Das Kriminelle bei der Fruchtabtreibung. Ärztezeitg. (russisch). 1913. Nr. 49.
56. Stöckel, W., Geburtshilfe. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. 1914. Juli. (Hebt die ständige Zunahme der kriminellen Aborte hervor.)
57. *Strassmann, F., Die Behandlung der Abtreibung im künftigen Strafgesetzbuch. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 49. p. 239.
58. *v. Sury, K., Abtreibungsversuch mit Safrantinktur. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 17. Dez. 1914. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 120.

59. *Tovey, W., Perforation oder Ruptur eines graviden Uterus bicornis unicollis. New-York. Med. Journ. Nr. 16.
60. *Triepel, H., Alter menschlicher Embryonen und Ovulationstermin. Anat. Anzeiger. p. 133. Nr. 5/6.
61. *Vogt, E., Indikationen und Kontraindikationen für die Anwendung der Hypophysenpräparate in der Geburtshilfe. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 746.
62. Wasenius, Beitrag zur Kenntnis der Hydrorrhoea gravidarum amnialis. Verhandl. d. finn. Ärzteges. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 483.
63. *Westberg, Fahrlässige Abtreibung. Deutsche Strafrechtszeitg. Bd. 1. p. 413. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 50.
64. Winter, Bekämpfung des kriminellen Aborts. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 20. Juni 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 210. (Beschluss einer Enquete in Ost- und Westpreussen und Posen.)

Schwangerschaftsdauer.

Bäcker (7) nimmt für die normale Dauer der Schwangerschaft 270—280 Tage an, gibt aber eine längere Dauer der Schwangerschaft zu, wofür sechs Fälle angeführt werden, in welchen die Geburt vier Wochen nach dem erwarteten Termin eintrat. Dennoch stimmt er gesetzlicher maximaler Festsetzung auf 300 Tage zu.

Ellermann (19) berechnet die Dauer der Schwangerschaft für 3—3,5 kg schwere Kinder auf 240—300 Tage und bei Mitberechnung der selteneren Fälle auf 230—310 Tage. Bei 4 kg und darüber schweren Kindern müssen die Grenzen entsprechend erhöht werden (248—308 und 238—318 Tage).

Siegel (54) bestimmte bei 100 Fällen von Schwangerschaft bei Frauen, deren Männer kurz nach der letzten Menstruation in den Krieg gezogen oder auf wenige Tage auf Kriegsurlaub zurückgekehrt waren, die befruchtende Kohabitation in der Mehrzahl der Fälle in die auf fünf Tage angenommene postmenstruelle Zeit fiel, während in der auf 13 Tage angenommenen intermenstruellen Zeit die Zahl der Befruchtungen allmählich abnahm und auf das Prämenstruum (sechs Tage) keine Befruchtung entfiel. Das höchste Ansteigen der Befruchtungskurve traf auf zwei Tage nach dem anzunehmenden Follikelsprung.

Schultze (53) erklärt zur Beurteilung der Reife ein Kind dann für ausgetragen, wenn es 49 cm und mehr misst, es müssten ihm dann wesentliche Zeichen der Reife fehlen; dagegen kann ein Kind unter 49 cm für ausgetragen nur dann gelten, wenn es alle wesentlichen Reifezeichen an sich trägt; als solche Zeichen nennt er die Beschaffenheit der Haut, Behaarung, die Nägel, die Beschaffenheit der Nähte und Fontanellen und die Form des Brustkorbs beim Atmen. Als Beginn der Schwangerschaft nimmt Schultze mit L. Fränkel die zweite Hälfte des Menstruationsintervalls an, und zwar wird Ovulation und Befruchtung als ziemlich gleichzeitig angenommen und die Nidation am häufigsten nicht lange vor die erwartete Regel verlegt; die Dauer der Schwangerschaft wird also im Durchschnitt auf 261 Tage angenommen. Wenn für gewöhnlich die nächstfolgende Menstrualblutung ausbleibt, so wird dennoch ausnahmsweise ein nochmaliges Eintreten der Blutung, ohne dass die Weiterentwicklung des eingebetteten Eies gestört wird, für sicher möglich erklärt. Eine Anzahl der Schwangerschaften beginnt demnach mit der letzten blutig verlaufenen Regel und es wird dann vor der berechneten Zeit ein reifes Kind geboren. Weil nun auch durch das Wiedereintreten der Regel die Eientwicklung etwas verlangsamt werden kann und weil der Beginn der Schwangerschaft ebenso gut wie am 19. Tage schon am 13. oder erst am 27. Tage eingetreten sein kann, so kann durch unsere heutigen Kenntnisse über den Zeitpunkt der Ovulation auch kein bestimmterer Anhaltspunkt für die Berechnung des Tages der Geburt gewonnen werden als bisher. Die hieraus vielleicht zu folgernde Anschauung, dass die Grenzen der gesetzlichen Empfängniszeit enger gestellt werden sollen, wird von Schultze abgelehnt. Weiter wird beanstandet, dass für die Ermittelung des Vaters eines unehelichen Kindes dieselbe Empfängniszeit festgesetzt ist, wie für die Ehelichkeitserklärung eines auffallend früh oder auffallend spät geborenen Kindes, denn für den letzteren Fall sollen die Grenzen der Empfängniszeit alle denkbaren Möglichkeiten umfassen, während für den ersteren Fall die Empfängniszeit sich in den Grenzen des Wahrscheinlichen halten soll, um Irrtümer bei der Frage nach der Vaterschaft zu vermeiden, und weil durch die Zulassung der Exceptio plurium coacumbentium, je weiter die Grenzen der Empfängniszeit gesetzt werden, die Gefahr desto grösser wird, dass das Kind vaterlos bleibt.

Peters (45) kommt unter Berücksichtigung der heutigen Anschauungen über das Zeitverhältnis zwischen Menstruation und Ovulation auf die mittlere Schwangerschafts-

dauer zurück (siehe Jahresbericht Bd. 28, p. 594) und berechnet dieselbe, indem er Ovulation und Konzeption als praktisch gleichzeitig und die Nidation auf 5—8 Tage nach dem Follikelsprung erfolgend annimmt, auf 261—268 Tage. Im Hinblick auf die vorkommenden Schwankungen und Ausnahmen erklärte er eine auf grosse Zahlen sich stützende Sammelforschung nach einheitlichen Gesichtspunkten für wünschenswert. Bezüglich der Fruchtreife lässt er für die Länge der Kinder einen Spielraum von 48—52 cm und für das Gewicht einen solchen von 2800—4000 g offen. Bezüglich der Ehelichkeitserklärung posthum geborener Kinder erklärt er für das österreichische Gesetz, das eine Empfängniszeit von 181 bis zu 300 Tagen festsetzt, eine dem deutschen Gesetz (B.G.B. § 1592) analoge Bestimmung für wünschenswert, wenn er auch bei Verlegung des Schwangerschaftsbeginns auf die Mitte des Menstruationsintervalls den 300. Tag für eine genügende Grenze hält. Im Hinblick auf die Unsicherheit der Reifezeichen verlangt er in Übereinstimmung mit Haberda bei Vaterschaftsgutachten die grösste Vorsicht der Sachverständigen, da die Möglichkeit der Zeugung innerhalb des konkreten Zeitraums durchaus nicht ausgeschlossen ist, wenn bei einem reifen oder nahezu reifen Kinde selbst 1—2 Monate an der Durchschnittsdauer der Schwangerschaft fehlen oder wenn ein Monat oder selbst etwas mehr über diese Durchschnittszeit vom Beischlaf bis zur Geburt vergangen sind.

In der Diskussion berührt Schauta die Ungewissheit, ob ein eingetretener Geburtstermin ein normaler oder ein zu früher oder zu später ist und hebt den schwankenden Begriff der Fruchtreife hervor, indem er darauf hinweist, dass einerseits 2000 ja selbst 1700 g schwere Kinder reif sein können und andererseits Kinder von 4000 und 5000 g nicht unbedingt übertragen sein müssen. Von einer ausgedehnten Sammelforschung erwartet auch Schauta eine Klärung der Frage der mittleren Schwangerschaftsdauer.

Haberda hebt hervor, dass jetzt nach österreichischem bürgerlichen Gesetz dem Richter die freie Beweiswürdigung in Vaterschaftsklagen zusteht. Der Sachverständige wird besonders gefragt in Fällen, in denen die Schwangerschaftsdauer entweder sehr kurz (z. B. 240 Tage) oder auffallend lange (300 Tage und mehr) beträgt. Die Frage nach der Möglichkeit, ob ein Kind in der gegebenen Zeit seine tatsächliche Entwicklung erreichen konnte oder nicht, lässt sich nur in den wenigsten Fällen verneinen.

Triepel (60) hebt in bezug auf Anschauungen Fraenkels hervor, dass der Ovulationstermin im Menstruationsintervall beträchtlichen Schwankungen unterliegt, wie die Untersuchungen an jungen Embryonen erweisen. Der mittlere von Fränkel angenommene Ovulationstermin muss daher wahrscheinlich um ein Weniges vorgeschoben werden, etwa im Mittel auf den 18. oder vielleicht selbst auf den 14. Tag nach Eintritt der letzten Menstruation.

Kriminelle Fruchtabtreibung.

Solomin (55) sieht die letzte Ursache des kriminellen Abortus in der kapitalistischen Gesellschaftsordnung und verlangt möglichst milde Bestrafung und staatliche Fürsorge für Schwangere und Säuglinge.

Cramer (13) macht besonders auf die Häufigkeit der kriminellen Fruchtabtreibung in den Grenzländern aufmerksam und schlägt zur Einschränkung des Verbrechens die Unterdrückung der diesbezüglichen Zeitungsankündigungen, die Verschärfung der Strafen für die gewerbsmässigen Abtreiber bei gleichzeitiger Milderung der Strafbestimmungen für die Schwangeren selbst, endlich ganz besonders die Einführung von Gesetzesbestimmungen, welche die Geheimhaltung der unehelichen Mutter- und Vaterschaft ermöglichen, vor. In der Diskussion wünscht v. Franqué eine höhere Bewertung des Verdienstes der Mutterschaft und eine weitergehende Fürsorge für Schwangere, Kreissende und Wöchnerinnen, ebenso gleichfalls eine mildere Bestrafung der Schwangeren selbst.

Blaschko (10) spricht sich für das gesetzliche Verbot des Verkaufs und der Ausstellung antikonzeptioneller Mittel — Abtreibemittel, Intrauterinpessare und -Spritzen — oder zum mindesten für eine Verkaufsbeschränkung auf die Ärzte aus. Andererseits bedauert er, dass nach dem jetzigen Wortlaut des Gesetzes auch die Anpreisung und Ausstellung von Mitteln gegen geschlechtliche Ansteckung getroffen wird. Er schlägt daher eine Formulierung vor, nach welcher Apparate und Instrumente, die zur Einführung in die Gebärmutter bestimmt sind, nur an Ärzte verkauft werden dürfen. Besonders wird das Verbot des Hausierens mit Schutzmitteln und strenge Beaufsichtigung der Hebammen gefordert.

Flesch (22) sieht in den Geschlechtskrankheiten einen wichtigen Faktor des Geburtenrückgangs und fürchtet von einer Beschränkung des Verkaufs der Schutzmittel keine Besserung, sondern vielmehr eine Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten, für die er die Einführung einer diskreten Meldepflicht der Ärzte verlangt.

Hoffa (32) führt unter den Ursachen des Geburtenrückgangs die Zunahme der Aborte an, die er zum grössten Teil für kriminell hält. Er gibt ferner zu, dass in der Empfehlung der antikonzeptionellen Mittel und in der Indikationsstellung zum künstlichen Abort bei den Ärzten in der letzten Zeit eine gewisse Weitherzigkeit und Laxheit platzgegriffen hat, und betont die hohe Verantwortlichkeit des Arztes in dieser Beziehung. Der künstliche Abortus aus sozialen und rassehygienischen Gründen wird verworfen; empfohlen wird planmässige Fürsorge für Mutter und Säuglinge und der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten und gegen die Kurpfuscherei.

Hoehne (31) hebt die ungleich grössere Zunahme der klinischen Aborte gegenüber der Zahl der klinischen Geburten hervor. Dabei ist die Zahl der fieberhaften Aborte von $^1/_6$ auf $^1/_3$ aller Aborte angewachsen und die Mortalität aller Aborte betrug 3,69 %. Die Todesfälle sind entweder kriminellen Ursprungs oder waren von Ärzten operativ mittelst Ausräumung behandelt worden. In allen Fällen von echter Septikämie, wobei es sich am häufigsten um hämolytische Streptokokken handelte, kam es zum Exitus.

Fuhrmann (23) tritt zur Bekämpfung des Geburtenrückganges für strengste Verfolgung der Berufsabtreiber und des Vertriebs der Präventivmittel ein.

Ebermayer (15) verwirft aus grundsätzlichen Beweggründen den gemachten Vorschlag, bei während der Okkupation durch Schändung hervorgerufener Schwangerschaft gesetzlich die Abtreibung zu gestatten, und schlägt vielmehr ausreichende soziale Fürsorge für die Geschädigten vor, namentlich Übernahme der Kinder in Fürsorge nicht kleinerer Gemeinden und auch nicht des Staates, sondern grösserer Gemeindeverbände, z. B. der Provinzialverbände.

v. Olshausen (43) äussert sich vom gesetzgeberischen Standpunkte gegen die Zulässigkeit der Abtreibung der Leibesfrucht von Schwangeren nach Schändung durch feindliche Soldaten.

Schacht (51) bekämpft die von den Neo-Malthusianern vertretene Anschauung, die willkürliche Fruchtabtreibung müsse straflos werden wegen des Rechtes der persönlichen Freiheit, weil dies lediglich ein doktrinäres Rechtsprinzip sei und eine unbegrenzte persönliche Freiheit weder besteht noch auch geschaffen werden darf. Dagegen wünscht Schacht eine Gesetzesbestimmung, nach der der Arzt bei Einleitung des künstlichen Abortus in Fällen von Lebens- und Gesundheitsgefährdung einer Schwangeren geschützt wird, und verlangt bei jeder Aborteinleitung die Zustimmung zweier Ärzte, von denen einer ein beamteter ist.

Oetker (41) verlangt Bestrafung der gewerbsmässigen Abtreibung mit Zuchthaus und hoher Geldstrafe, während die Schwangeren in leichten Fällen nur mit Gefängnis, in besonders leichten Fällen gar nicht bestraft werden sollten.

Strassmann (57) begrüsst die Neigung des Strafgesetzentwurfs, bei den Strafbestimmungen gegen Abtreibung diejenigen Personen, bei denen nicht Gewinnsucht oder Gewerbsmässigkeit vorliegt, milde zu bestrafen und anerkennt auch die Berechtigung der Strafbarkeit des Versuchs und des Versuchs am untauglichen Objekt. Eine Straffreilassung der Schwangeren selbst im Sinne von Veit hält er für unmöglich, dagegen hält er eine Heranziehung des mitschuldigen männlichen Teiles bei Unterlassung der ihm obliegenden Fürsorgepflicht im Sinne des norwegischen Strafgesetzes für wünschenswert. Ein Verbot der öffentlichen Ausstellung und des Vertriebs von zur Abtreibung geeigneten Mitteln wird für notwendig gehalten, ebenso die Bestrafung der fahrlässigen Abtreibung. Für die ärztlicherseits ausgeführte und berechtigte Schwangerschaftsunterbrechung, die nach dem Entwurf unter die Notstandsbestimmung fällt, wird ein ausreichender Schutz des Arztes verlangt, jedoch wird die Vorschrift der pflichtmässigen Beiziehung und Zustimmung eines zweiten Arztes nicht für einen genügenden Schutz gegen laxe Indikationsstellung gehalten. Schliesslich wird die Straffreiheit der Abtreibung bei Schwängerung durch Vergewaltigung wenigstens für Friedensverhältnisse aus praktischen Erwägungen abgelehnt, in Kriegszeiten könnte, wie ein mitgeteilter Fall erweist, die durch die Schwängerung hervorgerufene psychische Erkrankung den Eingriff rechtfertigen.

Westberg (63) verlangt im künftigen deutschen Strafgesetzbuch die Aufnahme einer Strafbestimmung gegen fahrlässige Abtreibung, um dem Treiben der Kurpfuscher und berufsmässigen Abtreiber das Handwerk zu legen. Dabei wird auf die Möglichkeit der Abtreibung mittelst des Bergonieschen Entfettungsstuhles aufmerksam gemacht, die keine nachweislichen Spuren hinterlässt und von Kurpfuschern häufig betrieben wird.

Rupp (50) hebt auch für Breslau die Zunahme der Aborte hervor und hält mindestens 50 % aller Aborte für kriminell. Besonders geisselt er die Zunahme der versteckten Ankündigungen seitens der professionellen Abtreiber in den Tageszeitungen und führt Fälle an, in welchen auf Grund solcher Ankündigungen an Schwangeren Abtreibungseingriffe,

z. B. Einspritzung von Seifenwasser in den Uterus, ausserdem Bäder, warme Umschläge etc. fieberhafte Aborte eingetreten sind. Bei Aborten nach Dampfbädern besteht der Verdacht auf kriminelle Eingriffe seitens der betreffenden Badefrau. In einem weiteren Falle von septischer Peritonitis nach Abort, der an der 16jährigen im zweiten Monat Schwangeren von der eigenen Mutter eingeleitet worden war, erwies die Sektion Perforation des Uterus mit Gangrän der Uteruswand in der Umgebung der Perforationsöffnung. In 15 Fällen gestanden die Schwangeren ein, Injektionen in den Muttermund gemacht zu haben, zweimal mit Seifenwasser (beide mit Exitus), einmal mit Glyzerin. In einem Falle war die Schwangere von 12—15 Ärzten untersucht worden und es fanden sich bei der wegen hohen Fiebers gemachten Operation infiltrierte Thromben im Parametrium. Endlich wird noch ein zweiter Fall von Uterusperforation durch kriminellen Eingriff erwähnt.

Zur Eindämmung des Übelstandes empfiehlt Rupp scharfes Vorgehen gegen die gewerbsmässigen Abtreiber, Einschreiten gegen derartige Ankündigungen in den Zeitungen nach § 49a R.Str.G.B. (eine solche Verurteilung wegen des Verkaufs von „Kokos-Tropfen" wird erwähnt), Verbot des öffentlichen Verkaufs von Mutterspritzen mit gebogenem Ansatzrohr, besonders ferner Aufklärung der Frauen über die Gefährlichkeit des kriminellen Aborts; die Auflegung der Anzeigepflicht über Aborte für Ärzte hält er für unzweckmässig und sogar für schädlich.

Leubuscher (37) zieht aus dem ihm vorliegenden Aktenmaterial den Schluss, dass auch in Thüringen die Abtreibung häufig ist und besonders von sog. Naturheilkundigen und teilweise auch von Hebammen ausgeübt, besonders aber durch Zeitungsankündigungen von auswärts versucht wird. Eine ziffermässige Schätzung der Verbreitung der Fruchtabtreibung ist auch nur annähernd nicht möglich. Überwiegend wird die Abtreibung durch innere Mittel versucht, jedoch sind die angewendeten Mittel meistens ungeeignet und ihre Anpreisung läuft grösstenteils auf eine betrügerische Täuschung des Publikums hinaus. Eigentliche räumlich bevorzugte Abortivmittel, wie Sekale, Thuja, Sabina etc. liessen sich nicht nachweisen; sehr häufig wurden römische Kamille und Teekombinationen verwendet. Bei Injektionen in den Uterus kam sehr häufig Seifenwasser zur Anwendung. In vielen Fällen kam es bedauerlicherweise zur Freisprechung trotz dringender Indizien. Mechanische Abtreibung wurde besonders durch Hebammen und Kurpfuscher angewendet. Selbstabtreibung wird nur bei Personen, die von dem Bau der Geschlechtsorgane Kenntnis haben, oder bei Prolaps als möglich angenommen. Leubuscher verlangt besonders Beaufsichtigung der Zeitungsankündigungen, Verbot des Feilhaltens geeigneter Apparate und Instrumente, scharfe Kontrolle der Hebammen, vor allem aber die energische Unterdrückung des Kurpfuschertums und der Tätigkeit der Naturheilkundigen, die als Deckmantel für die gewerbsmässige Abtreibung benützt wird. Endlich wird die Unsicherheit der Rechtsprechung und die verschiedene Auffassung und Beurteilung seitens der verschiedenen Gerichte bedauert.

Benthin (8) erörtert den Geburtenrückgang und suchte, über einen wesentlichen Faktor desselben, die kriminelle Fruchtabtreibung ziffermässige Anhaltspunkte, u. a. durch eine Umfrage bei den Ärzten und bei den Hebammen in Ostpreussen, zu gewinnen. Die Nachforschungen ergaben, dass die Zahl der Aborte in Ostpreussen in Zunahme begriffen und dass die Fruchtabtreibung erstaunlich ausgebreitet ist, besonders in den Städten (in Königsberg mindestens 19—22 % aller Aborte artefiziell!). Die Fruchtabtreibung ist in allen Ständen verbreitet und bei den verheirateten Frauen bereits mehr als bei den Ledigen. Dabei wird auf die unverhältnismässig grosse Mortalität nach Aborten im Vergleich mit der Sterblichkeit an Kindbettfieber, und auf die Möglichkeit dauernden Siechtums und des Rückgangs der Arbeits- und Gebärfähigkeit nach kriminellen Aborten hingewiesen. Ausser schlechten sozialen Verhältnissen, Kinderreichtum, Wohnungsnot etc. spielen Mangel an Pflicht- und Verantwortlichkeitsgefühl und Bequemlichkeitsgründe (schätzungsweise bei einem Viertel aller Frauen, welche den Abort anstreben) eine ursächliche Hauptrolle. Die einzelnen Vorschläge zur Abwehr werden kritisch besprochen und im einzelnen gering bewertet, dagegen in Übereinstimmung mit Bornträger das Zusammenwirken aller Massnahmen als Vorbedingung gestellt. Trotz der geringen Wirksamkeit einzelner Massnahmen wird die Aufnahme eines zielbewussten Kampfes gegen die Fruchtabtreibung gefordert, vor allem das Verbot des Verkaufes und des Hausierhandels mit Mutterspritzen, Intrauterinpessaren und ähnlichen zur Fruchtabtreibung geeigneten Gegenständen verlangt. Ferner wird die unverzügliche gesetzliche Durchführung des Kurpfuschereiverbotes und besonders auch die soziale Besserstellung des Hebammenstandes „dieser Kerntruppe im Kampfe gegen die kriminelle Fruchtabtreibung" für notwendig erklärt, weiter die strenge behördliche Beaufsichtigung der Privatentbindungsanstalten und die obligatorische Anzeigepflicht für fieberhafte septische Aborte gefordert. Selbst die Anzeigepflicht seitens der Ärzte in Fällen sicher vorausgegangener

krimineller Eingriffe ohne Rücksicht auf die Schweigepflicht wäre zu erwägen. Die soziale Indikation der Aborteinleitung durch Ärzte wird verworfen. Endlich wird eine Reihe sozialökonomischer Reformen erörtert, so Steuernachlässe für kinderreiche Familien, Gehaltszulagen, Beförderungserleichterung für kinderreiche Väter etc., deren Durchführungsmöglichkeit den gesetzgebenden Faktoren zur Erwägung anheimgegeben wird. Von öffentlicher Aufklärung durch Schriften, Merkblätter etc. wird nichts erwartet, im Gegenteil können solche verderblich wirken und der Verbreitung des Übels Vorschub leisten.

Schottmüller (52) beschreibt einen Fall von kriminellem Abort, bei welchem sich die Schwangere mit einem bougieartigen Metallinstrument hintere Scheidenwand, Cervix und Cökum durchbohrte und an Peritonitis mit sekundärer Thrombophlebitis in den Parametrien zugrunde ging. Er erklärt den kriminellen Abort als eine der wichtigsten Ursachen des Geburtenrückgangs und berechnet 90 % der von ihm beobachteten Aborte als kriminell; die Mortalität der septischen Aborte wird auf 10 % berechnet.

Lasagna (35) fand bei zwei Laparotomien je einen in entzündlichen Schwarten eingebetteten Katheter, der zu Abtreibungszwecken in den Uterus eingeführt worden war.

Grube (26) entfernte aus dem Uterus einer nichtschwangeren Frau ein abgebrochenes Stück eines Hartgummirohrs, mit dem sich die Frau selbst post coitum eine intrauterine Ausspülung gemacht hatte.

In der Diskussion berichtet Rösing über zahlreiche Fälle, in denen Frauen auf der Stuhlkante sitzend sich den Uterus sondierten, was von Matthaei selbst für Nulliparae und von Prochownik bestätigt wird.

Aubert (4) beobachtete Gangrän und Ausstossung der ganzen Blasenschleimhaut nach Ausspülung mit 2 kg Soda in 3 l heissen Wassers, die zu Abtreibungszwecken und wahrscheinlich irrtümlich in die Blase statt in die Scheide ausgeführt worden war. Die Schwangerschaft wurde nicht unterbrochen.

Allmann (3) fand im Uterus eines hoffnungslos an Peritonitis erkrankten Mädchens einen zerbrochenen Spülansatz, den sich die Kranke durch Zeitungsankündigungen verschafft hatte. Es wird das Verbot solcher Ankündigungen gefordert. In der Diskussion heben Matthaei und Grube hervor, dass sich im Kriegsjahre die Zahl der Aborte in den Krankenanstalten auf das Doppelte gesteigert habe.

Engelhorn (20) beobachtete einen Fall von Kolpitis cruposa bei Schwangerschaft im zweiten Monate und führt die Erkrankung auf die zu Abtreibungszwecken vorgenommenen heissen Lysolspülungen zurück.

Lesser (36) beschreibt einen Fall von Ablösung nahezu der ganzen Decidua vera mit Ausnahme einer ganz dünnen, der Muskularis aufsitzenden Schicht mit frisch hämorrhagischer Infiltration über dem Os internum. Seitens einer Abtreiberin war mittelst Zinnspritze und Ansatzrohr eine Injektion von etwa 100 ccm angeblich sterilen Wassers von 28° R ausgeführt worden, wovon nur eine ganz geringe Menge wieder abfloss, und unmittelbar nach der Manipulation waren Bewusstlosigkeit und Krampfzustände eingetreten, die sich steigernd nach 17 Stunden zum Tode führten. Bei der Sektion fand sich das Ei in eine Blutmole verwandelt und eine eigentliche Todesursache war nicht zu ermitteln. Es wird angenommen, dass die Injektion in das Gewebe der Decidua vera stattgefunden und so die fast totale Ablösung hervorgebracht habe, welcher Vorgang auch bei einem früher von Lesser beschriebenen und bei einem von Hegar veröffentlichten Falle in Anspruch genommen wird; zugleich wird vermutet, dass die schweren Erscheinungen seitens des Zentralnervensystems auf Injektion nicht von Wasser, sondern von einer toxischen Flüssigkeit zurückzuführen sind.

Neidhardt (40) führt die Injektion von Luft in den Uterus bei Abtreibeversuchen teils auf das benützte Instrument (spitzes Ansatzrohr und Klysopomp), teils auf lufthaltiges, gewöhnlich Seifenschaumwasser zurück. Die Luftdurchgängigkeit der Lungenkapillaren hält er für zweifellos, so dass auch die rechte Herzhälfte und von da das arterielle System, vor allem die Hirngefässe lufthaltig werden können, wodurch akute Ernährungsstörungen und damit heftige Reaktionserscheinungen bewirkt werden. Der Tod erfolgt entweder plötzlich unter schwerer Beklemmung während des Durchtritts der Luft durch die Lungenkapillaren oder später unter stunden- und tagelangen Bewusstseinsstörungen mit Krämpfen (Herderscheinungen des Gehirns). Zuweilen tritt Genesung ein. Der Verlauf und die Vielgestaltigkeit des klinischen Bildes ist durch die Menge der ins Gehirn gelangten Luft und die Besonderheit der zufällig getroffenen Hirnteile bedingt. Die Sektion ergibt bei noch vorhandener Frucht Luftgehalt des Uterus, erkennbar durch tympanitischen Klopfschall, Schwimmfähigkeit und Entweichen von Luft beim Anstechen unter Wasser, ferner in den Venen des breiten Mutterbandes, im Herzen (Aufblähung der Herzhöhlen, Luftentweichen bei An-

stechen unter Wasser) und in den mittleren und kleineren Hirnarterien. Fäulnis muss auszuschliessen sein. Das Sachverständigengutachten kann nicht allein den ursächlichen Zusammenhang zwischen Injektion und Jod bejahen, sondern auch den klinischen Verlauf rekonstruieren; beim Versagen der Sektion wegen Fäulnis kann bei Ausschluss anderer Quellen für das Eindringen von Luft und anderer Todesursachen aus den klinischen Erscheinungen der erfolgte Abtreibeversuch gefolgert und begründet werden.

Photakis (46) beobachtete nach Injektion von Wasser mit Luft in den Uterus trächtiger Tiere (mittelst der gebräuchlichen Gummiballonspritze) Krämpfe in den Gliedern, Hervortreten der Augen, Pupillenerweiterung, Störung der Atmung und Tod nach wenigen Minuten. Nach Einspritzung grosser Luftmengen waren Uterusvenen, untere Hohlader und das Herz mit Luft gefüllt, gebläht und luftkissenartig sich anfühlend, die Venenstämme in der Nähe des Herzens lufthaltig, die Lungen blutarm mit mehrfachen Blutungen und emphysematösen Auftreibungen, Gehirn und Bauchorgane blutreich. Die rechte Herzkammer entleerte beim Anstechen Luftblasen, ebenso linke Herzhöhle und Aorta; die Gehirngefässe und die Arterien anderer Organe enthielten Luftblasen. Nach Einspritzung von wenigen Luftblasen enthielt nur die rechte Herzhälfte Luftblasen. Der Tod erfolgte entweder sofort, oder bei Eindringen geringerer Luftmengen nach stundenlangem Kampfe, bei noch geringeren Luftmengen kann Resorption ohne schädlichen Folgen eintreten.

Bei der Sektion ist bei der äusseren Besichtigung auf Exophthalmus, Pupillenerweiterung und Vorwölbung der Herzgegend mit tympanitischem Klopfschall zu achten, ebenso auf Erweiterung der Interkostalräume durch Emphysem, bei Untersuchung der Kopfhöhle auf Luftgehalt die Gehirnhautgefässe (perlschnurartig, bei grösseren Mengen Luftzylinder). Die Eröffnung der Brust- und Bauchhöhle soll vor der der Kopfhöhle erfolgen, dabei sind die vom Uterus ausgehenden Venen und die untere Hohlvene nach seitlichem Zurückschlagen der Eingeweide auf Luftgehalt zu prüfen. Bei Eröffnung der Brusthöhle soll das Brustschlüsselbeingelenk und der erste Rippenknorpel vorerst nicht durchtrennt werden, dann ist das Herz zu besichtigen und nach doppelter Unterbindung seiner Gefässe herauszunehmen und mit Sonde unter Wasser anzustechen. Hierauf sind die Geschlechtsteile nach Abschnürung der Scheide unterbunden herauszunehmen, auf Schwimmfähigkeit zu prüfen und der Uterus unter Wasser zu eröffnen. Ferner ist auf etwaige Ablösung der Plazenta und Eihäute und auf Eröffnung von Venen zu achten. Eine vorherige Unterbindung der Hohlvene und Öffnung unter Wasser ist unnötig.

Schliesslich wird ein Sektionsfall beim Menschen mit Blutgehalt der beiderseitigen Herzhöhlen, Luftgehalt des Uterus und der rechten Tube, Ablösung des unteren Eihautpoles mit Luftblasen unter den Eihäuten mitgeteilt.

v. Sury (58) beschreibt einen Abortus im dritten Monate nach Einnehmen von 50 g 10 %iger Safrantinktur, ausserdem war die Schwangere zwei Tage vor Eintritt der Abortusblutung von einer $1^1/_2$ m hohen Leiter herabgestürzt. Da die Zeichen einer Safranvergiftung fehlten, wird die Giftwirkung des getrunkenen Mittels in Zweifel gezogen.

Nach dem übereinstimmenden Urteil von Hrdlicka (33) und Gruss (27) ist das Hypophysenextrakt ein wirksames, die Wehen verstärkendes Mittel bei der Geburt, aber es vermag für sich allein den Abort oder die Geburt vor dem Schwangerschaftsende nicht hervorzurufen.

Das gleiche wird von Esbensen (21), Hüssy (34) und Vogt (61) bestätigt.

Aymerich (6) konnte bei Versuchen an trächtigen Tieren einen wesentlichen Einfluss des Nikotins auf die Schwangerschaft nicht nachweisen und schliesst daraus, dass die Tabakfabrikation auch beim Menschen auf Frucht und Schwangerschaft ohne Einfluss ist; auch Uteruskontraktionen werden selbst durch hohe Nikotindosen nicht hervorgerufen.

Hamm (29) beobachtete bei Gebrauch des Nassauerschen Sikkators zur Bolusinsufflation bei einer im neunten Monate Schwangeren plötzlichen Tod durch Luftembolie. Die Luft war durch Überdruck durch den trichterförmig klaffenden Zervikalkanal zwischen Amnion und Endometrium eingedrungen und hatte an der vorderen Uteruswand eine handtellergrosse Ablösung des Amnion mit blutiger Infiltration der Decidua und des angrenzenden Teiles der Muskularis bewirkt. Die rechte Herzkammer enthielt eine grosse Menge grosser Luftblasen. Der Fall gibt Anlass zu dringender Warnung vor Anwendung des Sikkators bei Schwangeren.

Uterusruptur in der Schwangerschaft.

Tovey (59) beobachtete bei Schwangerschaft in einem Uterus bicornis unicollis im fünften Monat nach Tamponade und Ergotingaben eine Ruptur zwischen den zwei Hörnern.

Sectio caesarea post mortem und in agone.

Burian (11) verlangt die Ausführung des Kaiserschnitts nach dem Tode, wenn die Schwangerschaft die 28. Woche überschritten hat, wenn nach dem Tode höchstens 25 Minuten verstrichen sind und eine rasche Entbindung per vias naturales nicht möglich ist. Der Nachweis der kindlichen Herztöne ist nicht erforderlich. Sechs Fälle aus der Rubeskaschen Klinik werden mitgeteilt, aber nur ein Kind wurde — 20 Minuten nach dem Tode der Mutter — lebend entwickelt und blieb am Leben.

Für die Sectio caesarea in agone werden als Indikationen bzw. Bedingungen aufgestellt: Unmittelbar bevorstehender unabwendbarer Tod und sicherer Nachweis des Lebens der Frucht; für beides wird Einwilligung bzw. Konstatierung mehrerer Ärzte verlangt; ferner ist Einwilligung der Angehörigen und der Mutter, wenn diese bei Bewusstsein ist, notwendig.

Hauch (30) entfernte bei einer an Lungenembolie am Ende der Schwangerschaft Verstorbenen durch Kaiserschnitt ein lebendes Kind.

Anhang: Operationen während der Schwangerschaft.

1. Amann, J. A., Myosarkom des Ligamentum latum bei Gravidität. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 25. Jan. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 102. (Exstirpation des Tumors samt dem Uterus. Exitus.)
2. Applegate, J. C., Myom und Schwangerschaft. New York. Med. Journ. Bd. 100. Nr. 5. (Totalexstirpation im dritten Monat.)
3. Brohl, Schwangerschaft und Perityphlitis. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. vom 11. Juni 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 170. (Mehrere Fälle von Operation in der Schwangerschaft, stets mit Eintritt des Abortus.)
4. Döbl, H., Beitrag zur Frage: „Nierentuberkulose und Schwangerschaft." Inaug.-Diss. Kiel. (Nephrektomie mit darauf eingetretenem Abortus.)
5. Halban, J., Zur Symptomatologie der Corpus luteum-Zysten. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 409 und 466. (Erwähnt zwei Fälle von Operation während der Schwangerschaft, die in einem Falle ungestört weiter verlief, im anderen Unterbrechung erfuhr; in der Diskussion teilt Thaler einen Fall von Exstirpation einer Ovarialzyste samt dem anliegenden Corpus luteum im zweiten Monat der Schwangerschaft mit, in welchem nach der Operation die Ausstossung des Eies eintrat.)
6. Harrigan, A. H., Nephrektomie in der Schwangerschaft. New York. Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 5. Febr. 1914. Zeitschr. f. Urol. Bd. 9. p. 57. (Multiple septische Infarkte der Niere, Nephrektomie ohne Schädigung der Schwangerschaft.)
7. Jaschke, R. Th., Beitrag zur Kenntnis der echten Typhlitis (und Perityphlitis) in der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 651. (Appendektomie und Entleerung eines retrocökalen Abszesses mit gleichzeitiger operativer Entleerung des Uterus. Exitus.)
8. Krupsky, Konservative Myomektomie im achten Schwangerschaftsmonat. Ärztezeitung (russ.). 1913. Nr. 51.
9. Lange, J., Isochronisch heterotope Eiimplantation bei Myoma uteri und dadurch bedingter Retrodeviation. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 201. (Exstirpation des extrauterinen Fruchtsacks, Myomenukleation; keine Unterbrechung der intrauterinen Schwangerschaft.)
10. Meyer, L., Appendizitis in der Schwangerschaft. Verein f. Gyn. u. Geb. Kopenhagen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 494. (Operation ohne Schwangerschaftsunterbrechung.)
11. — Ovariotomie in der Schwangerschaft. Ebenda (Siebenter Monat, Stieltorsion, Operation ohne Schädigung der Schwangerschaft.)
12. Rhomberg, Condylomata acuminata monströser Form. Ärzteverein Kärnten. Sitzg. vom 9. Nov. 1914. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 39. (Blumenkohlartiger. von Klitoris bis Anus reichender Tumor bei einer im achten Monat Schwangeren. Tod nach Exstirpation.)
13. Späth, Operation einer eingeklemmten intraligamentären Ovarialzyste im sechsten Monat der Schwangerschaft. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 11. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 616. (Die Schwangerschaft wurde nicht unterbrochen.)

14. Tandberg, O., Fall von gleichzeitiger extra- und intrauteriner Schwangerschaft. Norsk. Mag. f. Laegevidensk. Nr. 3. (Exstirpation des Fruchtsackes ohne Störung der intrauterinen Schwangerschaft.)
15. Thaler und Zuckermann, Schwerer Basedow als Schwangerschaftskomplikation, Strumectomia in graviditate. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 12. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 360. (Ohne Störung der Schwangerschaft.)
16. Unterberger, F. jun., Ovariotomie in der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 41. p. 1036. (Sechsmal einseitige, einmal doppelseitige Ovariotomie, einmal Exstirpation einer Parovarialzyste; in den letzteren zwei Fällen Abort nach der Operation; für Ausführung der Operation soll der dritte bis vierte Monat abgewartet werden.)

---

e) Die Geburt in Beziehung auf die gerichtliche Medizin.

1. Beneke, Zerreissung des Uterus. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 4. Nov. 1914. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 159. (Demonstration.)
2. Bestrafung wegen unbefugter Ausübung des Hebammengewerbes; fahrlässige Tötung. Urteil d. Reichsgerichts vom 18. Sept. 1914. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. Beilage. p. 7. (Verurteilung einer Pfuscherin, die trotz Unmöglichkeit der Entfernung der Nachgeburt weder eine Hebamme noch einen Arzt zugezogen hatte; Tod an Verblutung. Verwerfung der Berufung.)
3. Bestrafung eines Naturheilkundigen wegen fahrlässiger Tötung durch falsche Behandlung einer Fehlgeburt. Reichsgerichtsurteil vom 7. Juli 1914 u. 5. Jan. 1915. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. Beilage. p. 13. (Zurückbleiben der Nachgeburtsteile mit Zersetzung und Tod an Sepsis; die Herbeirufung ärztlicher Hilfe war verhindert worden.)
4. Bestrafung einer Hebamme wegen Verletzung der Berufspflicht. Ärztl. Sachverständigenzeitg. Bd. 21. p. 81. (Verurteilung zu zwei Monaten Gefängnis wegen fahrlässiger Tötung; die Hebamme hatte bei unvollständigem Abort sich gegen die Vorschriften weder selbst um die Frau bekümmert, noch die Zuziehung eines Arztes veranlasst; der Tod war durch Sepsis infolge Zurückbleibens der Plazentarteile eingetreten.)
5. Eberhart, Supravaginal amputierter puerperaler Uterus. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 26. Okt. 1914. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1363. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Sitzg. vom 14. Dez. 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 662. (Uterusruptur in der queren Fundalschnittnarbe bei der ersten Wehe.)
6. *Jaschke, R. Th., Akute puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 557.
7. Kaestner, P., Der Arzt in der Rechtsprechung. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1080. (Verurteilung einer Hebamme wegen fahrlässiger Tötung, weil sie bei Abortus nach Abgang der Frucht der Frau sagte, es sei alles in Ordnung und nicht mehr besuchte, während sechs Tage später infolge des Zurückbleibens der Plazenta Kindbettfieber entstand, das zum Tode führte.)
8. *Kehrer, E., Symphysenlockerung und Symphysenruptur. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 321.
9. *Lieske, H., Perforation und Strafgesetzreform. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 270 u. Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 573.
10. — Ärztliche Rechtsfragen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 920. (Bedauert die Nichtaufnahme einer Bestimmung, die das ausdrückliche Recht zur Perforation des lebenden Kindes zur Beseitigung einer erheblichen Gefährdung der Mutter ausspricht, in den Strafgesetzentwurf.)
11. — Fahrlässig ausgeübte Geburtshilfe. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 922. (Durchstossung der hinteren Scheidenwand nach dem Mastdarm zu an zwei Stellen, dicht über dem Schliessmuskel und im hinteren Scheidengewölbe, bei Plazentarentfernung nach Abort; die Perforation geschah entweder mittelst Kugelzange, mit der die hintere Muttermundslippe angehakt wurde, oder mittelst Curette. Verurteilung.)
12. *Lüdicke, G., Die forensische Bedeutung der überstürzten Geburt. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. p. 441.
13. *Meyer, L., Spontane Ruptur der Gebärmutter. Verein f. Gyn. u. Geb. Kopenhagen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.

14. *Rapmund, O., Ein Beitrag zur Beurteilung von Pflichtwidrigkeiten der Hebammen. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. p. 733.
15. Rueder, Peroneus- und Tibialislähmung. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 11. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 615. (Nach Zangenentbindung bei sehr grossem Kinde in Gesichtslage und bei engem Becken.)
16. *Stocker, S., Über die Vorbedingungen zur Anwendung der Hypophysenextrakte in der Geburtshilfe. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1914. Nr. 52.
17. *Walther, H., Zur Kasuistik der Fehlgeburt mit besonderer Berücksichtigung langdauernder Plazentarretention. Med. Klinik. Bd. 11. p. 540.
18. *Züllig, Uterusruptur bei Gebrauch von Pituitrin. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 743.

Lieske (9) bespricht die im neuen Strafgesetzentwurf enthaltene Verweisung des ärztlichen Rechtes zur Perforation des lebenden Kindes auf den Notstandsparagraphen und deren mögliche Folgen, vor allem in bezug auf die geforderte Einwilligung der Mutter, ferner in bezug auf die Frage, ob nicht bloss die Lebensgefahr, sondern auch die Gesundheitsgefährdung der Schwangeren die Perforation rechtfertigt. Vor allem wird die Erweiterung des Notstandbegriffes gefordert und dessen Ausdehnung auf Nichtangehörige und auch auf verschuldete Gefährdung für notwendig erklärt. Von besonderer Wichtigkeit ist die Beschränkung des Perforationsrechtes auf Ärzte, weil die Ausdehnung auf nicht approbierte Personen dem Verbrechen der Fruchtabtreibung Tür und Tor öffnen würde. Schliesslich wird in Übereinstimmung mit einem hervorragenden Juristen die Frage aufgeworfen, ob wohl die massgebenden ärztlichen Sachverständigen, die bei Beratung des Vorentwurfs die Notwendigkeit der Aufnahme besonderer Bestimmungen zum Schutz der Ärzte verneint haben, die Bedeutung des erweiterten Notstandes für den ärztlichen Eingriff nicht vielleicht überschätzen.

Rapmund (14) berichtet über einen Antrag auf Entziehung des Prüfungszeugnisses einer Hebamme, weil sie bei Überwachung der Nachgeburtsperiode durch ungenügende Beaufsichtigung und Unterlassen des Druckes auf den Uterus und des Credéschen Handgriffes die rechtzeitige Herbeirufung ärztlicher Hilfe und dadurch den Tod der Frau an atonischer Nachblutung verursacht hatte und weil sie sich ausserdem bei den gesetzlichen Nachprüfungen seitens des Amtsarztes nicht gestellt hatte. Von der Entziehung des Zeugnisses wurde abgesehen, dagegen wurde ihr die Teilnahme an einem Wiederholungskurs auferlegt.

Walther (17) stellt den Satz auf, dass auch nach Fehlgeburten ebenso wie nach rechtzeitiger Geburt die Plazenta wegen Gefahr der Blutung und der Infektion nach zwei Stunden ausgestossen werden muss und warnt vor exspektativer Behandlung und vor unvollendeten Eingriffen und vor Eingriffen mit ungenügenden Mitteln, z. B. mit scharfer und kleiner Curette. Fünf Fälle von teilweise mehrwöchiger Retention (bis zu 90 Tagen) der Plazenta werden mitgeteilt.

Meyer (13) beobachtete Uterusruptur bei plattem Becken nach zweimaliger Pituitrininjektion.

Stocker (16) beobachtete zwei Fälle von Uterusruptur nach Anwendung von Hypophysenextrakt bei der Geburt, einen bei verengtem Becken und einen bei einer Gebärenden mit normalen Verhältnissen, bei der aber viermal der Uterus curettiert worden war. Gesundheit von Herz und Niere, Intaktheit der Uteruswand (keine vorausgegangenen Ausschabungen oder grössere Operationen am Uterus!), Eingetretensein des vorliegenden Teiles ins Becken und vollständige Eröffnung des Muttermundes werden als Vorbedingungen für die Anwendung des Mittels verlangt.

Züllig (18) stellt fünf bis jetzt beobachtete Fälle von Uterusruptur nach Pituitrinwirkung zusammen und teilt einen neuen Fall mit, in dem allerdings auch Beckenverengerung und abnorme Grösse des Kindes als disponierende Ursachen mitgewirkt haben.

Vogt (d. 61) erwähnt einen Fall von Uterusruptur nach zwei Pituitrininjektionen bei Querlage und erklärt das Mittel bei Anwesenheit von Dehnungssymptomen für streng kontraindiziert.

Kehrer (8) stellt 100 Fälle von Symphysenruptur bei der Geburt zusammen und berichtet über einen selbst beobachteten Fall, in welchem bei plattem Becken und sehr grossen, in Hinterscheitelbeineinstellung befindlichen Kind während des Zangenversuchs, bei dem die Zugrichtung etwas zu sehr nach vorne und unten genommen wurde, die Symphyse mit einem Krach auf Zweifingerbreite auseinanderrückte. Die Urethra war vom Lig. arcuatum vollkommen abgerissen und fast ihrer ganzen Länge nach an der Vorderwand eingerissen. Nach 16 Tagen erfolgte Exitus an Embolie der linken Lungenarterie. Die Symphysenruptur

hat zunächst zur Voraussetzung den Bau des Symphysenknorpels, die physiologische Auflockerung und Dehnbarkeit der Ligamente und die Beweglichkeit und Diastase der Schambeinenden während der Schwangerschaft, ferner die Beckenverengerung — besonders plattrachitische, allgemein verengte und Trichterbecken —; die direkte Ursache ist in der Mehrzahl der Fälle operative Entbindung durch Zange — besonders hohe Zange —, die Kranioklasie oder der Durchtritt besonders breiter Schultern. Auch im Wochenbett bei ungeschickten oder unvorsichtig stärkeren Bewegungen und beim ersten Aufstehen können Symphysenrupturen entstehen, wobei jedoch eine partielle Zerreissung oder wenigstens eine hochgradige Bänderlockerung während der Geburt vorauszusetzen ist. Da jedoch nach Kehrers 101 Fällen die Symphysenruptur in 17 % der Fälle bei völlig spontaner Geburt eintrat und auch bei von den besten Operateuren ausgeführten Entbindungen Symphysenruptur eingetreten ist, kann vor Gericht die Schuldfrage des Operateurs im Einzelfalle nur in den allerseltensten Fällen und immer nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Eher könnte die Schuldfrage zugegeben werden, wenn die Ruptur bei Eintritt von Fieber und von charakteristischen Symptomen nicht erkannt und dann unrichtig behandelt würde. Aber auch hier kann wegen Fehlens von Anfangs-Symptomen das anfängliche Übersehen der Verletzung noch nicht den Vorwurf der Unachtsamkeit rechtfertigen.

Jaschke (6) beschreibt einen Fall von totaler Uterusinversion bei dem sehr aussergewöhnlich schlaffen und dünnwandigen Uterus einer spontan niedergekommenen IVpara. Die Inversion trat ein, während der Operateur nach teilweiser Lösung der schliesslich nur mehr im Fundus adhärenten Plazenta die Hand zurückzog, um sie wegen Ermüdung zu wechseln und ohne an der Plazenta zu ziehen. Es kamen zur Entstehung der Inversion die zwei Faktoren — ausserordentliche Schlaffheit des Uterus und die am Fundus angreifende Zugwirkung der nicht völlig gelösten Plazenta — in Betracht. Eine Schuldfrage wird unbedingt verneint, obwohl die Inversion keine spontane war. Bei jeder der voraufgegangenen Geburten war Plazentarlösung vorgenommen worden.

Lüdicke (12) kommt nach kurzer Besprechung der Folgen von Sturzgeburten (Ohnmacht, Nabelschnurzerreissung, Verletzungen des kindlichen Kopfes) zu dem Schlusse, dass die Entscheidung, ob Kindsmord oder Sturzgeburt vorliegt, oft sehr schwierig sein kann und dass am Ende die Ermittelungen, besonders ob Vorbereitungen zur Niederkunft seitens der Mutter getroffen wurden, erst den Ausschlag geben können. Dennoch wird es nicht immer gelingen, zu einem sicheren Urteil zu gelangen, ob die Angaben der Mutter der Wahrheit entsprechen.

Anhang: Unglücksfälle und Verletzungen ausserhalb der Zeit von Schwangerschaft und Geburt.

1. Ambrosi, Il caso di Bianca Soci; una vittoria delle teorie del Prof. Bossi nel campo delle psicopatie d'origine genitale. Ginec. Bd. 6. Heft 2. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 64. (Verteidigung der Anschauung Bossis über Genitalaffektionen und dadurch bewirkte psychische Erkrankungen im Anschluss an den Prozess B. Soci.)
2. Bestrafung eines Naturheilkundigen wegen fahrlässiger Körperverletzung durch falsche Behandlung eines Krebsleidens. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. Beilage. p. 14. (Wegen Verhinderung der ärztlicherseits für notwendig erklärten Operation.)
3. Bestrafung eines Naturheilkundigen wegen fahrlässiger Tötung. Reichsgerichtsurteil vom 19. März. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. Beilage. p. 84. (Eitrige Bauchfellentzündung und Tod nach Einführung eines Steriletts.)
4. *Bröse, Perforation des Uterus in der Schwangerschaft. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, Sitzg. vom 8. Mai 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 883.
5. *— Über Laminariastifte. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin, Sitzg. vom 12. Juni 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 233.
6. Döderlein, Hegarsche Dilatatoren. Gyn. Ges. München, Sitzg. vom 16. Juli 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 263. (Eine horizontale Scheibe soll ein zu weites Einführen verhindern und die Perforation bei Abortausräumung unmöglich machen. In der Diskussion teilt J. A. Amann einen Fall von breiter Uterusperforation durch Abortausräumung mit dem Finger mit; er betont die Gefährlichkeit auch der stumpfen Instrumente in nicht geschulter Hand.)
7. *Ebermayer, Bemerkungen zu den Aufsätzen von Martin und Kohler (13 u. 12). Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 139.

8. *Frankenstein, O., Zur Therapie des fieberhaften Abortus. 5. Kongr. tschech. Naturf. u. Ärzte. Prag 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 930.
9. *Graefe, M., Über die Gefahren der Intrauterinpessare. Frauenarzt 1914. Nr. 12.
10. *Grotte, Zur Cervixdilatation. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 10. März 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 173.
11. *Halban, Zur Kompressenfrage. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 9. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 210.
12. Kohler, J., Über die Verantwortlichkeit des Operateurs. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 139.
13. *Martin, E., Das Zurückbleiben von Fremdkörpern bei der Operation und die Reichsgerichtsentscheidung vom 14. Juli 1913. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 108.
14. *Melchior, E., Zur Symptomatologie der subkutanen Klitorisrupturen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 97.
15. *Oehlecker, Geheilte schwere Pfählungsverletzung. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 5. Okt. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1501.
16. *Oldag, Schädigung durch einen Mutterring. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 561.
17. *Ruben, M., Lageanomalien der weiblichen Genitalorgane vor dem Unfallgesetz. Gyn. Rundschau. Nr. 3.
18. Schadenersatzpflicht des Arztes bei Vornahme einer Operation durch elektrischen Wärmeapparat. Urteil des Oberlandesgerichts Celle vom 25. Jan. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. Beilage. p. 110. (Verbrennung durch Auflegen eines Wärmeapparates nach Operation und Verrutschen desselben auf die Beine; die Ersatzpflicht wurde für den Arzt verneint, weil er die Operierte unter Aufsicht einer als zuverlässig bekannten Pflegerin gelassen hatte.)
19. Schadenersatzanspruch gegen einen Arzt wegen Verletzung eines Kranken durch Brandwunden infolge mangelhafter Aufsicht nach der Operation in der Narkose. Zeitschrift f. Med.-Beamte. Bd. 28. Beilage. p. 89. (Siehe Jahresbericht Bd. 28, p. 612; hier Wortlaut des den Schadenersatzanspruch anerkennenden Urteils.)
20. *Schülein, W., Über Verletzungen der Vagina durch Pessare. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 21. p. 5.
21. *Schweitzer, B., Entstehung, Verhütung und Behandlung der artefiziellen Uterusperforationen bei Abort. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 148.
22. *Tremolières, Behandlung des Abortus. Gyn. Helvet. Bd. 9. p. 396.
23. *Williams, Ph. F., Ursachen der Retroflexio uteri. Amer. Journ. of Med. Sciences. August.

Ruben (17) erkennt an, dass Uterusdeviationen und Prolaps bei gegebener Prädisposition durch Trauma entstehen können, jedoch muss im Einzelfalle der Nachweis verlangt werden, dass die Entstehung des Leidens in direktem kausalen und zeitlichen Zusammenhang mit dem Trauma steht. Bei Prolaps ist dies leichter nachzuweisen, bei Retroversio-flexio dagegen sehr schwer. Bei Retroversio-flexio wird die Rente auf 10—20 %, bei Prolaps, wenn er reponiert und durch Pessar zurückgehalten werden kann, auf 20 %, im gegenteiligen Falle auf 50 % veranschlagt.

Williams (23) glaubt, dass die Retroflexio kaum jemals auf traumatischem Wege entsteht.

Melchior (14) beschreibt einen Fall von Durchreissung des Schwellkörpers der Klitoris infolge von Fall mit der vorderen Beckenwand gegen einen Stein mit Bildung eines faustgrossen Hämatoms.

Oehlecker (15) beschreibt eine schwere Pfählungsverletzung bei einem 12jährigen Mädchen durch Sturz auf eine Stange, die in die Scheide eindrang, die hintere Scheidenwand und das Rektum zerriss und nach Durchbohrung des vorderen Scheidengewölbes und Verletzung der Blase in die Bauchhöhle vordrang und den Dünndarm und das Mesenterium zerriss. Durch frühzeitige Operation konnte die Kranke gerettet werden.

Oldag (16) beobachtete nach Einführung eines Schalenpessars mit der Konvexität nach oben (durch einen Kurpfuscher) schon nach einigen Wochen Inkarzeration der Portio in der Öffnung des Ringes mit starker pilzartiger Anschwellung der Portio.

Schülein (20) berichtet über einen Fall von Zerbrechen des Pessars in der Scheide durch Unfall (Sturz von einem Stuhl gegen die rechte Körperseite.) Ein abgebrochenes Pessarstück hatte sich in die Scheidenwand im unteren Drittel eingebohrt und eine Blutung bewirkt. Ferner wird ein Fall von Mastdarmfistel durch Druck eines 20 Jahre lang getragenen

Mayerschen Ringes und ein Fall von Überwucherung eines Ringpessars erwähnt, das nur acht Wochen gelegen hatte.

Schülein erwähnt ferner einen Fall von Scheiden-Mastdarm- und Scheiden-Dünndarmfistel durch Einbohrung eines spitzen Instrumentes seitens eines Pfuschers zwecks Aborteinleitung.

Graefe (9) warnt vor Anwendung des Sterilетts zur Verhütung der Konzeption wegen der damit verbundenen Gefahren für die Frau und erklärt die Einlegung desselben seitens eines Arztes lediglich auf den Wunsch einer Frau für unsittlich und standesunwürdig. Ein Fall von schwerer Parametritis und akuter Pelveoperitonitis nach Sterilетteinlegung wird mitgeteilt.

v. Franqué (b. 6) fordert, dass die Einführung von Intrauterinstiften ohne ärztliche Indikation als Körperverletzung bestraft werden solle, schon mit Rücksicht auf die mit dieser Vornahme verbundenen Gefahren.

Schweitzer (21) nimmt — allerdings nur bis zu einem gewissen Grade — eine Gewebsdisposition des Uterus zu Perforationen an, besonders den graviden und puerperalen Zustand, ferner Knickungen und Blasenmole. Die Durchbohrung selbst geschieht fast ausnahmslos durch Instrumente, jedoch trifft die Hauptschuld nicht das Instrument, sondern die falsche Anwendung. Es gibt kein ärztliches Instrument, das den Uterus nicht schon durchstossen hätte, sogar hat wiederholt schon der Finger des Geburtshelfers die Perforation bewirkt. Besonders werden der Laminariastift und die Hegarschen Dilatatoren, unter den Ausräumungsinstrumenten die Curette, deren unzweckmässige Anwendung bei nicht mehr ganz jungen Schwangerschaften betont wird, und die Abortzangen hervorgehoben, deren Gebrauch höchstens gestattet wird, um schon gelöste Eiteile unter Leitung des Fingers zu entfernen. Von Nebenverletzungen werden Darmverletzungen, Darmvorfälle, Netzverletzungen und -Vorfälle, Beschädigungen von Tube und Ovarium, Verletzungen der Blase, Abreissung des Ureters und Verletzung des Promontoriumknorpels erwähnt. Der Augenblick der Verletzung kann und darf einem aufmerksamen Geburtshelfer nicht entgehen, dennoch wird die Perforation häufig zu spät und nachdem schon Nebenverletzungen entstanden sind, erkannt, so dass mangelnde Aufmerksamkeit neben der mangelnden Geschicklichkeit als die tiefere Ursache vieler Uterusperforationen bezeichnet werden muss.

Die Prophylaxe der Perforationen besteht ausser in Vermeidung einer Polypragmasie bei der Abortausräumung in genügender Erweiterung des Halskanals mit Laminariastift oder Tarnierscher Blase, in genauer Feststellung der Länge des Uterus und der Verlaufsrichtung des Uteruskanals und in Ausräumung des Uterus nur mit dem Finger. Als besonders wichtig wird vor Inangriffnahme des Falles die Feststellung etwaiger schon vorhandener, vielleicht durch kriminelle Eingriffe bewirkter Verletzungen hervorgehoben. Bei Anwendung von Instrumenten ist die grösste Vorsicht notwendig, damit eine etwaige Perforation möglichst sofort erkannt wird und in diesem Falle ist jede weitere intrauterine Manipulation zu unterlassen und der Fall in spezialistische Behandlung überzuführen.

Letztere ist um so notwendiger, als die Mortalität durch Uterusperforation und ihre Komplikationen, die unter 105 gesammelten Fällen bei sachgemässer Behandlung auf über 25 % berechnet wird, bei Sichselbstüberlassen der Fälle weit über 50 % ansteigen würde. Exspektativ darf nur bei kleinen, nicht infektionsverdächtigen Uterusperforationen ohne Komplikationen bei vollständig entleertem Uterus verfahren werden. Bei grösseren Perforationen durch Curette oder zangenartige Instrumente, wobei eine Nebenverletzung oder ein infektionsverdächtiger Uterus nicht auszuschliessen ist, ist die Laparotomie und die Totalexstirpation des Uterus die sicherste Behandlung. Die Naht der Perforation ist nur bei kleiner Verletzung und bei sicherer Asepsis des Uterus ausreichend.

Tremolières (22) berichtet über einen Fall von Abortausräumung mittelst Curette und darauffolgender tödlicher Blutung infolge Verletzung der linken Arteria uterina, die bis unter die Schleimhaut an der Insertionsstelle des Eies verlief.

Rupp (d. 50) berichtet über einen Fall von Uterusperforation im Fundus bei einer im fünften Monate Schwangeren; die Verletzung war bei Versuchen, den Uterus zu entleeren und den geschlossenen Muttermund zu erweitern, hervorgerufen worden. Es kam zum Vorfall von am Mesenterium abgerissenen Dünndarmschlingen, die in der Ausdehnung von 3,10 m reseziert wurden. Durch Laparotomie konnte die Kranke gerettet werden.

Bröse (4) bringt als Nachtrag zu dem früher veröffentlichten Falle von Perforation des Uterus bei Aborteinleitung (siehe Jahresbericht Bd. 28, p. 614) die Mitteilung, dass der Laminariastift nicht in den Uterus, sondern nur in die Cervix eingeführt und die Perforation und das Hervorziehen der Darmschlinge mit der Kornzange bewirkt worden war. Obwohl die Perforation im Fundus sass, war die Schwangerschaft nicht unterbrochen worden, weil

das Ei zur Seite gewichen war, was Bumm auch in einem Falle von wiederholtem Einführen der Sonde im dritten Monate beobachtet hat.

Im Anschluss an diesen Fall macht Bröse (5) den Vorschlag, für die verkäuflichen Laminariastifte 8 cm Länge und 6—8 mm Durchmesser vorzuschreiben, womit eine Einführung nur in die Cervix verhütet werde.

Frankenstein (8) beobachtete in zwei Fällen Uterusperforation bei Abortausräumung, in deren einem die Uterusexstirpation ausgeführt werden musste.

Grotte (10) empfiehlt zur Cervixdilatation der Länge nach geteilte Stäbe von der Form der Hegarstifte, die durch einen im Innern vorgedrängten Konus gespreizt werden und ein Einreissen der Cervix vermeiden lassen.

Martin (13) unterzieht die Reichsgerichtsentscheidung vom 14. Juli 1913, in welcher das Zurückbleiben eines Tupfers bei einer in Lokalanästhesie vorgenommenen Bauchoperation zwar nicht als grobe Fahrlässigkeit, aber doch als eine pflichtwidrige Vernachlässigung der nötigen Sorgfalt bezeichnet und demgemäss eine Haftpflicht ausgesprochen wurde, einer eingehenden Kritik. Es wird mit Recht darauf hingewiesen, dass das Zurückbleiben von Fremdkörpern trotz der grössten Sorgfaltsanwendung möglich sei, weil alle die Schutzmassregeln, die dagegen angewendet und vorgeschlagen wurden, nicht unbedingt ein solches Versehen zu verhüten imstande sind, das nicht auf Ausserachtlassung der erforderlichen Sorgfalt, sondern auf der Unvollkommenheit aller menschlichen Vorsichtsmassregeln beruht. Ausserdem wird bemängelt, dass die Reichsgerichtsentscheidung sich dabei auf die in diesem Falle durch keinerlei Zwischenfälle komplizierte Operation stützt und hierbei zur Begründung die Selbstbeobachtung des nicht narkotisierten Patienten als Zeugen anführt; es wird mit Recht hervorgehoben, dass der Operierte, auch wenn er nicht narkotisiert ist, den Hergang der Operation weder beobachten noch beurteilen könne. In gleichem Sinne äussert sich Kohler (12), der das Zurücklassen von Fremdkörpern lediglich als einen Fehler, der in den Grenzen der Menschlichkeit liegt, und nicht als ein ethisches Verschulden und als Pflichtwidrigkeit bezeichnet. Dagegen wird die Reichsgerichtsentscheidung von Ebermayer (7) verteidigt, der darauf hinweist, dass das Reichsgericht damit nicht entschieden habe, dass nicht bei einer Operation Zwischenfälle auftreten können, die das Zurückbleiben von Fremdkörpern entschuldigen können, weil die Aufmerksamkeit des Operateurs in einer anderen Richtung voll und ganz in Anspruch genommen war, sondern dass dies lediglich im vorliegenden Falle nicht angenommen werden konnte. Endlich weist Ebermayer darauf hin, dass in diesem Falle nicht der Arzt, sondern die Stadtgemeinde als Besitzerin der Anstalt zur Haftpflicht herangezogen wurde, so dass nicht eine Pflichtwidrigkeit des Arztes, sondern lediglich eine Pflichtwidrigkeit einer der bei der Operation beschäftigten Personen angenommen worden ist.

Halban (11) verwendet zur Vermeidung von Zurückbleiben von Kompressen in der Bauchhöhle solche Kompressen, an die ein Eisenring angenäht wird, der in zweifelhaften Fällen durch Röntgenaufnahme sichtbar gemacht werden kann.

---

f) Das Wochenbett in bezug auf gerichtliche Medizin.

1. Angeblicher Kunstfehler eines Arztes. Reichsgerichtsurteil vom 18. Juni. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. Beilage. p. 117. (Abweisung der Klage auf Verursachung von Kindbettfieber durch den Gebrauch einer nicht genügend gereinigten Zange, wegen Nichterbringens des hierfür notwendigen Beweises.)
2. Anzeigepflicht der Hebammen. Reichsgerichtsentscheid. vom 9./19. Dez. 1913. Zeitschrift f. Med.-Beamte. Bd. 28. Beilage. p. 92. (Die Anzeigepflicht tritt ein, wenn weder ein zugezogener Arzt, noch ein Haushaltungsvorstand, der von der Art der Erkrankung Kenntnis erlangt hat, vorhanden ist.)
3. *Benthin, W., Über Selbstinfektion. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 587.
4. *Bollag, K., Zur Frage der unverschuldeten endogenen puerperalen Spontaninfektion. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 474.
5. *Buess, P., Sterblichkeit an Kindbettfieber seit 1900. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 735. Mit Nachwort von O. v. Herff, Ebenda p. 784.
6. Ebermayer, Fahrlässige Tötung wegen Übertragung von Kindbettfieber. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1345. (Anklage gegen eine Hebamme, weil sie von einer an Kindbettfieber erkrankten Wöchnerin nach Umkleiden und Desinfektion zu einer anderen Wöchnerin gegangen sei, die an Kindbettfieber erkrankte. Freisprechung

wegen fahrlässiger Tötung, dagegen Bestrafung, weil sie nach Behandlung einer Kindbettfieberkranken gleich eine andere Patientin übernahm — Preuss. Gesetz vom 28. Juli 1905 § 8 Abs. 2 und § 36 Abs. 4.)
7. Für die Entscheidung, ob Unterlassungen seitens einer Hebamme vorliegen, die eine Entziehung des Prüfungszeugnisses begründen, können nur die tatsächlichen Feststellungen massgebend sein. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. Beilage. p. 126. (Betrifft Verabsäumung der Meldung eines Kindbettfieberfalles; da die Feststellung einer erhöhten Temperatur seitens der Hebamme nicht erweisbar war, wurde der Antrag auf Entziehung des Zeugnisses verworfen.)
8. Lieske, H., Zurücknahme des Prüfungszeugnisses einer Hebamme. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 52. p. 1120. (Gerichtliche Entscheidung, dass bei Unterlassung von Temperaturmessungen im Wochenbett, während die Messungen dennoch in das Tagebuch eingetragen wurden, eine Hebamme als unzuverlässig zu erachten ist und deshalb auf Entziehung des Zeugnisses erkannt wurde.)
9. *Thaler und Zuckermann, Über eine genitale Influenzainfektion bei einer Gebärenden als Ursache eines Puerperalfiebers. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 12. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 359. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 377.
10. Wetzel, E., Über einen Fall von Peritonitis pneumococcica extragenitalen Ursprungs bei einer Puerpera. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 109. (Durch Sektionsbefund und bakteriologische Untersuchung nachgewiesener Übergang der Pneumokokkeninfektion von der Lunge auf das Bauchfell ohne Infektion des Uterus; intrauteriner Übergang von Pneumokokkeninfektion auf das Kind.)
11. *Winter, G., Plazentarretention und Puerperalfieber. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 56.
12. *Zangemeister und Kirstein, Zur Frage der Selbstinfektion. Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 1.

v. Herff (5) führt die höheren Mortalitätsziffern an Kindbettfieber in Städten gegenüber dem Lande darauf zurück, dass in den Statistiken die tödlichen Fälle nach Abortus nicht getrennt berechnet werden und dabei der kriminelle Abort eine grosse Rolle spielt, der durch allzu laxe Anzeigen für den therapeutischen Abort, durch zu milde Beurteilung des kriminellen Aborts durch Sachverständige und Gerichte und durch Kompagniegesellschaften zu gegenseitigem Schutz begünstigt wird, so dass Hebammen und sonstige Personen dazu angereizt werden.

Benthin (3) bezeichnet als einzigen Anhaltspunkt zue Erkennung der Selbstinfektion den von Winter aufgestellten bakteriologischen Gesichtspunkt. Wenn es unzweifelhaft erwiesen ist, dass der krankmachende Keim schon vor der Erkrankung sich in der Nähe oder in der unmittelbaren Umgebung des Krankheitsherdes vorfand, so ist der Fall als Erkrankung mit Eigenkeimen anzusehen, alle anderen Fälle sind als der Ausseninfektion zugehörig zu rechnen.

Bollag (4) veröffentlicht einen Fall von tödlich verlaufener endogener Streptokokkeninfektion bei einer während und vor der Geburt nicht innerlich untersuchten Frau, bei der die Sektion mit Sicherheit keinen primären Infektionsherd aufdecken konnte und schliesst daraus, dass es eine endogene unverschuldete, tödlich verlaufende puerperale Spontaninfektion gibt, wenn eine solche auch äusserst selten auftritt.

Zangemeister und Kirstein (12) leugnen das notwendige Vorliegen einer Schuld seitens des Untersuchenden bei puerperaler Infektion, z. B. bei fauligem Fruchtwasser und heben die Möglichkeit von schon vor der Geburt in der Scheide vorhandenen Keimen hervor.

Thaler und Zuckermann (9) konnten in einem Falle von vor der Geburt auftretenden und in Geburt und Wochenbett sich fortsetzenden Fiebers im Vaginalsekret in graviditate und in den Lochien durch mikroskopische Untersuchung und Züchtung den Pfeifferschen Influenzabazillus als Erreger der genitalen Infektion nachweisen. Die Respirationsorgane waren frei von Krankheitserscheinungen und das Fieber dauerte bis zum siebenten Wochenbettstage.

Winter (11) bekämpft die von Ahlfeld vertretene Anschauung, dass retinierte Plazentarreste für die Entstehung von Puerperalfieber an sich verantwortlich zu machen sind und betont, dass der Beweis hierfür nicht geliefert ist. Bei dem Zusammentreffen von Infektion und Plazentarrest schreibt Winter dem Plazentarrest nur eine Nebenbedeutung zu und bedauert die durch die Ahlfeldsche Lehre unterstützte, in der Praxis vielfach befolgte Polypragmasie, mit welcher bei Retentionsverdacht so oft ausgetastet wird.

g) Das neugeborene Kind.

1. *Abels, H., Neues zur Klinik des Icterus neonatorum. Med. Klinik. Bd. 11. p. 1324.
2. Alexander, B., Die ostealen Veränderungen bei kongenitaler Syphilis im intra- und extrauterinen Leben; Berücksichtigung der Wirbelverknöcherungen. Leipzig, J. A. Barth. (Eingehende Studie an der Hand von exakten Röntgenbildern; die kongenitale Syphilis kann bei Totgeborenen durch Röntgenuntersuchung allein mit Bestimmtheit nachgewiesen werden.)
3. *Armbruster, Physiologische Bedeutung des Icterus neonatorum. Kinderarzt. Bd. 26. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 272.
4. *Bang, F., Icterus neonatorum. Hospitalstid. Nr. 26. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1649.
5. Berufspflichten der Hebammen. Ärztl. Sachverständigenzeitg. Bd. 21. p. 81. (Verurteilung einer Hebamme wegen Unterlassung der Anzeige eines Falles von Blephaloblennorrhoe eines Kindes, das wegen verspäteter Zuziehung eines Arztes erblindete.)
6. *Bethe, Zwei Fälle von Entbindungslähmung. Wissensch. Ärzteverein Stettin. Sitzg. vom 5. Mai 1914. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 92.
7. Böger, G., Über einen sehr grossen Varix der Nabelschnur. Gyn. Rundschau. Nr. 5. (Absterben des Kindes ante partum wegen Behinderung des Blutstroms in die Nabelvene.)
8. *Brandenburg, Familiäres Auftreten von Bluterkrankungen im Kindesalter. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 34.
9. Broca, Die Brustdrüsenentzündung der Neugeborenen. Rev. prat. d'obst. et de péd. 1914. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 12. (Führt die Brustdrüsenentzündung auf Infektion auf dem Wege der Drüsengänge zurück.)
10. Buchheim, E., Zur Behandlung der Säuglingsfrakturen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1490. (Behandlung im Gipsbett mit Extension sowohl bei Arm- als bei Oberschenkelfrakturen.)
11. *Carli, G., Über die hämorrhagischen Infektionen der Neugeborenen. Riv. osped. 1914. Nr. 19. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 15.
12. Chrysospathes, G., Supinations-Extensions-Behinderung der Vorderarme, resp. Hände der Neugeborenen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. (Knochen normal, Haltungsanomalie durch intrauterine Druckverhältnisse. Drei Fälle.)
13. *Derby, G. S., Einige Betrachtungen über Ophthalmia neonatorum. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 16. Ref. Med. Klinik. Bd. 11. p. 1302.
14. Dose, A. P. J., Die Augenentzündung der Neugeborenen (Blennorrhoea neonatorum), ihre Behandlung und ihre Verhütung. Leipzig, Breitkopf u. Härtel. (Erklärt die Credésche Prophylaxe für überflüssig und will an ihre Stelle die Berieselung der Augen mit stubenwarmem Wasser setzen; die Gesamtmorbidität habe durch die Credésche Prophylaxe nicht abgenommen (?).
15. *Eisenmann, A., Die Erlangung der Menscheigenschaft, ihre rechtliche Bedeutung und Behandlung. Stuttgart, Berlin, Leipzig, W. Kohlhammer.
16. Falk, Therapie des Tetanus neonatorum. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 13. Juli 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 482 ff. (Siehe Jahresbericht Bd. 28. p. 618. In der Diskussion bezweifelt Czerny den infektiösen Charakter des unter dem Namen Tetanus neonatorum bekannten Krankheitsbildes wegen des häufigen Misslingens des Bazillennachweises, während Baginsky und Finkelstein die infektiöse Entstehung verteidigen. Falk hebt die günstigen Erfolge der Behandlung mit Magnesiainjektionen hervor.)
17. *Fraenkel, Röntgenologisches über Epiphysenlösungen und über Heilung der Osteochondritis syphilitica congenita. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 23. Heft 3.
18. Freeman, R. G., Harnprüfung bei Erkennung und Behandlung von Säuglings- und Kinderkrankheiten. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1802. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 36. p. 685. (Verlangt stets Säuregradprüfung. Leukozytenzählung und Bakterienuntersuchung im steril aufgefangenen Harn.)
19. *Gaugele, Über die sog. Entbindungslähmung des Armes. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 34. Heft 3/4.
20. *Hamm, Die Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum nach dem Material der Kieler Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1907—1913. Inaug.-Diss. Kiel.
21. *Hammar, J. A., Mikroskopische Analyse der Thymus in 14 Fällen sogenannten Thymustodes. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 3/4.

22. *Heynemann, Th., Die Entstehung des Icterus neonatorum. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 788.
23. Jaschke, R. Th., Über das transitorische Fieber der Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 119. (Wird auf die Ansiedlung der Milchflora im Darm und auf den Übergang von der kolostralen zur Milchnahrung zurückgeführt, während Hunger und Durst nur eine gewisse Disposition schaffen.)
24. Ingier, A., Über experimentell hervorgerufenen Morbus Barlow an Föten und Neugeborenen. Nord. med. Ark. 2. 16. (Durch ungeeignete Fütterung trächtiger Meerschweinchen wurde bei Föten und Neugeborenen ausgesprochene Barlowsche Krankheit hervorgerufen; die Versuche erweisen, dass die Erkrankung von Osteogenesis imperfecta, von Osteomalacie und von Rachitis völlig verschieden ist.)
25. *Kaufmann-Wolf, M., Zur Frage der Übertragbarkeit der Dermatitis exfoliativa neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 82. p. 303.
26. Koch, E., Die Entstehung des dritten Stadiums der Rhinitis luetica neonatorum. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 6. (Betont die Möglichkeit des plötzlichen Übergangs der luetischen Rhinitis in das schwere eitrige, ulzeröse Stadium, besonders häufig unter Grippeinfektion.)
27. *Kujumdjreff, M., Beitrag zur Lehre von der Blennorrhoea neonatorum. Inaug.-Diss. Giessen.
28. Kutowa, Eine sehr grosse Frucht. Ärztezeitg. (russ.) 1913. Nr. 34. (6160 g schwere, 59 cm lange Frucht mit 39,5 Kopfumfang.)
29. Laudati, Melaena neonatorum. Soc. Emil. e Marchig. di Ostetr. e Ginec. Bologna. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 507.
30. Levi, J., Über den Gebrauch des Hypophysenextraktes in der Geburtshilfe. Rassegna d'Ostetr. e Ginec. Nr. 3 u. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 709. (Führt Asphyxien des Kindes auf den Gebrauch des Extraktes während der Geburt zurück.)
31. *Mayer, A., Über die intrakraniellen Blutungen der Neugeborenen infolge der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 795.
32. — Über den Zusammenhang zwischen Gewichtsabnahme und Temperatursteigerungen beim Neugeborenen (Hungerfieber). Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 159 u. Med. Klinik. Bd. 11. p. 933. (Führt das sogenannte Hungerfieber auf abnorme Beschaffenheit der Nahrung zusammen mit der Darmfunktion zurück.)
33. *Mayerhofer, E., Zur Klinik der sogenannten Sklerodermie der Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 81. p. 348.
34. *Meixner, Tötungsversuche an Kindern durch Einstechen von Nadeln in den Kopf. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. San.-Wesen. Bd. 48. I. Suppl.
35. *Meltzer, S. J., Pharyngeale Insufflation, ein einfacher Apparat für künstliche Atmung von Menschen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 425.
36. *Miklaszewski, Zehn Fälle von Kephalhämatoma. Gyn. Helvet. Bd. 10. p. 185.
37. *Mittweg, Zur Frage der Credéisierung bei Neugeborenen durch die Hebammen. Annalen f. d. ges. Hebammenwesen. Bd. 5. Heft 4.
38. *Müller, R., Beitrag zur Nabelversorgung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 537.
39. Pallesen, Über akute Infektionen Neugeborener (Stomatitis, Pemphigus, Furunkulose und Mastitis nach dem Material der Kieler Frauenklinik aus den Jahren 1900 bis 1910. Inaug.-Diss. Kiel 1913. (152 Fälle von Stomatitis durch Soor, mit zwei Todesfällen, 60 Fälle von Pemphigus non lueticus mit einem Todesfall, sechs Fälle von Furunkulose und 31 von Mastitis.)
40. *Paulmann, O., Beitrag zur Frage der Abnabelung und der Versorgung des Nabelschnurrestes. Inaug.-Diss. Kiel 1914.
41. Perazzi, Sulla diagnosi differenziale fra le macchie di sangue fetale e materno. La Ginec. Bd. 41. Heft 1. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. p. 63. Siehe Jahresbericht Bd. 28, p. 631.
42. Péteri, Beiträge zum pathologischen Wesen und zur Therapie des transitorischen Fiebers bei Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderheilk. 1914. Dez. (Als Austrocknungsfieber erklärt.)
43. *Pfältzer, B., Der Kernikterus der Neugeborenen eine Infektionskrankheit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 76. p. 685.
44. *Pirquet, Cl. v., Ein neuer Nabelverband für Neugeborene. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 14. Nov. 1914. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 37.

45. Quant, C. A. J., Asphyxie der Neugeborenen. Tijdschr. v. Geneesk. 17. Juli. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1411. (Empfiehlt Lufteinblasung von Mund zu Mund.)
46. *v. Reuss, A., Einige Bemerkungen über die Bedeutung der während der Geburt eintretenden Zirkulationsstörungen für das Kind. Gyn. Rundschau. Nr. 1.
47. Robertson, T. B., Der Gewichtsverlust bei Kindern nach der Geburt und die darauffolgende kompensatorische Zunahme. Proceedings of the Soc. f. exp. Biol. and Med. Bd. 12. p. 66. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 840. (Nimmt als Ursache des anfänglichen Gewichtsverlustes mechanischen Schock an.)
48. Sarti, Blutungen in den Rückgratkanal. Soc. Emil. e Marchig. di Ostetr. e Ginec. Bologna. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 508. (In Gesichtslage asphyktisch geborene Frucht, multiple Blutungen in den Meningen der Medulla spinalis.)
49. Schmidt, P., Ein Fall intrauteriner Übertragung von Paratyphus. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 911. (Exitus des Kindes am fünften Tage; Paratyphus bakteriologisch nachgewiesen; zugleich Streptokokkeninfektion, Erysipel.)
50. *Schönberg, S., Zur Bewertung der Lungenschwimmprobe. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 542 u. 590.
50a. *Schüler, W., Zum Krankheitsbild der puerperalen Infektion mit dem E. Fränkelschen Gasbazillus. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 61. Nr. 48.
51. Shell, Sp., Schädelimpression beim Neugeborenen. Practitioner. 1914. Juli. (Durch einen Knochenvorsprung am linken Schambein.)
52. Simons, H. F., Torticollis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 645. (Ermittelte, dass unter den kongenitalen Fällen 20 % der Kinder normal geboren worden waren.)
53. Snowball, Th., Zur Kasuistik der angeborenen doppelseitigen Abduzens- und Fazialislähmung. Graefes Arch. Bd. 90. p. 155. (Ein Fall.)
54. *Stephan, Melaena neonatorum. Ärztl. Verein Greifswald. Sitzg. vom 12. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 150.
55. *Tuma, J. V., Einfluss der Anomalien der Nabelschnur auf die Geburt und auf die Frucht. Casop. lék. cesk. 1914. Nr. 44. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p 350.
56. v. Ujj, S., Über interessante Fälle der Dermatitis exfoliativa neonatorum (familiäres Auftreten). Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 81. Heft 1. (39 Fälle, darunter 3 bei Neugeborenen in einer Familie.)
57. *Vioran, R. L., Nabelinfektionen. Med. Record. New York. Bd. 86. Nr. 17.
58. Voges, Über intrakranielle Blutungen der Neugeborenen. Inaug.-Diss. Tübingen 1914. (Konvexitätshämatom nach Spontangeburt, jedoch war Pituglandol angewendet worden; der Fall findet sich auch bei A. Mayer [31].)
59. *Weigert, Geheilter Fall von Eventratio diaphragmatica. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 13. Juli 1914. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 117.
60. Winter, M., Masern an 16- bzw. 18tägigen Säuglingen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 81. Heft 6. (An zwei Fällen wird der Nachweis geliefert, dass auch Neugeborene für Masern ansteckungsfähig sind.)

Eisenmann (15) erörtert die Rechte des geborenen und des noch nicht geborenen Kindes nach der Anschauung der alten und neuen Kulturvölker und hebt hervor, dass heute die Rechtsfähigkeit der Menschen als bei der Geburt beginnend angenommen wird, während doch andererseits dem Nasciturus, ja auch dem nondum conceptus Rechte vorbehalten werden. Medizinisch dagegen beginnt die Menscheigenschaft mit der Vereinigung der Geschlechtszellen.

Die künstliche Befruchtung wird für berechtigt erklärt, wenn der Vereinigung der Geschlechtszellen mechanische oder chemische Hindernisse entgegenstehen. Vater im Sinne des Rechtes ist der physiologische Erzeuger, dem, wenn die künstliche Befruchtung gegen seinen Willen erfolgt ist, höchstens ein Schadenersatz zustehen kann gegenüber dem, der die künstliche Befruchtung vorgenommen hat.

Bezüglich der Tötung oder Körperverletzung und der Abtreibung und Tötung der Frucht im Mutterleibe muss das lebende Kind vom Beginne der Geburt an als „Mensch" gelten, also nicht nach Austritt des ganzen Körpers oder eines Körperteils bei der Geburt, oder nach Aufhören der fötalen Plazentaratmung.

Die Formulierung Ahlfelds für den § 1 des B.G.B. wird nicht für vorteilhaft erklärt, sondern die Bestimmungen des B.G.B. in Verbindung mit der Praxis der Gerichte genügen den Anforderungen des Rechtslebens. Für das künftige Strafrecht soll der Tatbestand der Kindestötung unverändert bestehen bleiben. Für die Abtreibung soll gesetzlich aus-

gedrückt werden, dass der Nasciturus von Anfang an Menscheigenschaft besitzt und es wird daher die Formulierung vorgeschlagen: „Wer vorsätzlich den Tod eines Kindes vor dem Beginn der Geburt durch Abtreibung oder Tötung im Mutterleib herbeiführt etc." Auch die fahrlässige Abtreibung sollte im Str.G.B. eine Bestimmung erfahren, denn die Frucht bedarf eines Schutzes gegen Modetorheiten und unvernünftige Lebensweise der Mutter und gegen gewissenloses Verhalten des Erzeugers gegenüber seinen Verpflichtungen. Schliesslich wendet sich Eisenmann aufs entschiedenste gegen den Gedanken einer Straflosigkeit der Abtreibung — auch bei Schwängerung durch Notzucht — und gegen die soziale Indikation zur Aborteinleitung, gegen das populationistische Moment, gegen das absolute Selbstbestimmungsrecht etc. und andere moderne Schlagwörter.

Geburtsverletzungen.

Mayer (31) beobachtete drei Fälle von intrakraniellen Blutungen nach Spontangeburt, nämlich eine Konvexitätsblutung und zwei Tentoriumzerreissungen, ferner drei Tentoriumzerreissungen nach operativer Geburt, einmal mit Zange und zweimal nach Extraktion des nachfolgenden Kopfes mittelst Extraktion unter gleichzeitigem Druck von oben. Besonders wird der Veit-Smelliesche Handgriff als keineswegs für harmlos erklärt. Bei Spontangeburten werden als Ursachen angenommen: starke Knochenverschiebung durch Druck des knöchernen Beckenwegs, Druck des mangelhaft erweiterten Muttermundes bei vorzeitigem Blasensprung mit Hyperämie und Stauung unter gleichzeitiger Wirkung des Druckunterschiedes ober- und unterhalb des Muttermundes, Nabelschnurumschlingung um den Hals, Kompression der Venen durch Struma oder vergrösserte Thymus, Herzfehler, Asphyxie, wobei die Wirkung Schultzescher Schwingungen nicht ausser acht gelassen werden darf, endlich im Kinde liegende, zur Zerreissung prädisponierende Ursachen, z. B. harte und grosse kindliche Schädel, aber auch kleine weiche Köpfe, Frühgeburten, Lues, Erkrankung der Mutter, wie Arteriosklerose, Nebennierenerkrankungen, Schrumpfniere, chronische Bleivergiftung, Alkoholismus, Lebererkrankungen, Eklampsie, vielleicht auch einfache Blutdrucksteigerung, z. B. durch Hypophysinanwendung. Jedenfalls beweist das Vorkommen solcher Blutungen bei Spontangeburten, dass aus dem Vorhandensein einer solchen nicht auf eine vorausgegangene unsachgemässe Gewalteinwirkung und auf eine Schuld des Geburtshelfers oder auf ein Verbrechen geschlossen werden darf.

Als Folgen werden Tod, Infektion des Hämatoms, Atmungsstörungen und Pneumonie, Zunahme des Hämatoms, wobei besonders die Vornahme Schultzescher Schwingungen schädlich einwirkt, Reiz- und Ausfallserscheinungen, Idiotie, Schwachsinn, Chorea, Epilepsie, infantile Zerebrallähmungen (Littlesche Krankheit) Sehstörungen, Taubheit, Porencephalie, Hydrocephalus etc. ausführlich besprochen und die Symptome und die allenfallsige Therapie genau geschildert.

v. Reuss (46) weist bei Besprechung der Stauungsblutungen auf die kleinen Gefässverletzungen bei asphyktischen Kindern hin, die durch Schultzesche Schwingungen vergrössert werden können. Stauungsecchymosen im Verdauungskanal können zu Melaena neonatorum Veranlassung geben.

Miklaszewski (36) fand als Ursachen des Kephalhämatoms vorzeitigen Blasensprung, Vergrösserung des bitemporalen Durchmessers, relative Enge des Geburtskanals, Vorderscheitelbeinlage und Oligamnios.

Fraenkel (17) macht darauf aufmerksam, dass Epiphysenlösungen bei Neugeborenen spontan auf Grund von Osteochondritis syphilitica entstehen können und dass sich der Nachweis derselben röntgenologisch an den reaktiven Veränderungen (Kallusbildung, Periostitis ossificans) erbringen lässt. Die Zusammenhangstrennung geht hierbei nicht an der Grenze zwischen Epi- und Diaphyse, sondern im Bereich der als Kalkgitter bekannten Zone, also in der Diaphyse vor sich und in bald quer, bald schräg verlaufender Richtung gegen den Epiphysenknorpel zu. Die periostitischen Prozesse sind nach Ablauf der Osteochondritis noch monatelang röntgenologisch erkennbar.

Gaugele (19) hält in Übereinstimmung mit Lange die Entbindungslähmung des Armes nicht für eine echte Lähmung, sondern für eine der Distorsion des Schultergelenks ähnliche Verletzung der Kapsel mit nachfolgender Schrumpfung; meistens ist eine Ablösung der Epiphyse damit verbunden.

Bethe (6) beschreibt zwei Fälle von Humerusverletzungen, einen Querbruch dicht unterhalb der Epiphyse mit leichter Verschiebung des distalen Fragmentes nach der Richtung der Axilla und einen Schrägbruch des obersten Teiles der Diaphyse. In beiden Fällen bestand charakteristische Innenrotation und Abduktion des Oberarms in kontrakter Stellung.

Die Innenrotation wird durch Läsion des Nervus supraspinatus erklärt. Beide Kinder waren durch Kunsthilfe geboren worden.

In der Diskussion erwähnt Lüdicke die Entstehung Erb-Duchennescher Lähmung nach Ausführung Schultzescher Schwingungen durch Druck des Daumens gegen den Plexus brachialis ohne Knochenverletzung.

Weigert (59) beschreibt einen Fall von Eventratio diaphragmatica, die er auf eine durch Geburtstrauma (Zangenentbindung) hervorgebrachte Lähmung des die linke Zwerchfellhälfte innervierenden Nervus phrenicus zurückführt. Der Nerv kann nach seinem Ursprung aus dem Rückenmark ebenso, wie der Plexus brachialis, am Hals durch Zug oder Druck getroffen werden. Die Heilung erfolgte spontan bis zum Ende des dritten Lebensmonats.

Mayerhofer (33) ist geneigt, für die Sklerodermie (nicht Sklerem!) der Neugeborenen eine Kombination von Geburtsschädigung (Zangengeburt) des Unterhautzellgewebes mit nachträglich starker thermischer oder mechanischer Schädigung bei besonders disponierten Kindern anzunehmen.

Tuma (55) beobachtete Zerreissung der Nabelschnur siebenmal, darunter nur einmal bei lebendem Kinde; in letzterem Falle zerriss die um den Hals geschlungene Schnur beim Lösen seitens der Hebamme. In einem Falle verblutete sich das Kind durch partielle Anreissung der Schnur, und zwar aus zwei gerissenen aberrierenden Gefässen bei Fehlen der Whartonschen Sulze. In einem Falle trat Verblutung des Kindes durch Zerreissung eines Gefässes bei velamentöser Nabelschnurinsertion ein (unter 48 Fällen letzterer Anomalie).

v. Reuss (46) schätzt die Zahl der leicht asphyktisch geborenen Kinder auf 90 %; er lässt die Frage offen, ob die hierdurch bewirkten Stauungen im Gehirn für die spätere geistige Entwicklung des Kindes Bedeutung gewinnen können.

Meltzer (35) regt zur Behandlung asphyktischer Neugeborener die pharyngeale Insufflation an, wofür er einen Apparat angibt; bisher wurde die Methode erst an Leichen versucht.

Krankheiten der Neugeborenen.

Abels (1) fand, dass der Icterus neonatorum in ausgesprochener Weise eine familiäre oder habituelle Erkrankung ist und dass von der Erst zu den später Geborenen sich regelmässig eine Abnahme der Ikteruserscheinungen nachweisen lässt. Er erkennt daher in dem Icterus neonatorum eine Folge des Geburtsvorgangs und der denselben begleitenden, den fötalen wie den mütterlichen Organismus betreffenden Veränderungen und Schädigungen, wobei als ursächlich auf die wechselseitigen Beeinflussungen, besonders von seiten der Plazenta zu denken ist.

v. Reuss (46) erklärt den Ikterus der Neugeborenen für hepato-lienalen Ursprungs und sieht in ihm die Folge eines gesteigerten Blutfarbstoffwechsels und von Stauungen in der Milz, welche eine vermehrte Urobilinausscheidung hervorrufen.

Armbruster (3) führt den Icterus neonatorum auf den embryonalen Druck auf die Leber infolge Krümmung der embryonalen Wirbelsäule, auf die bisherige sehr geringe Aktivität der Leber, die durch den Verschluss des Ductus Arantrii vermehrt wird und endlich auf Bildung der Darmflora zurück. Als Zweck des Ikterus wird angeführt Vermehrung der Darmperistaltik, Verlangsamung der Herzaktion und Verhütung der Nabelinfektion durch die Galle.

Bang (4) hebt hervor, dass bei allen Kindern bei der Geburt der Gallenfarbstoff im Blut vermehrt ist und dass nach der Geburt eine weitere Vermehrung des Gallenfarbstoffs eintritt; durch diese Vermehrung bleibt anfangs die Anpassungsfähigkeit des Herzens zurück und es kommt zu Stauung in der Leber. Auf diese Weise wird das Zustandekommen des Icterus neonatorum erklärt, jedoch wird auch die Möglichkeit der von Ylppö angenommenen Dysfunktion der Leber wegen mangelhafter Entwicklung des Leberparenchyms für möglich gehalten.

Heynemann (22) kommt nach eingehenden Untersuchungen an Neugeborenen mittelst Lävulosedarreichung zu dem Ergebnisse, dass die Ursache des Icterus neonatorum in erster Linie auf eine abweichende und unvollkommene Funktion der Leberzellen zurückzuführen ist, die den gesteigerten Anforderungen nach der Geburt zunächst nicht gewachsen sind. Seine Entstehung wird daneben begünstigt durch die Blutfülle der Leber und das um diese Zeit stattfindende reichliche Zugrundegehen der roten Blutkörperchen, dessen Ursache zur Zeit nicht sicher zu erkennen ist und vielleicht in einer gesteigerten Tätigkeit der Kupfferschen Sternzellen und damit ebenfalls in der Leber zu suchen ist.

Pfältzer (43) teilt nach Analyse der bisher veröffentlichten Fälle von Kernikterus einen neuen einschlägigen Fall mit, in welchem sich ausser Nekrosen am Zungengrund und im Ösophagus eine feste Infiltration des Nabels fand. In Abstrichen aus der Leber und aus der Nabelwunde wurden reichlich Kolibazillen- und vereinzelte Kokkenkulturen gezüchtet; diese Befunde und ebenso die wachsige Muskeldegeneration werden als Beweismoment für den infektiösen Ursprung des Kernikterus angesprochen. Als Ausgangspunkt der Infektion wird im vorliegenden Falle die Ösophagitis angesehen.

Infektionen.

Vioran (57) führt Nabelinfektionen ausser auf Fehler gegen die Asepsis bei der Abnabelung und der Nabelpflege auf Infektion durch das Bad, auf Infektion durch Keime aus dem Lochialsekret der Mutter und bei Ophthalmoblennorrhoe zurück. Die Infektion geht entweder vom Strangrest vor der Mumifikation oder nach Abfall des Restes von der Nabelwunde aus. Bei schwächlichen und frühgeborenen Kindern kann statt der Mumifikation feuchte Gangrän auftreten. Als Infektionserreger kommen Streptokokken, Kolibazillen, Pyozyaneus und Tetanusbazillen in Betracht. Als Infektionsformen werden Fungus umbilici, Ulcus, Pyorrhoe der Nabelwunde, Omphalitis, Periomphalitis mit nachfolgender Phlebitis, Arteriitis, Erysipel, embolische Abszesse und Peritonitis genannt.

Müller (38) berichtet über die Nabelbehandlung an der Baseler Klinik und stellt als Anforderungen dafür auf: 1. Beschleunigung der Wundheilung in Anbetracht der Demarkation eines nekrotisierenden Gewebsstückes und der durch Granulationsbildung sich schliessenden Wunde; 2. Beschleunigung der Granulationsbildung durch Dauerverband und Vermeidung der Durchfeuchtung durch das tägliche Bad; 3. möglichste Kürzung und Entwässerung des Schnurrestes unter luftdurchlässigem Verband. Das angewendete Verfahren besteht in primärer Abbindung der Schnur durch ein Leinenbändchen 8 cm vom Nabel entfernt, hierauf Abklemmung des Schnurrestes möglichst nahe dem Hautrand und überall gleichweit von der Übergangsstelle entfernt mittelst der v. Herffschen Klemme, Entfernung der Vernix mit Olivenöl, Abnahme der Klemme und Anlegung einer Zwirnligatur an die gequetschte Stelle, dann Baden des Kindes, sorgfältige Reinigung und Trocknung und Abschneiden des Schnurrestes kurz über der Ligatur. Hierauf Anlegung des Vömelschen Verbandes (Mullkompresse mit Leukoplastring), der 10 Tage liegen bleibt. Alle Manipulationen sind mit desinfizierten Händen und sterilem Material vorzunehmen. Ausserdem wurden vor Anlegung der Mullkompresse eine Reihe austrocknender, antiseptischer oder konservierender Mittel versucht, unter denen Perubalsam und Perhydrol-Lenicet die besten Resultate lieferten. Namentlich das letztere Mittel erscheint für die allgemeine Hebammenpraxis geeignet. Die Methode wurde von den Hebammen ohne Schwierigkeit erlernt und ausgeführt. Kinder, bei denen nach Abnahme des Vömelschen Verbandes die Nabelwunde noch gross und der Schnurrest noch festhängend war, wurden mit einem neuen Verband entlassen und nach 3—4 Tagen zur poliklinischen Kontrolle wiederbestellt.

Unter 5000 Kindern kamen bei dieser Behandlung nur noch vier Fälle von leichter Nabelinfektion und zwei Fälle von Nachblutung vor. Während in den vorausgegangenen Jahren unter 10 000 Kindern noch 0,07 % Todesfälle an Nabelinfektion vorgekommen waren, war bei den letzten 5000 Kindern die Mortalität 0.

Pirquet (44) empfiehlt zum Nabelverband einen 12—16 cm weiten, aus Crepe-Tetrastoff gefertigten Trikotschlauch.

Paulmann (40) beschreibt die Abnabelungsmethode an der Kieler Klinik: provisorische Abbindung auf gewöhnliche Weise, etwa 20 Minuten später Unterbindung 2 mm von der Epidermisgrenze entfernt mittelst sterilen, geflochtenen Seidenfadens und Absetzung des Strangs 4 mm von dieser Unterbindung entfernt mit Schere, Säuberung mit sterilem Tupfer, Aufpuderung einer dicken Schicht Dermatol und Verband mit sterilem Mull. Der Verband wird, wenn er durchnässt ist, in derselben Weise gewechselt und das tägliche Bad wird weggelassen. Unter dieser Behandlung traten 0,84 % Nabelinfektionen, darunter 0,14 % tödliche mit unaufgeklärtem Infektionsmodus auf.

Kaufmann-Wolf (25) beobachtete Übertragung der Dermatitis exfoliativa neonatorum vom Kind auf die Brust der Mutter. Die Inkubation dauert mindestens 10 Tage.

Brandenburg (8) erklärt die Winckelsche und wohl auch die Buhlsche Krankheit am ehesten als durch Infektion oder Toxine bedingte Hämolyse, wofür für erstere Krankheit das epidemische Auftreten spricht.

Carli (11) beschuldigt für die hämorrhagischen Infektionen bei Neugeborenen verschiedenartige Mikroorganismen als Erreger, am häufigsten Streptokokken, und als häufigste Eintrittspforte die Atemwege. Sechs Fälle.

Stephan (54) beschreibt einen Melaenafall bei einem beim engen Becken nach protrahierter Geburt mittelst hoher Zange extrahiertem Kinde, in welchem ausser den Magen- und Darmblutungen subkutane Blutergüsse und Gehirnerscheinungen auftraten, so dass als Ursache der Erkrankung eine Gehirnläsion angenommen werden konnte.

Derby (13) fand in nur 21,3 % der Fälle von Ophthalmia neonatorum Gonokokken als Erreger, betont aber die grosse Schwierigkeit der Kultivierung der Gonokokken. In einigen Fällen fand sich auch kongenitale Vaginitis. Nach amerikanischen Gesetzen verfallen die Eltern schwerer Bestrafung, wenn Vernachlässigung der Pflege zur Erblindung des Kindes führte.

Hamm (20) berichtet über die Erfolge der prophylaktischen Einträufelung von Silbernitrat und Sophol aus der Kieler Klinik. Die Einträufelung wird nach der Abnabelung auf dem Wickeltisch mittelst Pipette (auf die Mitte der Hornhaut je ein Tropfen) vorgenommen. Bei bestehendem Gonorrhoeverdacht wird die Einträufelung vor der Abnabelung ausgeführt. Das 1 %ige Silbernitrat ergab eine fast doppelt so grosse Schutzzahl (0,1634 %) als Sophol (0,3239 %). Nichtgonorrhoische Augenentzündung wurde bei Silbernitrat in 1,6 %, bei Sophol in 4,53 % beobachtet. Reizkatarrhe ergaben sich bei Silbernitrat in 0,13, bei Sophol in 1,618 %. Im allgemeinen wird dem Silbernitrat der Vorzug gegeben.

Kujumdjreff (27) weist auf den leichteren Verlauf der Conjunctivitis non gonorrhoica gegenüber der gonorrhoischen Konjunktivitis bei Neugeborenen hin. Die Credésche Prophylaxe schützt nach seinen Beobachtungen nicht absolut sicher vor einer Infektion und die Ophthalmoblennorrhoe verläuft bei den credéisierten Kindern keineswegs günstiger als bei den nicht Credéisierten.

Mittweg (37) prüfte die zur Ophthalmoblennorrhoeprophylaxe gebrauchten Mittel auf ihre Reizwirkung und fand nach Einträufelung von 1 %iger Höllensteinlösung besonders dann häufigen Argentumkatarrh, wenn die Lösung älter war. Bei Gebrauch der Hellendallschen Ampullen und der frisch bereiteten Lösung mit Weidenbaumschen Lapispastillen traten Argentumkatarrh nicht auf. Nach Sophol kam es in 22, nach Argentumazetat in 76 % der Fälle zu Argentumkatarrh. Bei allen Mitteln wurde nach 4—5 Stunden deutliche, aber kurzdauernde Eiterabsonderung beobachtet. Für die Prophylaxe in der Hebammenpraxis empfiehlt Mittweg 5 %ige Sophollösung, Einträufelungsmethode nach Ahlfeld, Tropffläschchen von 5 ccm Inhalt mit Aufschrift, Verpflichtung der Erneuerung der Lösung mindestens alle zwei Monate, Vermerk im Hebammentagebuch über jede Einträufelung und obligate Einträufelung in jedem Falle.

Plötzliche Todesfälle.

Hammar (21) fand bei histologischen Untersuchungen der Thymus bei 14 Fällen von Thymustod ziemlich regelmässig einen hohen Index für das Verhältnis der Rinden- zur Markmenge, eine geringe Anzahl Hassalscher Körperchen auf 1 mg Parenchym, Fehlen der ganz grossen Formen der Hassalschen Körperchen und Leukozyteninfiltration des Markes, so dass die Annahme, dass die Thymusfunktion in solchen Fällen irgendwie gestört sein muss, berechtigt erscheint.

Kindsmord.

Schönberg (50) fand bei einer 32 cm langen, intrauterin bei stehender Blase abgestorbenen Frucht, die erst nach dem an Lungentuberkulose erfolgten Tode der Mutter bei der Sektion aus den intakten Eihäuten entfernt wurde, die Lungen makro- und mikroskopisch lufthaltig und in toto in Wasser gebracht schwimmend. Eingriffe hatten bei der Schwangeren nicht stattgefunden und der Fötus zeigte keinerlei Zeichen von Fäulnis. Ausser Luft fanden sich in den Alveolen geringe Mengen von Epidermisschüppchen. Die Herkunft der Luft konnte nicht aufgeklärt werden.

In der Diskussion (Med. Ges. Basel) will Streckeisen den Luftgehalt der Alveolen durch Abgabe von Kohlensäure an das Fruchtwasser während der langdauernden Agonie der Mutter durch die hierdurch bewirkte Überladung des mütterlichen und kindlichen Blutes durch Kohlensäure erklären; die Kohlensäure würde dann vom Fötus aus dem Fruchtwasser eingeatmet worden sein.

Schüler (50a) fand bei einem Fötus nach tödlicher Erkrankung der Mutter an puerperaler Infektion mit dem Bacillus aërogenes capsulatus Fränkel die Lungenschwimmprobe positiv.

Meixner (34) fand bei der Sektion eines vier Tage alten Kindes beim Abnehmen der Schädelkapsel eine in die grosse Fontanelle eingedrungene Nähnadel, deren Spitze im

rechten Stirnlappen steckte, wo sich eine Spur eines Blutaustrittes fand. Äusserlich war an der Kopfschwarte keine Verletzungsspur, an der Innenfläche der Kopfschwarte nur ein kleines hellrotes Fleckchen sichtbar. Die Nadel war von der unehelichen Mutter dem Kinde eingestochen worden. Sie war aber nicht die Todesursache, sondern Vergiftung mit Schweinfurter Grün.

Anhang: Missbildungen.

1. d'Ajutolo, G., Einige seltene oder neue Formen kongenitaler Anomalien der Ohrmuschel. Arch. di antropol. crim. Heft 2. Ref. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 28. p. 683.
2. Aschoff, Wahrscheinlich kongenitale Zwerchfellhernie. Med. Ges. Freiburg. Sitzg. vom 15. Dez. 1914. Med. Klinik. Bd. 11. p. 232.
3. Ballowitz, E., Symmetrische Heptadaktylie beider Füsse. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1605. (Familiär ererbt.)
4. Barach, F., Fall von symmetrischer Kontraktur der Gelenke der oberen und unteren Extremitäten. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 85.
5. Beck, O., Missbildung der Ohrmuschel und des Felsenbeins. Österreich. otol. Ges. Sitzg. vom 28. Juni. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 1819.
6. Beck, R., Situs viscerum inversus totalis. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 15. Okt. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 1172.
7. Behrend, Situs inversus totalis ohne weitere kongenitale Missbildungen. Wissensch. Verein d. Ärzte. Stettin. Sitzg. vom 5. Mai 1914. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 92.
8. Beneke, Totalatresie des Ostium aorticum. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 21. Okt. 1914. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 158.
9. — Seltener Fall von Kraniorachischisis. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. vom 7. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1291.
10. Bertolotti, M., Achondroplasie und Geroderma genito-dystrophicum. Riforma med. Nr. 8. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 354.
11. Böhi, Fall von Geburtshindernis, bedingt durch übermässige Dilatation der fötalen Harnblase mit gleichzeitiger Ruptur derselben. Studien z. Path. d. Entwicklung von Meyer und Schwalbe. Bd. 1. Heft 3.
12. Börger, F., Über zwei Fälle von Arachnodaktylie. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 12. Heft 2/3.
13. Bossert, Kasuistischer Beitrag zur Ichthyosis congenita. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 82. Heft 5.
14. Van Braam Houckgeest, A. Q., Chondrodystrophie mit vielfachen Knochenauswüchsen. Tijdschr. v. Geneesk. 26. Sept. 1914.
15. Brohl, Angeborene Geschwulst der Stirn. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. vom 11. Juni 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 174. (Teleangiektasie.)
16. Cailloud, Kongenitaler, rechtsseitiger Zwerchfelldefekt. Virchows Arch. Bd. 218. Heft 1.
17. Chiari, H., Ein Beitrag zur Kenntnis der sogenannten fötalen Erythroblastose, d. i. einer Form der angeborenen allgemeinen Wassersucht. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 80. p. 561.
18. — Partieller Defekt des intraabdominellen Teiles der Vena umbilicalis mit Varizenbildung bei einem neugeborenen Kinde. Zentralbl. f. Path. Bd. 26. Heft 1.
19. Cywinski, Hernia diaphragmatica. Gyn. Helv. Bd. 9. p. 232. (Tod unter zunehmender Zyanose.)
20. Desfosses, Fehlen des Os sacrum. Presse méd. 1914. Nr. 25. (Fehlen der Wirbelsäule vom zweiten Lendenwirbel ab.)
21. Döring, Angeborener Defekt der rechten Lungenarterie: Studien z. Path. d. Entw. von Meyer und Schwalbe. Bd. 2. Heft 1.
22. Dorner, Fall von Missbildung beider Arme (Strahldefekt) und der Brustwand. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 16. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 518. (Beiderseits Fehlen des Daumens, rechts Fehlen des Radius, Schiefhals, rechts Verschmelzung der vier oberen Rippen, teilweise Verbindungen zwischen den nächsten vier Rippen.)
23. Durlacher, Zur Kasuistik der Zyklopie mit Rüsselbildung. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 41. p. 1128.

24. Ebeler, F., und F. Duncker, Der angeborene Prolapsus uteri bei einem mit Spina bifida behafteten Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 77. p. 1.
25. Ebert, R., Über Luxatio humeri congenita. Arch. f. Orthop., Mechanother. u. Unfallchir. Bd. 13. Heft 3. (Auf amniotische Abschnürung zurückgeführt.)
26. Ely, L. W., Doppelter Klumpfuss bei Zwillingen. Med. Record. New York. Bd. 87. Nr. 25. (Bei beiden Kindern.)
27. Engelmann, G., Kongenitaler Femurdefekt. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 35. p. 274.
28. Fink, K., Beitrag zur Hernia funiculi umbilicalis. Inaug.-Diss. Kiel 1914.
29. Fischer, Kongenitale Stenose der Aorta durch Klappenmissbildung. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 7. Dez. 1914. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 197.
30. — Linksseitige Zwerchfellhernie. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 17. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1327.
31. Forst, W. A., Über kongenitale Varizen. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 17. (Verblutung aus einem nach innen geplatzten Varix der V. jugularis interna.)
32. Frank, Missbildung. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. vom 11. Juni 1913. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 176. (Spaltfüsse, Oligodaktylie.)
33. Frank, P., Fall von mehrfacher Meningocele. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 949.
34. Glaessner, K., Eventratio diaphragmatica dextra. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 26. Nov. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 1330.
35. Glickmann, E., Über Hernia diaphragmatica congenita vera. Inaug.-Diss. München 1914.
36. Glinski, L. K., Beiderseitige Lungenhypoplasie. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 286. (Der zugleich vorhandene allgemeine Hydrops wird als Ursache der Hemmung der normalen Lungenentwicklung angesehen.)
37. Gorzelanczyk, L., Über einen Fall von multiplen Missbildungen durch amniotische Verwachsungen hervorgerufen. Inaug.-Diss. Heidelberg.
38. Graessner, Spina bifida occulta. Festschr. d. Acad. f. prakt. Med. in Köln. p. 355.
39. Grinbarg, A., Über Missbildung der Finger und Zehen an den Extremitäten. Inaug.-Diss. München 1914.
40. Gruber, G. B., Beiträge zur Lehre vom kongenitalen Zwerchfelldefekt. Virchows Arch. Bd. 218. Heft 1.
41. Hagenbach, E., Tumor der Nabelgegend. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 1. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 82. p. 884. (Offener Ductus vitello-intestinalis.)
42. v. Hansemann, Totale Atresie des Duodenum. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 14. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 986.
43. Hanser, Sakrale überzählige Darmanlage mit Respirationstraktus. Studien z. Path. d. Entwicklung von Meyer und Schwalbe. Bd. 2. Heft 1.
44. Hedinger, Transposition der grossen Gefässe bei einfacher Herzkammer. Zentralbl. f. Pathol. Bd. 26. Heft 21.
45. Heim, Missbildungen bei den Farbigen unserer Schutzgebiete. Virchows Arch. Bd. 220. Heft 2. (Ohr- und Zahndeformitäten, überzählige Finger, Extremitätenmissbildungen etc., wie bei Europäern.)
46. Heller, F., und G. B. Gruber, Beitrag zur Kasuistik der Herzmissbildungen. Zeitschrift f. Kinderheilk. Bd. 11. Heft 5/6. (Transposition des Ostium aortae nach rechts, pulmonale Konusstenose, Defekt im Kammerseptum; abnorme Entwicklung der rechten Art. subclavia und vertebralis.)
47. Helm, Megacolon congenitum. Wissensch. Ges. deutscher Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 13. Nov. 1914. Prager med. Wochenschr. Bd. 40. p. 96.
48. Hennemann, C., Zur Behandlung der Spina bifida. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 222. (Dreimalige Punktion mit gutem Erfolg.)
48a. Herderscheê, D., De minderwaardigheid van den Eerstgeborene. (Die Minderwertigkeit des Erstgeborenen.) Psychiatr. en neurol. Bladen. Bd. 19. Heft 6. p. 542. (Holländisch.) (Statistische Arbeit. Von 1161 Kindern der Schulen für Schwachsinnige in Amsterdam wurde verzeichnet, das wievielte Kind sie waren und die Zahl der lebenden und gestorbenen Geschwister. Das Vergleichsmaterial wurde dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Amsterdam entnommen. Verf. stellt die gewonnenen Resultate in mehreren Tabellen zusammen. Diese bestätigen nicht die ziemlich allgemein verbreitete Ansicht von der Minderwertigkeit des Erstgeborenen. Verf. weist auf

verschiedene Fehler hin in den diesbezüglichen, am häufigsten herangezogenen Statistiken von Pearson und Hansen.) (Lamers.)

49. Hildebrand, Über Eventratio und Hernia diaphragmatica. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 92. p. 213.
50. Hilgenreiner, H., Zur Hyperphalangie bzw. Pseudohyperphalangie der dreigliedrigen Finger nebst Bemerkungen zur vollkommenen Verlagerung überzähliger Metacarpi. (Ectopia metacarpi supernumerarii.) Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 35. (Zwei Fälle.)
51. Hirsch, A., Ösophagotrachealfistel. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 12. Nov. 1914. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 23.
52. Hörhammer, Doppelseitiger Riesenwuchs an den Füssen. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 18. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1175.
53. Holländer, Mediane Zungen- und Unterkieferspalte. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 19. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 617.
54. Hornung, R., Fall von angeborenem beiderseitigen Fehlen des Radiusköpfchens mit knöcherner Vereinigung des proximalen Endes des Radius mit der Ulna. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1216.
55. Huguenin, Missbildung. Gyn. Helv. Bd. 8. p. 311. (Grosser Hautdefekt am Schädel, doppelter Wolfsrachen, beiderseitiger Kryptorchismus, Spontanamputation an den Phalangen.)
56. Jacobsohn, Schulterblatthochstand. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 13. Juli 1914. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 119. (Zugleich Fehlen zweier Rippen, Keilwirbelbildung im obersten Teil der Brustwirbelsäule; Skoliose der Halswirbelsäule, Schiefhals, Meningozephalocele, Fazialisparese.)
57. Indemans, J. W. M., Angeborene und erworbene symmetrische Hypertrophie der Speicheldrüsen und des Lymphgefässsystems des Halses. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 52. p. 642.
58. Joffe Schoul-Hirsch, Ein Fall von Dicephalus tetrabrachius dipus. Inaug.-Diss. München 1914.
59. Ipsen, Fall von angeborenem Herzfehler (Endocarditis fibrosa congenitalis ventriculi cordis sinistri) bei einem Neugeborenen. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 15. Jan. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 690.
60. Keck, Zur Morphologie der Muskulatur bei Defektbildungen an Extremitäten der Menschen. Studien zur Pathol. d. Entwicklung von R. Meyer und E. Schwalbe. Bd. 1. Heft 3.
61. Kellner, Oligodaktylie und symmetrische Spaltbildung an Händen und Füssen. Med. Ges. Chemnitz. Sitzg. vom 12. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1507.
61a. Kan, P. Th. L., Een en ander over aangeboren keel-, neus- en ooraandoeningen. (Einiges über angeborene Rachen-, Nasen- und Ohrenerkrankungen.) Nederl. Maandschrift v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 2. p. 100 u. Heft 3. p. 163. (Holländisch.) (An Hand von sechs schematischen Zeichnungen gibt Verf. zuerst eine Übersicht über die embryonale Entwicklung der Ohren, der Nase und des Rachens. Im zweiten Teil der Arbeit werden die angeborenen Abweichungen an diesen Organen besprochen. Es wird nur ein eigener Fall von Choanalatresie mitgeteilt, übrigens ist die Arbeit allgemein gehalten. Auf drei Tafeln sind die angeborenen Abweichungen der Ohrmuschel und, schematisch, der Waldeyersche Ring abgebildet.) (Lamers.)
62. Kienböck, Über infantile Osteopsathyrose. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 23. Heft 2.
63. König, F., Schulterblatthochstand. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 94. p. 530.
64. Kramer, K., Ein Fall von Genu varum congenitum. Arch. f. Orthop., Mechanother. u. Unfallchir. Bd. 13. Heft 4.
65. Krosz, Angeborene Atresie des Kehlkopfes. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 16. Heft 1.
66. — Seltene Missbildungen an den Herzklappen. Ebenda.
67. Kusnezoff, J., Über Osteogenesis imperfecta. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 16. Heft 1.
68. Ligabue, P., Limfangiomi cistici e cisti sierose congenite. Clin. chir. Bd. 22. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 641.
69. Löhnberg, E., und F. Duncker, Zwei Fälle von angeborener schwerster Defektbildung sämtlicher Extremitäten. Festschr. z. Feier des 10jährigen Bestehens der Akademie f. prakt. Med. in Köln. Bonn 1914. Marcus u. Weber. (Zwei Fälle, einer

zugleich mit angeborener Skrotalhernie, Schiefhals und Atresia ani. Amniotische Abschnürung wird für beide Fälle abgelehnt und abnormer Uterusdruck angenommen.)
70. Loeser, Kongenitale Aortenstenose und fötale Endokarditis. Virchows Arch. Bd. 219. Heft 3.
71. Mc Callum, W. G., Vier Fälle von Chondrodystrophie. Proceedings of the New York. Path. Soc. 1914. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 707.
72. Magnus, G., Klumpfüsse. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 94. p. 565.
73. Marchand, Missbildungen durch mechanische Einwirkungen. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 2. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 624. (Druckwirkung und Amniosfädenabschnürungen; in der Diskussion werden von Rille intrauterine Verklebungen als Ursachen angeführt.)
74. — Missbildungen. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 18. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1175. (a) Amniotische Verwachsungen, Hydrenzephalocele, Eventration, Verwachsungen einzelner Glieder untereinander und mit der Nabelschnur etc. b) An der Basis abgeschnürte Nabelschnurhernie.)
75. Mayerhofer, E., Angeborener Prolaps. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 10. März 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 165.
76. Moffett, R. D., Chondrodystrophie. New York. Med. Journ. 11. Sept.
77. Monti, R., Über angeborene Zwerchfellbrüche. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 788. (Ein Fall mit Sektionsbefund.)
78. Motzfeldt, K., Zur Kasuistik des kongenitalen Hydrocephalus internus. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 16. Heft 1. (Zugleich Spina bifida sacralis.)
79. Neuhäuser, Angeborener Pektoralisdefekt. XVII. Wissensch. Abend d. Mil.-Ärzte Ingolstadt vom 8. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1055.
80. Neurath, Familiäre amaurotische Idiotie. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 3. Dez. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 1361.
81. Niklas, Osteogenesis imperfecta. Ärzteverein Halle. Sitzg. vom 13. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 549 u. Beitr. z. path. Anat. u. allg. Pathol. Bd. 61. Heft 1.
82. Noack, Angeborene Atlasankylose. Virchows Arch. Bd. 220. Heft 1.
83. Overhoff, Beiträge zur pathologischen Anatomie und Pathologie der Irideremia totalis congenita. Studien z. Path. d. Entwicklung von Meyer und Schwalbe. Bd. 2. Heft 1.
84. v. Peyrer, Fall von Chondrodystrophie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien, Sitzg. vom 25. Juni 1914. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 98.
85. Pichler, K., Dysostosis cleido-cranialis. Ärzteverein Kärnten. Sitzg. vom 3. Mai. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 1248. (Verspäteter oder ausbleibender Schluss der Schädelnähte, Unterentwicklung der Knochen des Gesichts und der Schädelbasis, Fehlen der Schlüsselbeine.)
86. Pol, Die Vertebratenhypermelie. Studien z. Path. d. Entwicklung von Meyer und Schwalbe. Bd. 1. Heft 1. (Fall von überzähligem Arm.)
87. Pomorski, Erfolge der Operation bei Spina bifida und Enzephalocele. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 3.
88. Poulsen, V., Über Zwergwuchs als Folge von Chondrodystrophia foetalis. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 76. Nr. 43.
89. Richter, J., Missbildung. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 12. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 1184. (Deformierung und Verlegung der Ohrmuscheln nach vorne und unten; „Melotus".)
90. Rubin, G., Congenital abscence of patellae and other patellar anomalies in three members of same family. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. p. 2026.
91. Ruttin, E., Kongenitale Deformität des Ohres. Österr. otol. Ges. Sitzg. vom 3. April. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 1498.
92. Ruyter, F., Chorioangiom der Plazenta, verbunden mit Hydrops universalis des Fötus. Inaug.-Diss. München.
93. Sacchi, Sakraltumor. Gyn. Helv. Bd. 9. p. 257. (Bei einem eineiigen Zwilling von $6^1/_2$ Monaten.)
94. Sachs, O., Fall von Analstenose, einen echten Hirschsprung vortäuschend. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 81. Heft 6.
94a. Scheltema, G., Aangeboren stenose van den oesophagus. (Angeborene Stenose des Ösophagus.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 4. Heft 3. p. 194. (Holländisch.) (Kasuistisch. Das Kind kam erst mit $1^1/_2$ Jahren in

Behandlung. Bis dahin hatte das Verschlucken flüssiger Nahrung geringe Beschwerden hervorgerufen. Die Diagnose wurde durch Röntgenaufnahme sichergestellt.) (Lamers.)

95. Scheuermann, H., Erfahrungen bei Behandlung und Röntgenuntersuchung von Luxatio coxae congenita. Ugeskr. f. Laeger. Nr. 19. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 1253.

96. Schick, Hirschsprungsche Krankheit. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 18. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 685. (Seit der Geburt bestehend.)

97. Schmidgall, G., Zur Kasuistik der angeborenen Atresie des Ösophagus mit Ösophago-Trachealfistel. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 1/2. (Ein Fall, Gastrostomie, Exitus.)

98. Schmidt, M., Über den angeborenen, insbesondere doppelseitigen Schulterblatthochstand. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 35. p. 212.

99. Schneiderhöhn, O., Hirschsprungsche Krankheit. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 12. Heft 4.

100. Schönfeld und Sorantin, Vollständiger Fibulardefekt. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 22. Heft 6.

101. Schröder, Fall von Missbildung beider Arme. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 2. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 622. (Oligo- und Syndaktylie, Fehlen von Mittelhand- und Handwurzelknochen, Vorderarmknochen rudimentär, Verkürzung der Oberarmknochen.)

102. Schütz, Elephantiasis lipomatosa congenita. Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 9. Nov. 1914. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 300.

103. Schute, R., Nabelschnurbruch bei Neugenborenen. Inaug.-Diss. Bonn 1914. (Spricht sich für dei Operation bei lebensfähigen Kindern aus.)

104. Segawa, M., Über die Kombination angeborener und erworbener Skeletterkrankungen (Osteogenesis imperfecta congenita, Morbus Barlowi, Rachitis). Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 12. p. 246.

105. Simon, Enorme Bauchspalte eines Fötus von der Linea alba bis zur Lendengegend reichend. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. vom 11. Juni 1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 41. p. 171.

105a. — Missbildung des Herzens eines drei Tage alten Kindes. Ebenda. (Fehlen des Ventrikelseptums, Atresie der Aorta.)

106. de Snoo, K., Demonstration von 1. Neonatus mit grossem Angiom, 2. Neonatus mit Meningocele. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. vom 17. Jan. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 24. Jahrg. Heft 4. p. 288. (Holländisch.) (1. Angiom der linken Körperhälfte von der Achselhöhle bis zum Schambein, über dem Gefässgeräusche nachzuweisen waren. Röntgenbestrahlung machte die Geschwulst im Verlaufe eines halben Jahres bedeutend kleiner. Jetzt hat das Kind, dem es übrigens gut geht, nach $1^1/_2$ Jahren ein Ulcus bekommen. — 2. Bei der Operation am fünften Tage stellte sich heraus, dass die Geschwulst aus einer Öffnung im Hinterhauptsbein herauskam. Der Duralsack wurde abpräpariert, abgeschnitten, vernäht und im Schädel zurückgebracht, der Schädeldefekt mit abpräpariertem Periost geschlossen. Heilung. — In der Diskussion teilt Meurer zwei Fälle von durch Operation geheilter Spina bifida mit.) (Lamers.)

107. Staemmler, M., Struma congenita. Virchows Arch. Bd. 219. Heft 2.

108. Steyrer, Fall von offenem Ductus Botalli. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 7. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 28. p. 1333.

109. Stoilkovitsch, Fünf Fälle von kongenitalen Appendices an Fingern und Gesicht. Gyn. Helvet. Bd. 10. p. 195. (Auf amniotische Stränge zurückgeführt.)

110. Takanarita, Sektionsbefund eines Falles von angeborener einseitiger Atresie des Gehörgangs. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 96. Heft 3.

111. Tedeschi, C., Über angeborene Brustmuskeldefekte. Arch. f. Orthop., Mechanother. u. Unfallchir. Bd. 13. Heft 3.

112. Thomsen, Über die Vererbung des Mikrophthalmus mit und ohne Katarakt. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 54. Heft 2/3. (Drei Kinder einer Familie.)

113. Trömner, Missbildungen bei Enuresis: Andromastie, Syndaktylie, Spina bifida occulta, Greifzehen. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 6. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 986.

114. Unger, L., Fall von Ichthyosis congenita s. foetalis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Sitzg. vom 10. Dez. 1914. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 203.

115. Urbantschitsch, E., Fall von seltener Missbildung des rechten Ohres. Österr. otol. Ges. Sitzg. vom 26. April. Wiener med. Wochenschr. Bd. 65. p. 1218. (Missbildung des Ohrknorpels, Stenose des Gehörgangs, Fehlen der Trommelhöhle, Defekte im Felsenbein.)
116. Veszprémi, D., Einige Fälle von angeborenem Darmverschluss. Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 60. Heft 1.
117. Wachsner, F., Zur Kenntnis der bilateralen Asymmetrie des menschlichen Körpers. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 51. Nr. 52. (Angeborener Fall.)
118. Walsdtein, Missbildung. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 10. Nov. 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 165. (Scherenhände und Spaltfüsse — Oligodaktylie.)
119. Weibel, W., Dizephalus. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 9. Nov. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 911.
120. Weigert, Geheilter Fall von Relaxatio (Eventratio) diaphragmatica. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 13. Juli 1914. Zentralbl. f. Chir. Bd. 42. p. 67.
121. Weihe, Röntgenaufnahmen eines Falles von linksseitiger kongenitaler Zwerchfellhernie. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 10. August. Münchn. med. Wochenschrift Bd. 62. p. 1690.
122. Weiss, J., Über den Anus anomalus vulvovestibularis und seine chirurgische Bedeutung. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 93. Heft 1.
123. Werner, Zwei seltene Missbildungen. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 9. Dez. 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 339. (Skoliose, Beugekontraktur der Beine, Klumpfüsse, rechts an Stelle der Hand drei kleine Hautwärzchen, links Klumphand — bei Oligohydramnie in einem Uterus bicornis; b) Ichthyosis congenita.)
124. — Über einen Fall von angeborener Skoliose. Arch. f. Gyn. Bd. 104. p. 200.
125. Wieland, E., Hirschsprungsche Krankheit. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 1. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. p. 1204.
126. Zangemeister, Überzählige Finger. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 24. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 62. p. 587. (Fall von Vererbung.)
127. — Symmetrischer Finger und Zehendefekt. Ebenda., (Fall von Vererbung.)
128. Zeiner-Henriksen, K., Fall von Thoracopagus tetrabrachius. Norsk. Mag. f. Laegevidensk. 1914. p. 161. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 39. p. 404.

Sach-Register.

Vergleiche stets das Einzelstichwort.
Die **fett** gedruckten Ziffern sind Hauptstichworte der Abschnitte.

A.

B.

I.

J.

K.

L.

N.

O.

Q.

R.

S.

T.

U.

X.

Y.

Z.

Autoren-Register.

Die **fett** gedruckten Ziffern zeigen Referenten an.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

X.

Y.

Z.

JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE.

UNTER DER MITWIRKUNG VON

DR. L. ADLER (WIEN), DR. B. ASCHNER (HALLE A. S.), DR. E. BRACHT (BERLIN), DR. KR. BRANDT (CHRISTIANIA), DR. H. W. FREUND (STRASSBURG I/E.), DR. A. HAMM (STRASSBURG I/E.), DR. W. HANNES (BRESLAU), DR. F. HEIMANN (BRESLAU), DR. R. HIRSCH (BERLIN), DR. O. HORN (KOPENHAGEN), DR. R. TH. JASCHKE (GIESSEN), DR. F. KERMAUNER (WIEN), DR. L. KNAPP (PRAG), DR. A. J. M. LAMERS (HERZOGENBUSCH), DR. W. LINDEMANN (HALLE A. S.), DR. S. LINDQVIST (SÖDERTÖLJE), DR. LINNERT (HALLE A. S.), DR. MENDES DE LEON (AMSTERDAM), DR. REIFFERSCHEID (BONN), DR. W. REUSCH (STUTTGART), DR. M. STICKEL (BERLIN), DR. W. STOECKEL (KIEL), DR. M. STUMPF (MÜNCHEN), DR. J. VEIT (HALLE), DR. ZUR VERTH (KIEL), E. WEISHAUPT (BERLIN).

REDIGIERT VON

PROF. DR. K. FRANZ IN BERLIN UND PROF. DR. J. VEIT IN HALLE.

XXX. JAHRGANG.

BERICHT ÜBER DAS JAHR 1916.

MIT EINEM BILDNIS VEIT'S.

WIESBADEN.
VERLAG VON J. F. BERGMANN.
1917.

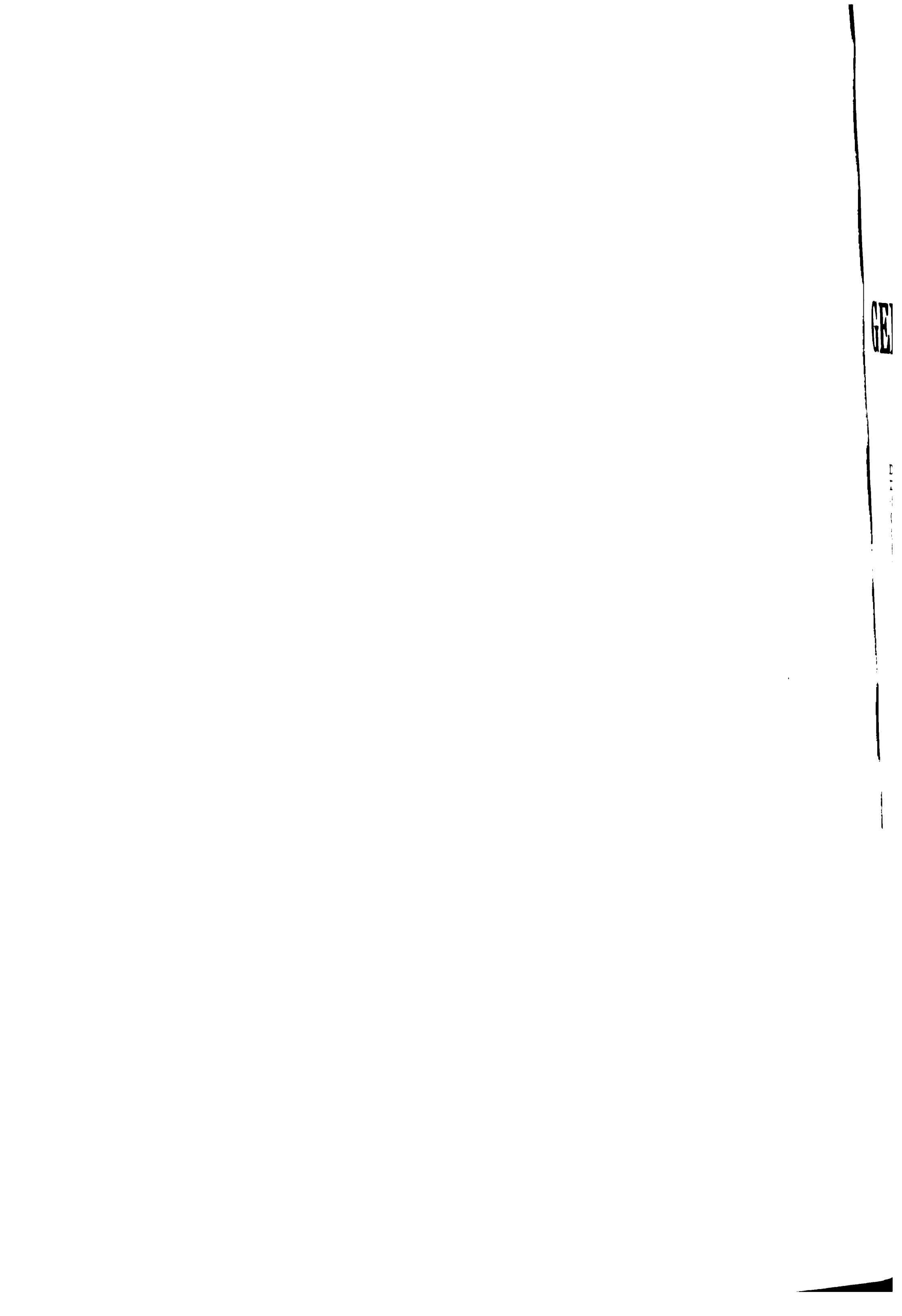
JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE



JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE.

UNTER DER MITWIRKUNG VON

DR. L. ADLER (WIEN), DR. B. ASCHNER (HALLE A. S.), DR. E. BRACHT (BERLIN), DR. KR. BRANDT (CHRISTIANIA), DR. H. W. FREUND (STRASSBURG I/E.), DR. A. HAMM (STRASSBURG I/E.), DR. W. HANNES (BRESLAU), DR. F. HEIMANN (BRESLAU), DR. R. HIRSCH (BERLIN), DR. O. HORN (KOPENHAGEN), DR. R. TH. JASCHKE (GIESSEN), DR. F. KERMAUNER (WIEN), DR. L. KNAPP (PRAG), DR. A. J. M. LAMERS (HERZOGENBUSCH), DR. W. LINDEMANN (HALLE A. S.), DR. S. LINDQVIST (SÖDERTÖLJE), DR. LINNERT (HALLE A. S.), DR. MENDES DE LEON (AMSTERDAM), DR. REIFFERSCHEID (BONN), DR. W. REUSCH (STUTTGART), DR. M. STICKEL (BERLIN), DR. W. STOECKEL (KIEL), DR. M. STUMPF (MÜNCHEN), DR. J. VEIT (HALLE), DR. ZUR VERTH (KIEL), E. WEISHAUPT (BERLIN).

REDIGIERT VON

PROF. DR. K. FRANZ IN BERLIN UND PROF. DR. J. VEIT IN HALLE.

XXX. JAHRGANG.

BERICHT ÜBER DAS JAHR 1916.

MIT EINEM BILDNIS VEIT'S.

WIESBADEN.
VERLAG VON J. F. BERGMANN.
1917.

Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A G., Würzburg.

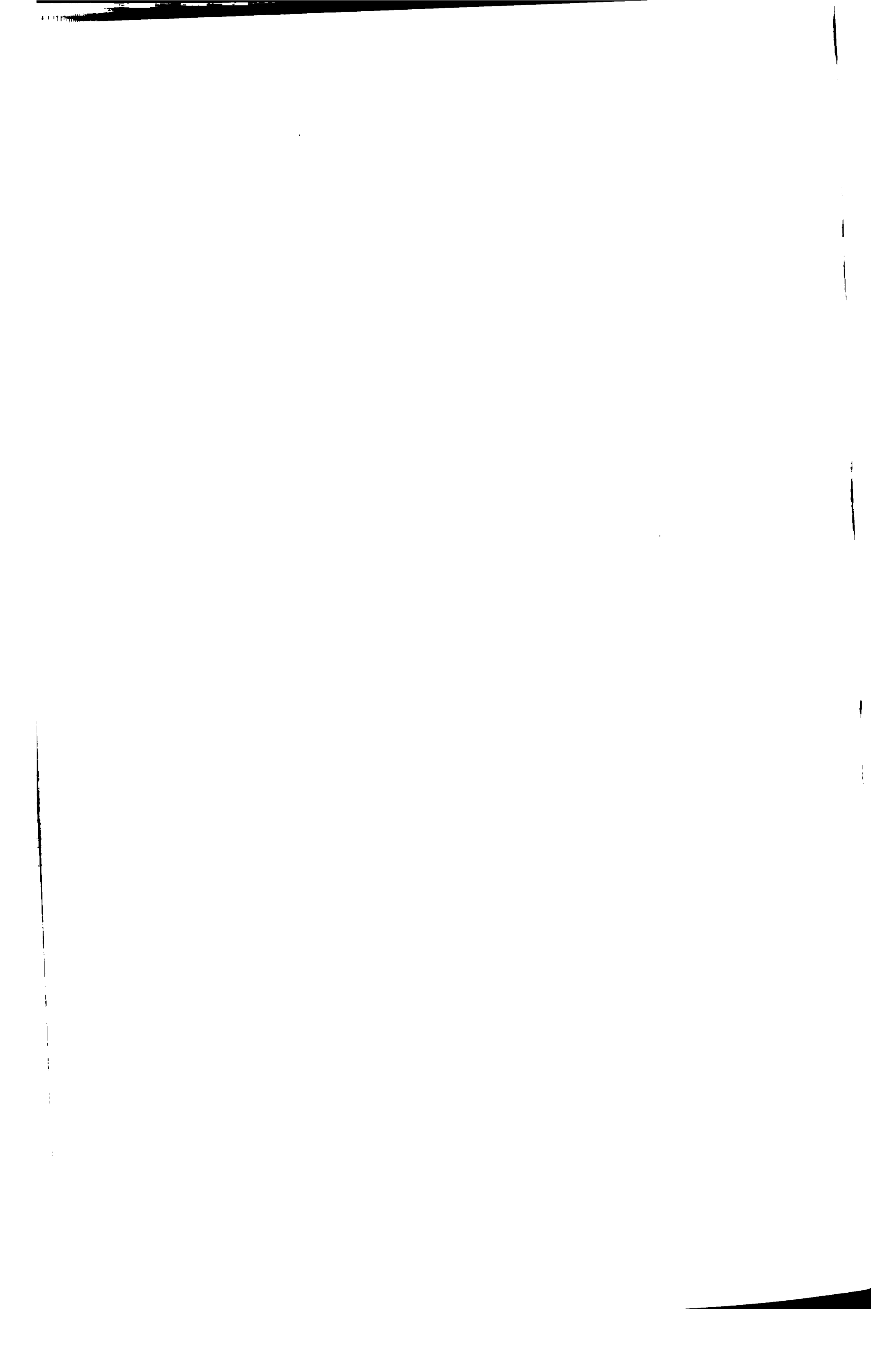
Inhaltsverzeichnis.

II. Geburtshilfe.

Aufforderung.

Die Redaktion des vorliegenden Jahresberichts richtet an die Herren Fachgenossen die Bitte, sie durch Übersendung von Separatabdrücken ihrer Veröffentlichungen weiter zu unterstützen und insbesondere an die Vorstände der Kliniken die Bitte, die jungen Doktoren zur Einsendung ihrer Dissertationen zu veranlassen.

Sämtliche Literaturangaben, bei welchen das Jahr des Erscheinens nicht besonders bemerkt ist, sind auf das Berichtsjahr — 1916 — zu beziehen.



Zur Erinnerung an

Johann Veit,

Professor der Geburtshilfe und Frauenheilkunde an der Universität Halle.

Vortrag

bei der gemeinsamen Feier aller vier Fakultäten der Universität Halle.

17. Juli 1917.

Von

Professor Dr. **G. Anton.**

Es war der Wunsch der medizinischen Fakultät und aller Kollegen, die Johann Veit bei der Arbeit gesehen haben, endlich aber auch das Herzensbedürfnis aller Freunde und Arbeitsgenossen, dass heute in feierlicher Zusammenkunft seiner pietätvoll gedacht werde.

Wie er stets im Leben mit rastloser Anstrengung die geistigen Höhen gesucht und erstrebt hat, so zog es ihn auch hinauf in Wald und Berg, und im schönsten Höhenpunkte unserer mitteldeutschen Wälder hat ihn der Tod ereilt. Wenn er auch selbst mit ruhiger Gelassenheit das baldige Ende des irdischen Daseins erwogen hat, so kam doch der herbe Verlust sehr unerwartet denen, welche ihm nahe standen. Seine rührige Arbeit, sein seelenvolles Wesen wird schmerzlich vermisst von seiner trauernden Familie, von seinen Arbeitsgenossen am Krankenbette und im Lehrkörper, von vielen Kranken, die sich dem tausendfältig bewährten Berater anheimgestellt, aber auch von allen, welche die seelischen Einwirkungen seines lebendigen Geistes, seines immer bereiten Wesens empfunden haben. Sie alle bestätigen das Dichterwort: ging es leuchtend nieder, leuchtet's lange noch zurück.

Johann Veit wurde geboren zu Berlin am 17. Juli 1852. Sein Vater, Dr. Otto Veit, Geh. Sanitätsrat, war ein bevorzugter und angesehener Arzt. Seine Parole war: das höchste Glück sei, als Mann und Deutscher geboren zu sein und Naturwissenschaft zu treiben. Seine Mutter, Frau Marie Veit, war Offizierstochter, welcher feines Empfinden und ungewöhnliche Herzensgüte nachgerühmt wird. In seinem Elternhause erhielt er eine Lebensrichtung, die ihm fortan zu eigen blieb: eine kräftige Liebe und eine gesunde Bejahung des Lebens,

das preussische strenge Pflichtgefühl und dazu eine gute Legierung von naivem Vertrauen und Herzensgüte.

Im Oktober 1869 beendete er seine Ausbildung am Wilhelmgymnasium und zog zunächst nach Leipzig. Bei Ausbruch des Krieges eilte er als Freiwilliger zu den Fahnen, diente beim 1. Garderegiment zu Fuss und marschierte von Pont-à-Mousson bis Paris, wo er die Belagerung mitmachte. Die Fachstudien setzte er nach Friedensschluss in Berlin fort, wo besonders die Persönlichkeiten von Virchow, Traube und Langenbeck auf ihn einwirkten. Im Jahre 1874 promovierte er mit einer Dissertation bei Langenbeck: Über Exstirpation des Schulterblattes und Armes.

Hierauf war er Assistent an der Frauenklinik unter E. Martin und nach dessen baldigem Tode unter Karl Schröder, welcher den nachhaltigsten Einfluss auf ihn ausübte. Die Einflüsse und Ziele dieses Lehrers blieben fortan sein Leitstern. Es war auch die letzte Tat Veits, eine neue Auflage des Schröderschen Handbuches vor seinem Tode fertigzustellen. Das Erscheinen des Buches (Verlag Cohen, Bonn) hat er nicht mehr erlebt.

Im Jahre 1878 habilitierte er sich als Dozent und gründete sich eine private Tätigkeit.

Schröder wählte ihn als Arbeitsgenossen, sowohl in der praktischen wie auch in der rein wissenschaftlichen Tätigkeit. Seine ärztliche Tätigkeit war eine sehr ausgedehnte. Doch fand er damals wie bis in die letzten Tage noch reichlich Zeit für wissenschaftliche und literarische Leistungen. Er zeigte sich damals schon als emsige Arbeitsnatur, welche über die Grenzen der Ermüdung hinaus fortwirkte und auf welche das von ihm geliebte Zitat Tassos Anwendung fand: Verbiete du dem Seidenwurm zu spinnen, ob er sich auch dem Tode näherspinnt.

Mit 29 Jahren führte Veit die Geliebte seines Herzens heim und lebte seither 36 Jahre in glücklicher Ehe an der Seite einer Gattin, welche seine Vorzüge zu verstehen und zu schätzen wusste, welche aber auch sein impulsives, leicht aufflammendes Wesen richtig regulierte. Wie ein Licht zwischen zwei Spiegeln sich vielfach verstärkt und widerstrahlt, so hat hier die Zusammenarbeit hochstrebender Naturen die Lebenserfolge gesteigert und verklärt. Hier fand er einen Ausgleich für sein allzu verwundbares Gemüt; hier fand er Verständnis und klare Aussprache bei allen Sorgen und Fragen, die ihn bedrückten. Drei Söhne und zwei Töchter sind in dieser Ehe vortrefflich erzogen. Bei seinen Kindern fand er Lebenslohn und Lebensglück und Gefühlswerte, gegen welche viele andere Lebenswerte doch nur ein Surrogat bleiben.

Bald konnte Veit seine eigene Privatklinik einrichten und Assistenten annehmen. So wurde er vor der Zersplitterung durch die ärztliche Tätigkeit bewahrt. Auch hatte er eine Poliklinik des Vereins für häusliche Gesundheitspflege zu leiten, welcher sehr segensreich wirkte. Im Jahre 1893 erhielt er den Professortitel und zwar auf Vorschlag der Fakultät.

Mit 44 Jahren wurde er als Ordinarius nach Leyden berufen. Es mag kein leichter Entschluss gewesen sein, diesem Rufe Folge zu leisten. Das Heimweh nach Deutschland, insbesondere nach dem gross-pulsierenden geistigen Leben Berlins blieb stets in ihm rege. Trotzdem lebte er sich in Leyden bald ein. Er hat Land und Leute dort liebgewonnen und hat allezeit dankbar anerkannt, den seelischen Zuwachs während der Wirksamkeit im sympathischen und stammverwandten Holland. Auch treue Freunde hat er dort erworben. Er hat mir bezüglich Hollands öfter zugestimmt, als ich die These verfocht: Freundschaft ist aufgespeicherte Jugend.

Im Jahre 1903 erfolgte seine Berufung nach Erlangen als Nachfolger Gessners, nachdem er vorher in Österreich vorgeschlagen war. Veit brauchte für seine Wirksamkeit immer eine Gefühlsnote. Für Erlangen war es ihm ein be-

sonderer Auftrieb, dass er nunmehr auch als Nachfolger seines geliebten Lehrers Karl Schröder dort zu wirken hatte.

Aber bereits 1904 wurde er als Nachfolger Bumms nach Halle berufen.

Die Persönlichkeit Veits war nicht leicht zu verstehen. Er war kein einfacher Geist. Die Grundwelle seiner Persönlichkeit war gewiss Herzensgüte; andererseits reges, pedantisches Pflichtgefühl. Die Gabe menschlicher Einfühlung war ihm in hohem Masse eigen: er fühlte und bedachte, wie seinen Mitmenschen zu Mute war. Das feine Empfinden hat ihn aber auch verwundbarer gemacht; er lernte es im Leben allgemach, ein weiches Gemüt ab und zu hinter einem herben Äusseren zu verschanzen. Das Streben nach seelischem Gleichgewicht nötigt ja einen zarter Empfindenden oft zu eigenartigen Selbsthilfen, zu eigenartigen Kontrasten. Hierin liegt meist der Schlüssel zum Verständnis der Persönlichkeit, zum Verständnis der Motive der Handlungen. Für Veit haben seine vielfachen geistigen Interessen reichlich Hilfe geliefert: die Naturwissenschaft, die Kunst; auch pulsierte in ihm eine philosophische Ader und Neigung zu tieferer Betrachtung aller Eindrücke der Umwelt.

Seine Hauptfreude war die Freude am Gelingen bei der Arbeit; ja, die Arbeit war selbst seine Erholung. Er arbeitete, weil er arbeiten musste. Eine wohltuende Ablenkung war für ihn die Gastlichkeit, welche ihn mit gleichgesinnten, bevorzugten Menschen umgab; ich nenne nur den lebenslang bewahrten Freund Hans Droysen. Sein reges Gefühl für Freundschaft hat stets sein Leben bereichert und verschönt. Wie oft sahen wir den müde Gearbeiteten wiederaufleben zu harmloser Fröhlichkeit, zu neuem seelischem Zuwachs. Er wusste sehr wohl, dass im richtigen Verkehre von Mensch zu Mensch neue Kräfte, neue Energien erwachsen; alle unsere Laboratoriumstheorien von der Ermüdung hat seine Lebenskunst widerlegt.

Doch wusste er in letzter Linie alle Lebensfreude seinem regen Pflichtgefühl dienstbar zu machen; die Erholung war ihm nur ein Mittel zum letzten Zweck, zur möglichst besten Arbeitsbereitschaft. Als grösstes persönliches Unglück betrachtete und bezeichnete er von diesem Standpunkte aus die Trägheit. Das Geheimnis seiner Erfolge lag in dem Durchdrungensein vom Thema, das ihn auch im Frondienste der täglichen ärztlichen Arbeit nicht verliess. Er vermochte es, sich ganz auf seine Arbeitsthemen zu konzentrieren, mitten in der klinischen Tätigkeit. Seine hohe Begabung brachte ihm nicht Überhebung, sondern gesteigerte Pflichten. Was seine grosse Aufnahmsfähigkeit, sein spähender Geist neu importierte, hat er mit grosser Ausdauer verarbeitet. Gerne ging er über sein engeres Fachgebiet hinaus und die Kraftlinien anderer Fächer: der Physik der Serologie auch der Psychiatrie hat er in späteren Jahren fruchtbar auf sich wirken lassen. Er war nicht gerade ein systematischer Arbeiter; wohl aber gab es in seinem reichen Seelenleben eine unbewusste Vorarbeit, die ihn in den Stand setzte impulsiv und in staunend kurzer Zeit alles das zu gestalten und zu verfassen, was in ihm herangewachsen war, wenn nur die richtige Stimmung nicht gestört wurde.

Eine eingehende Schilderung der Tätigkeit des Fachmannes Veit vermag ich als Vertreter eines Grenzgebietes in so kurzer Zeit nur unvollkommen zu geben. Doch drängt es mich dabei einzelner wesentlicher Tatsachen zu gedenken.

Ich zähle 126 wissenschaftliche Veröffentlichungen; dabei sind noch ungezählt die gründlichen durchwegs lesenswerten Abhandlungen in den Handbüchern insbesondere in dem Handbuche der Geburtshilfe von Müller, von Döderlein, Veits gynäkologische Diagnostik, die Neuauflage und Mitarbeit an Schröders Handbuch der Geburtshilfe, die Abhandlungen in Frommels Jahresbericht und in den praktischen Ergebnissen der Geburtshilfe und Gynäkologie, welche von ihm mit Bumm, Döderlein und Franz herausgegeben wurden.

Besonders aber hat er in seinem grossen Handbuche der Gynäkologie (Verlag von Bergmann) einen Löwenanteil der Arbeit geleistet, wie wir Mitarbeiter alle staunend anerkennen mussten.

Über einzelne Themen, besonders über das Thema der Zottenvertragung der Plazenta und deren Bedeutung für Schwangerschaft, Geburt und Nachkrankheiten, besonders aber über die Behandlung der Geschwülste der Gebärmutter, der Vagina und Vulva, hat er sich wiederholt und ausführlich zum Worte gemeldet. Es lag darin keineswegs eine billige Wiederholung oder Stereotypie, sondern vielmehr der Ausdruck dafür, dass das Gesamtfach sich in lebhafter Vorwärtsbewegung befand und dass in diesen praktisch und theoretisch wichtigen Fragen in allen Ländern neue Arbeit entstanden ist. Die Literatur, welche Veit dabei zu bewältigen hatte, ist eine ganz gewaltige. Trotzdem hat er sie spielend beherrscht und niemals das Gefühl der Saturiertheit verraten, welches uns mitunter beschleicht.

In seinen Arbeiten über den Krebs hat er die Anatomie dieser Erkrankung mit besonderer Gründlichkeit und systematisch abgehandelt. Die erste Abhandlung über Gebärmutterkrebs entstammt Veit und Ruge (1881). Nach den zahlreichen mikroskopischen Abbildungen bestand in ihren Fällen kein Zusammenhang des Krebses mit dem Plattenepithel der Portio. Die Trennung von dem malignen Adenom, von der klinisch so ähnlich verlaufenden Endometritis granulosa wurde strenge durchgeführt. Die einzelnen Lokalisationen des Krebses in der Gebärmutter, in der Portio vaginalis wurden das erstemal auf Grund eines grossen Materiales gesondert, insbesondere auch die polypösen Karzinome der Schleimhaut des Uteruskörpers. Die Entstehung des Krebses aus sekundärer Entartung von Myomen wurde dabei eifrig verfochten. Auch die allgemeine Auffassung über die Entstehung der Geschwulstbildungen, insbesondere des Krebses nach der Theorie von Kohnheim, Waldeyer und Spiegelberg fand eingehende Würdigung. Der Arbeit entstammen auch wertvolle Gesichtspunkte für das ärztliche Handeln, wie Veit stets das ärztliche Können zum Wohl des Kranken als letztes Ziel auffasste.

Auch die Sarkomgeschwülste der Gebärmutter fanden durch Veit eine ausführliche Bearbeitung. Sein Material brachte ihn zu der Überzeugung, dass das Sarkom oft an Myom sich anschliesse, dass viel weniger als beim Karzinome der Geburt selbst eine Bedeutung für die Entstehung des Sarkoms zukommt. Auch hier fand die klinische Symptomatik eine gebührende Berücksichtigung: unbegründete Kachexie, häufiges Erbrechen, starke Schmerzen, öftere Beteiligung der Harnwege. Es war nicht zufällig, sondern aus den praktischen Bedürfnissen heraus zu erklären, dass gerade die Geschwulstlehre den Forscher Veit so besonders anzog.

In mehreren Arbeiten beschäftigte er sich mit der so gefürchteten und interessanten Geschwulst, dem malignen Chorionepitheliom (Marchand). Er lieferte hierzu viel eigenes Material und beherrschte vollkommen die dazugehörige ausgedehnte Literatur. Die mikroskopischen Befunde sind bei diesem Krankheitsbilde so schwer zu deuten, weil hier Zerfall und Rückbildung und neue Wachstumserscheinungen so dicht nebeneinander liegen. Veit gelangte bei seinen Untersuchungen zu der Auffassung, dass stets der Entstehung dieser Geschwülste eine Blasenmole vorausgeht und dass diese Bildung auf eine Erweiterung der Venen des Endometriums zurückgeht.

In mehrfachen Publikationen hat Veit die Vorgänge bei der Wundinfektion studiert sowohl in der Geburtshilfe wie in der Gynäkologie. Es resultierten daraus vielfach auch praktische Vorschläge zur Behandlung des Puerperalfiebers, der Endometritis mit jedem Arzte verständlichen Direktiven über die Durchführung der vaginalen und abdominalen Operationen, insbesondere über

Vermeidung der Wundinfektionen. In einem Vortrage schilderte er die Erfahrungen bei 19 Uteruskrebsoperationen ohne einen Todesfall. Sein Schlussurteil geht darauf hinaus: Aufgaben des prophylaktischen Antiserums gegen Sepsis, möglichste Trockenhaltung der Bauchhöhle nach Zweifel, Toilette des Peritoneums auf das allernötigste beschränken, und gleich Bumm bevorzugte er die Kompression der Venen gegenüber allzu ausgiebiger Unterbindung derselben. Die so wichtige Frage des Wundschutzes gegen Keiminfektion haben auch seine Schüler und Oberärzte wiederholt gefördert.

Mit besonderer Nachhaltigkeit hat Veit in wiederholten Veröffentlichungen die neue Lehre von der Einwirkung der Plazenta auf den mütterlichen Organismus untersucht. Der Nachweis der Verschleppung von Plazentarzotten in das Blut durch Schmorl, Lubarsch und Pick wurde bereits seit 1901 von ihm weiter ausgebaut. Im Ehrlichschen Laboratorium hat er hierüber weitere Studien angestellt. Die Ehrlichsche Seitenkettentheorie hat er auf die Kenntnis von den Veränderungen des Blutes in der Schwangerschaft angewandt und das Thema mit besonderer Beharrlichkeit weiter durchgeführt. Er prüfte auch mit Ehrlich die Einwirkung des mütterlichen Blutserums auf das kindliche Blut. Die frühere Lehre von der Vergiftung des mütterlichen Organismus durch den Stoffwechsel des Kindes hat er vielfach widerlegt. Er nahm vielmehr mit Ehrlich an, dass durch den Eintritt der Plazentarzotten in die Venen und vermittelst der Venen in den mütterlichen Kreislauf ein Antikörper, ein Gift entsteht. Da die Deportation der Plazentarzotten wahrscheinlichst auch ein normales Vorkommnis ist (Schmorl), so kommt es darauf an, ob der Organismus der Mutter imstande ist, diese Gifte zu eliminieren, nach Veit ein fibrinogenes und ein hämolysierendes Gift. Die Zerstörung des Krampfgiftes scheint mit an die richtige Funktion der Nieren gebunden zu sein. Wenn diese Gifte nicht zerstört werden, so ist daran schuld nicht nur die Plötzlichkeit dieses fremden Importes, sondern der Organismus selbst und zwar mangelhafte Anlage, wofür viele Nebenbefunde sprechen wie auch zufällige andere Erkrankungen. Jedenfalls stehen diese Vorgänge mit der so gefürchteten Eklampsie der Schwangeren und Gebärenden in Beziehung. Veit hat selbst teils allein, teils mit Scholten experimentelle Versuche über die Giftwirkung des Plazentarsaftes veröffentlicht. Die plazentare Herkunft der Eklampsie wird derzeit vielfach anerkannt.

Ebenso ist das Gebiet der Schwangerschaftstoxikosen ein neues verheissendes Arbeitsfeld geworden. Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft lag es nahe, dass sich aus diesen Bestrebungen allgemach eine Serodiagnostik der Schwangerschaft entwickelte. Hier brachte Abderhalden die Erfüllung der Verheissung mit seiner serodiagnostischen Schwangerschaftsreaktion. Dieser Forscher hat einen exakten Aufbau geliefert von chemischen, aber auch optischen Reaktionen des Blutes, welche allerdings in ihren Gesichtspunkten und Aufstellungen weit über das Thema der Schwangerschaft allein hinausgingen und der Lehre von der Tätigkeit der Drüsen mit innerer Sekretion neue Behelfe und neue Fragen stellten. Ich selbst konnte schon vom klinischen Standpunkte aus feststellen, dass die Schwangerschaft und die Geschlechtsreife viele innere Beziehungen aufweisen, so dass in einzelnen Punkten die Schwangerschaft als akute Pubertät bezeichnet werden kann. Um der geschichtlichen Genauigkeit gerecht zu werden, muss erwähnt werden, dass von den vielen Arbeitern auf diesem Gebiete schon Halban unabhängig dem Grundgedanken von der weitgehenden Beeinflussung des Gesamtorganismus, insbesondere des Blutes durch die Schwangerschaft erfolgreich nachging.

Viele praktische und theoretische Fragen hat Veit noch erörtert. Insbesondere sei erwähnt die Stellungnahme zur Indikation des Abortes, besonders bei Lungentuberkulose, welche, wie Winter sich ausdrückt, die Grundlage für das praktische Handeln geworden ist.

Auch der operative Künstler Veit ist hier allzu wenig zur Sprache gebracht.

Ich fühle mich aber gedrängt, auch seines regen und fruchtbaren Interesses zu gedenken, welches er der neuen und nötigen Richtung der Eugenik und Rassenhygiene entgegenbrachte, Bestrebungen, welche durch das Archiv für Frauenkunde und Eugenik von Max Hirsch eine so schätzbare Waffe erhalten haben. Auf diesem Gebiete hat er sich vielfach betätigt. Es bestand für ihn kein Zweifel, dass die Volksgesundheit und Moral in innigem Zusammenhange stehen. So hat er für den Ausschuss für Gesundung des Geschlechtslebens der Provinz Sachsen in aller Stille sehr wertvolle Arbeit als Fachmann geleistet. Auch hierin hat er seine hohe fachliche Begabung und das gleichwertige Pflichtgefühl erwiesen.

Es war vorher die Rede, was er für die Krankheitslehre in seinem Fache und für seine Kranken bedeutete.

Jetzt darf wohl in ganz kurzen Zügen skizziert werden, was er war für die Gesunden, für die Mitarbeiter und die Kollegen.

Sein Wesen prädestinierte ihn besonders zum erfolgreichen Verkehr mit der Jugend; er stand der Natur näher als viele seiner Kollegen. Auch blieb ihm zeitlebens ein naiver, jünglinghafter Zug erhalten. So fand er stets, auch als das Silberhaar zu spriessen begann, wieder Anschluss an seine eigenen Jugendziele, aber auch Anschluss an seine jüngeren Mitarbeiter. In natürlichem, fröhlichem Verkehr hat er doch zielstrebig die Geister immer wieder zur Arbeit, zu ernstem, positivem Schaffen hingelenkt. Selbst empfänglich und lernbegierig hat er die gleiche Richtung in seiner Umgebung zu wecken gewusst. Seine Überlegenheit an Erfahrungen hat niemandem ein drückendes Gefühl verursacht.

Es ist ein Lebensvorzug der Universitätsassistenten, dass es ihnen längere Zeit als in anderen Berufskreisen vergönnt ist: ein reifes Jugendleben zu führen und den ganzen Zauber der Jugendfreundschaft auf sich wirken zu lassen, welche bekanntlich am besten die Lebensprobe besteht. Hierin liegt einer der Vorzüge der Universität. Ein hochstehender Staatsmann hat sich herben Kritiken gegenüber folgendermassen geäussert: Die Universität ist eine Welt für sich und hat ihre eigenen Gesetze. In der Tat: das freiwillige Zusammenarbeiten der Jungen und Alten im Rahmen der Hochschule ist ein heiliges Besitztum, welches unverkümmert bleiben soll. Es war stets vom Übel, wenn sich Aussenstehende, selbst behördliche Personen, in diese seelischen Beziehungen eingemischt haben. Das Zusammenwirken, die Symbiose von Jung und Alt hat auf den Hochschulen durch natürliche Organisation die schönsten Erfolge geschaffen. Es ist mehr als ein Bild, dass auch in der grossartigen vorbildlichen Organisation des menschlichen Nervensystems das ungestörte Zusammenwirken der jungen und alten Hirnteile allein zur geistigen Höchstleistung führt (kortikale und infrakortikale Gehirnteile). Der Jugend wird in empfänglicher Zeit die Erfahrung des gereiften Alters zugeführt, und der erfahrene Lehrer empfängt neuen Auftrieb, neue Lebensmotive und lebendigen Anschluss an seine besten Jugendjahre.

Für diese Arbeit, mit der heranwachsenden Generation zu einer Richtung zusammenzuwachsen, war Veit durch sein Wesen und seinen Charakter vollauf geschaffen. Allerdings war er auch hierin vom Glücke begünstigt. Seine Schüler: Fromme, R. Freund, Heinemann, Penkert, Leo, Lindemann, Aschner, haben sich dieser Zusammenarbeit verständnisvoll, freudig und tatkräftig angepasst. Es war für Veit und die Universität eine stolze Freude, wie die sonnige Persönlichkeit seines Oberarztes Fromme zum vollwertigen Fachmanne heranwuchs, der uns leider als schweres Kriegsopfer entrissen wurde. Eine Freude war es, dass R. Freund die Überlieferungen seines Vaters, des erstklassigen Fachmannes, in der Klinik zur Geltung brachte. Von Heinemann pflegte Veit zu sagen: dass er alle Gedanken zur Tat werden liess, kurz nachdem sie erdacht waren. Mit Späherblicken hatte Veit das Talent Aschners entdeckt, welcher

die Lehre der inneren Sekretion an der Wiener Schule — selbst mitschaffend — vertreten konnte. Mit väterlicher Freude hat Veit einst gerufen: Ich bin stolz auf Aschner. Schon als die Schatten der Todesgedanken in seinen abendlichen Sinnen auftauchten, sprach er die Worte: Dem Lindemann kann ich wohl ganz die Kranken anvertrauen.

Ein langes Kapitel würde es ausmachen, wollte ich schildern, was Veit den Kollegen und dem Kollegium bedeutete. Wie seine Begabung über das engere Fach hinauswuchs, so war er auch jederzeit am Platze, wo es sich um die Aufgaben der Gesamtfakultät handelte. Beurteilen heisst vergleichen, und er war besonders imstande, durch die lebendigen Eindrücke an anderen, auch ausserpreussischen Universitäten jederzeit mit reifem Urteile zu nützen. Gleich dem unvergesslichen Harnack konnte er auch mit gediegener Geschäftskenntnis dienen. Sein sozialer Verstand verkümmerte nicht in der Studierstube. Im Hallenser Fakultätskollegium besteht seit langem der löbliche Brauch, dass alle Angelegenheiten in vornehmer Ruhe erörtert werden und dass es keine starren Parteiungen, keine Absperrungen gibt. Es ist ja leider Überzeugung der Selbstdenkenden geworden, dass in der kollektiven Intelligenz der Parlamente viel geistige Kraftleistung gestört und gebunden wird und dass die Unterordnung der Fragen des allgemeinen Wohles unter die starren Kategorien der Parteien dem Volkswohl wenig zuträglich ist. Wird doch mit der Masse das Verantwortungsgefühl des einzelnen oft ganz proportional vermindert. In diesem Kollegium ganz verantwortlicher Individualitäten hat Veit sich jederzeit als verbindende, als versöhnliche, als zusammenfassende Kraft erwiesen.

Sein Rektorat hat er mit gewohnter Pflichttreue versehen, obwohl damals bereits Unregelmässigkeiten des Herzschlages die Freunde besorgt machen musste. Er hat aber trotz der schweren Zeiten seine hohe Aufgabe ernst genommen und war stets bestrebt, die geistigen Energien der Hochschule, von der die Nation das Höchste erwartet, zu verbinden und würdig zu vertreten. Seine Rektoratsrede über die mangelhafte Anlage war ein Vorbild dafür, dass es zwar Wissensgebiete, aber nur eine Wissenschaft gibt.

Als der Krieg ausbrach, hat Veit lange Zeit an verantwortlichster Stelle als Lazarettleiter fungiert, und wir alle, die ihn bei der Arbeit gesehen haben, wissen, wie schwierig sein Amt und wie gross sein Pflichtgefühl war. Gewiss hat diese aufregende Tätigkeit seine Gesundheit in letzter Instanz untergraben. Er selbst war sich dessen wohl bewusst; aber es galt für das Vaterland und für das allgemeine Wohl.

Nun ruht er, der im Leben nie rasten wollte. Vergebens erwarten des Morgens auf der Klinik die Mitarbeiter, die Schwestern, die Kranken die Ankunft des seelenvollen Meisters. Schön und erfolgreich war sein Leben, kurz und ohne Plage sein Tod. Mit Stolz sagen wir: er war unser, und mit Pietät geloben wir, dass er unser bleibe. Er bleibt unser lebendiges geistiges Besitztum „Nie gibt die Seele auf, was einst ihr eigen war.“

Literatur.

1874.

Exstirpation von Schulterblatt und Arm. Dissertation, Berlin.

1876.

Kasuistische Mitteilungen aus der gynäkologischen Universitätsklinik zu Berlin. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 2.

Über einige bemerkenswerten Ovariotomien. Berl. klin. Wochenschr.

1877.

Über den Zusammenhang der Hämatocele mit der Tubenschwangerschaft. Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.
Die Therapie der Verhaltung von Eiresten nach Fehlgeburten. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin.
Klinische Untersuchungen über den Vorfall der Scheide und Gebärmutter. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.

1878.

Zur Pathologie der Vaginalsektion. Erosionen und beginnender Krebs (mit C. Ruge). Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.
Zur Therapie der Tubenschwangerschaft. Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.

1879.

Die Hinterscheitelbeinstellung. Habilitationsschrift, Berlin.
Über die Drainage des puerperal erkrankten Uterus. Berl. klin. Wochenschr.

1881.

Der Krebs der Gebärmutter (mit Ruge). Stuttgart, Enke.
Über puerperale Infektion mit längerer Inkubationszeit. Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn

1882.

Zur Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus. Wien. med. Presse.

1883.

Über Karzinom des Uteruskörpers. Deutsche med. Zeitschr.

1884.

Die Eileiterschwangerschaft. Stuttgart, Enke.

1885.

Über Endometritis decidua. Volkmanns Vorträge. 254.

1886.

Über kriminellen Abortus. Deutsche med. Wochenschr.

1887.

Die Anatomie des Beckens im Hinblick auf den Mechanismus der Geburt. Stuttgart, Enke.
Über plastische Operationen an dem Damm. Deutsche med. Wochenschr.
Endometritis in der Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr.
Catgut als Nahtmaterial. Therap. Monatshefte.
Hydrastis (anadensis) in der gynäkologischen Therapie. Therap. Monatshefte.

1889.

Über Krebs der Gebärmutter. Berl. klin. Wochenschr.
Zur Lehre vom Kaiserschnitt. Deutsche Ges. f. Gyn.
Über die Technik der Laparotomie. Berl. Klin. XV.
Über Durchbruch von Pyosalpinx nach aussen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.

1890.

Enukleation eines Myoms von der Scheide aus durch vorherige elektrische Behandlung. Zentralbl. f. Gyn.
Über Hämatocele und Hämatom. Zentralbl. f. Gyn.

1891.

Über intraperitoneale Blutergüsse. Volkmanns Vorträge. N. F. 15.
Der geburtshilfliche Unterricht. Berl. klin. Wochenschr.
Über Hämatosalpinx. Deutsche Ges. f. Gyn., Zentralbl. f. Gyn.
Über Operationen bei vorgeschrittenem Gebärmutterkrebs. Deutsche med. Wochenschr.

1892.

Aseptik in der Geburtshilfe. Berl. klin. Wochenschr.
Die Prophylaxe des Puerperalfiebers. Berl. klin. Wochenschr.
Demonstration einer Scheide mit grossem karzinomatösem Geschwür. Zentralbl. f. Gyn.
Perforierte Pyosalpinx. Zentralbl. f. Gyn.

1893.

Die Technik komplizierter Laparotomien. Berl. Klin. 56.

1894.

Aseptische Grundsätze in der Geburtshilfe. Berl. klin. Wochenschr.
Allgemeines über die Ätiologie der Endometritis in der Gravidität. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.

1895.

Über die Zerstörung des Endometriums nach Auskratzung. Zentralbl. f. Gyn.
Vaginale Myotonie. Deutsche Ges. f. Gyn.

1896.

Über Hämatosalpinx bei Gynatresien. Berl. klin. Wochenschr., Zentralbl. f. Gyn.
Über Ziele des geburtshilflichen-gynäkologischen Unterrichtes. Antrittsrede Leyden.
Über die Grenzen zwischen vaginaler und abdominaler Laparotomie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.
Über die Behandlung der Eklampsie. Festschrift f. C. Ruge. Berlin, Karger.

1897.

Carcinoma corporis uteri. Zentralbl. f. Gyn.
Frische Gonorrhoe bei Frauen. Dermat. Zeitschr.

1898.

Zur Behandlung früherer Extrauterinschwangerschaften. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.

1899.

Über Vorderhauptslagen. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte.
Über Operationen vorgeschrittener Uteruskarzinome. Beitr. z. Geb. u. Gyn.

1900.

Sectio caesarea. Eulenburgs Realenzyklopädie.
Über Deportation von Plazentaresten. Zentralbl. f. Gyn.

1901.

Über gynäkologische Operationen ohne Chloroformnarkose. Graefs Samml. zwangl. Abh. 55, 3.
Der Gebärmutterkrebs. Deutsche Klin.
Über Deportation von Chorionzotten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.

1902.

Über Albuminurie in der Schwangerschaft. Berl klin. Wochenschr.
Weitere Untersuchungen über Zottendeportation und ihre Folgen (mit R. Scholten). Zentralblatt f. Gyn.
Über die Behandlung der Eklampsie. Therapeut. Monatshefte.
Über die Bedeutung der Albuminurie bei vorzeitiger Lösung der normalstehenden Plazenta. Leyden. Hornineringsbundel Prof. Rosenstein.
Über Tuberkulose der weiblichen Sexualorgane und des Peritoneums. Internat. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Rom.
De la péritonite tuberculeuse. Revue internationale de la tuberculeuse.
De la tuberculeuse génitale. Rev. de gyn. et de chir. abdominale.
Über Deportation von Chorionzotten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.

1903.

Carcinoma cervicis bei gravidem Uterus. Zentralbl. f. Gyn.
Zur Physiologie der Ernährung des Fötus. Deutsche med. Wochenschr.
Die Komplikation von Schwangerschaft mit Herzfehler. Therap. d. Gegenw.
Referate über Extrauteringravidität. Deutsche gyn. Ges.
Synertholyse und Hämolyse (mit R. Scholten). Zentralbl. f. Gyn.

1904.

Placenta praevia. Deutsche Klin. IX.
Ruptura uteri. Deutsche Klin. IX.
Über die Vermeidung der Perforation lebender Kinder. Verein der Ärzte, Halle.

1905.

Die Verschleppung der Zotten und ihre Folgen. Zentralbl. f. Gyn.
Die Verschleppung der Chorionzotten (Zottendeportation). Wiesbaden, Bergmann.
Weitere Beobachtung zur Lehre von der Zottenverschleppung. Verhandl. d. 9. Gynäkol.-Kongresses.

1906.

Erfahrungen mit den erweiterten Freundschen Operationen. Berl. klin. Wochenschr.
Über die Behandlung des engen Beckens. Med. Klin.
Über Garrulitas vulvae. Zentralbl. f. Gyn.
Tuberkulose und Schwangerschaft. Therap. d. Gegenw.
Demonstration des Rezidivs eines Vulvakarzinoms. Münch. med. Wochenschr.

1907.

Die Stellung der künstlichen Frühgeburt in der Praxis. Berl. klin. Wochenschr.
Die abdominale Exstirpation des karzinomatösen Uterus. Bericht über 20 aufeinanderfolgende Heilungen. Berl. klin. Wochenschr.

1908.

Zur Diagnose und Therapie des Puerperalfiebers. Berl. klin. Wochenschr.
Über den Wert der Narkose bei der Geburt. Therapeut. Monatshefte.
Die Anzeigepflicht beim Kindbettfieber. Universitätsprogramm, Halle.

1909.

Zur Tiefenbestrahlung mit Röntgenstrahlen. Nachwort. Münch. med. Wochenschrift.
Praktische Folgerungen aus der neueren Lehre von den Gynatresien. Prakt. Ergebnisse. I.
Der Kaiserschnitt in moderner Beleuchtung. Volkmanns Vorträge. N. F. 515.
Über Placenta praevia-Behandlung. Berl. klin. Wochenschr.
Die Behandlung des engen Beckens, insbesondere die Stellung der beckenerweiternden Operationen. Deutsche med. Wochenschr.
Über eine Ureterverletzung. Zeitschr. f. gyn. Urol. II.
Die Desinfektion der Praxis. Prakt. Ergebnisse. II.
Die Uterusexstirpation bei Puerperalfieber. Prakt. Ergebnisse. II.
Die Behandlung der Endometritis, sowie der Erosion. Prakt. Ergebnisse. II.

1910.

Bydrage tot de Diagnostick en de Therapie der Kraamkoorts. Geneesk. Bladen. XV.
The treatment of Placenta praevia. Med. Press.
Die puerperale Infektion und ihre Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.
Über Deportation von Plazentargewebe. Zentralbl. f. Gyn.
Die Prophylaxe der Emboli nach gynäkologischen Operationen. Zentralbl. f. Gyn.
Zur Diagnostik und Therapie des Puerperalfiebers. Prakt. Ergebnisse. II.
Die jetzige Stellung der abdominalen Operation beim Uteruskarzinom. Prakt. Ergebnisse. II.

1911.

Weitere Untersuchungen über die Entstehung der puerperalen Infektion. Prakt. Ergebnisse. IV.
Zur weiteren Verbesserung der Kaiserschnitttechnik. Zentralbl. f. Gyn.
Die Beziehungen der Tuberkulose zu der Fortpflanzungsfähigkeit. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn.
Die mangelhafte Anlage. Rektoratsrede. Wiesbaden, Bergmann.
Die Behandlung der Gebärmutterblutungen. Deutsche med. Wochenschr.
Weitere Begründung der Notwendigkeit moderner Bestrebungen auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsschutz.

1912.

Über das frühe Aufstehen nach Entbindungen und Operationen. Prakt. Ergebnisse. V.
Über die Ursachen der Verminderung der Fruchtbarkeit. Prakt. Ergebnisse. V.

Über die operative Behandlung der septischen und der gonorrhoischen Peritonitis. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.
Das Elektrometrogramm. Zentralbl. f. Gyn.

1913.

Zur Technik des Kaiserschnittes. Zentralbl. f. Gyn.
Peritoneale Fragen, nach eigenen Erfahrungen dargestellt. Prakt. Ergebnisse. V.
Der Geburtenrückgang, seine Ursache und die Mittel zu seiner Bekämpfung. Prakt. Ergebnisse. V.
Die Serodiagnostik der Gravidität. Berl. klin. Wochenschr.
Die Eklampsie und ihre Behandlung. Berl. klin. Wochenschr.

1914.

Das untere Uterussegment und seine praktische Bedeutung. Zentralbl. f. Gyn.
Der septische Abortus und seine Behandlung. Prakt. Ergebnisse. VI.
Grundsätze unserer Behandlung des Uteruskrebses. Prakt. Ergebnisse. VI.
Eugenik und Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr.

1915.

Über Eklampsiebehandlung. Therap. d. Gegenw. Bd. 56.

1916.

Über Fieber bei der Geburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.
Über die Anzeigen der künstlichen Fehlgeburt. Prakt. Ergebnisse. VII.
Appendizitis und Schwangerschaft. Med. Klin.

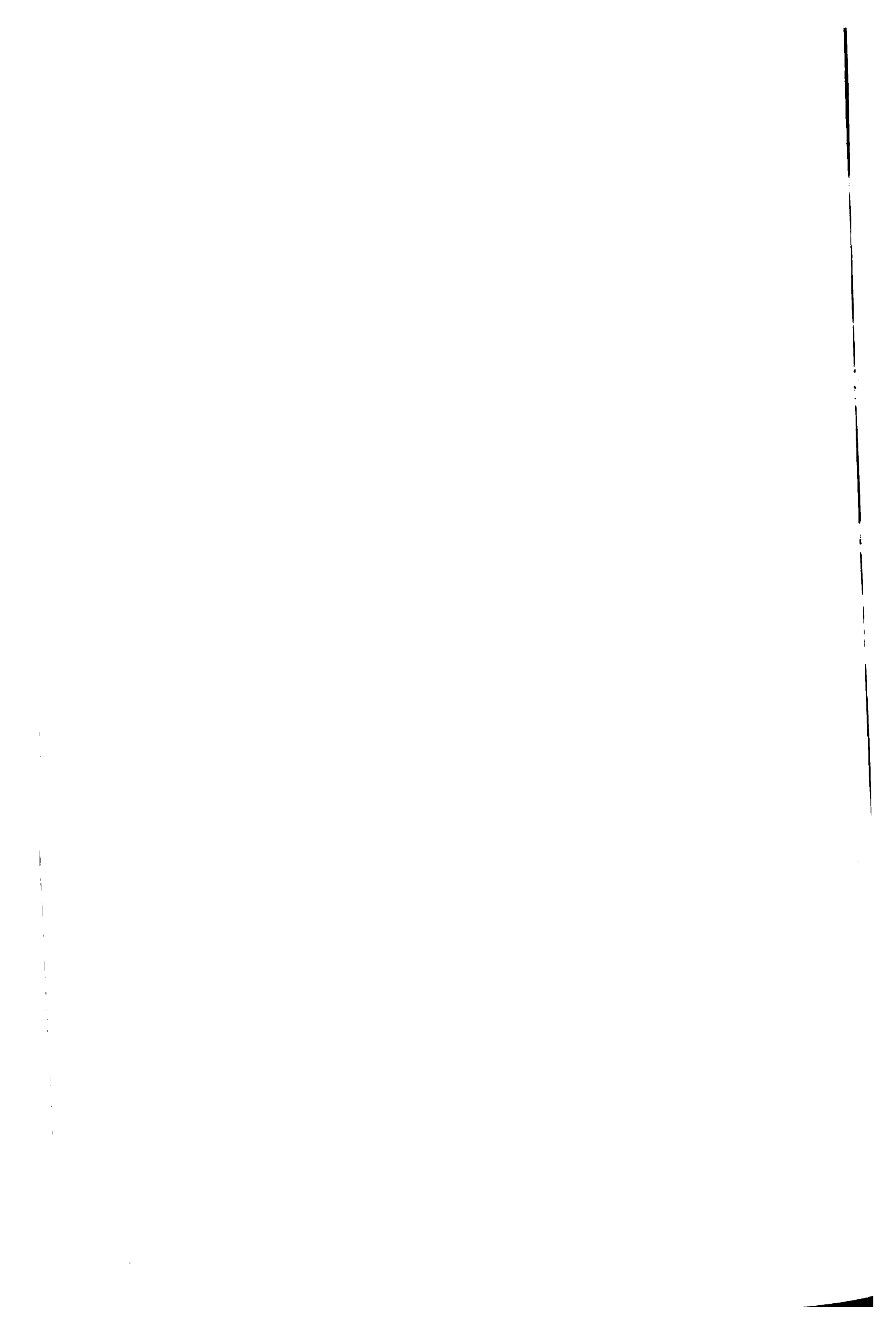
1917.

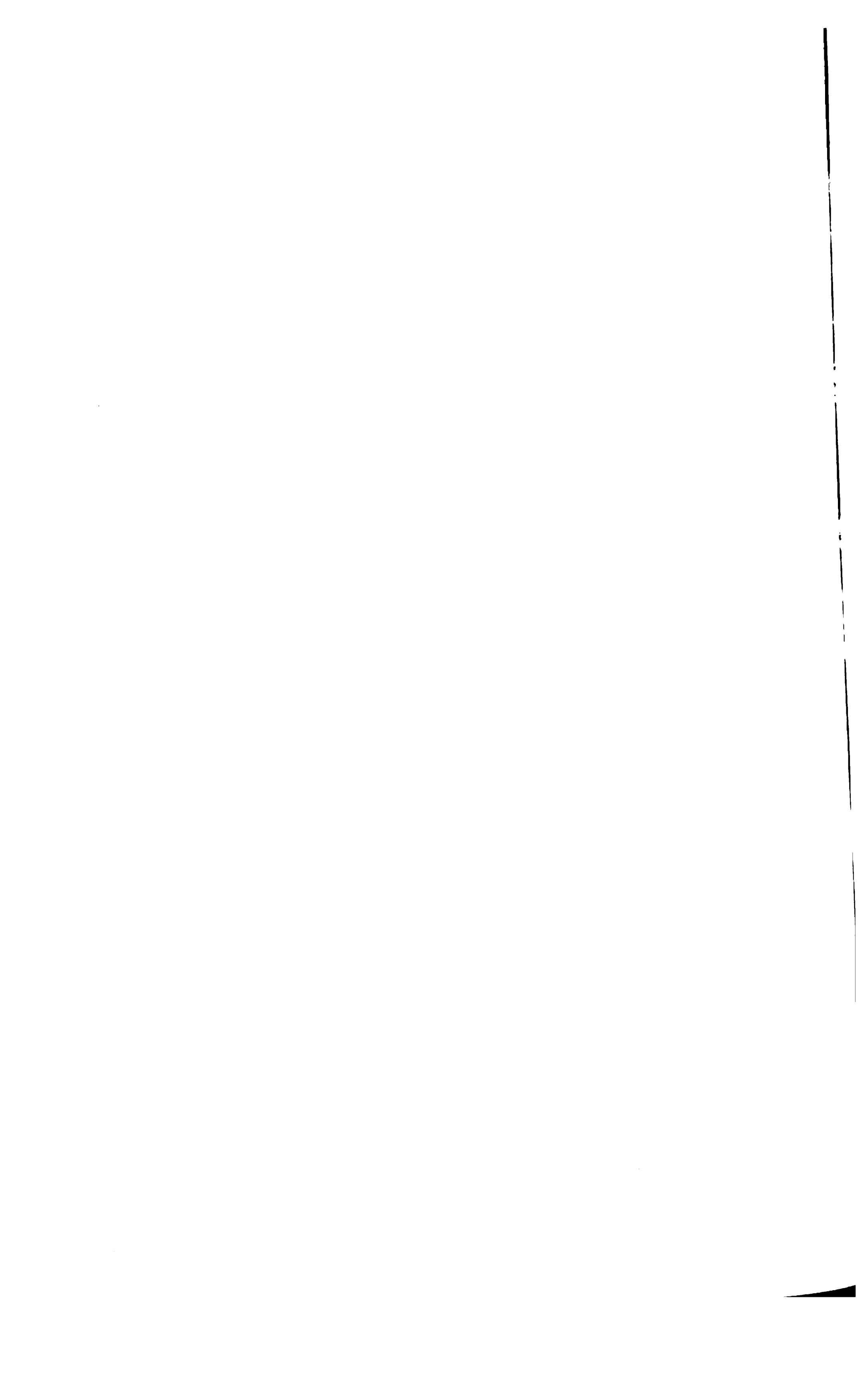
Technik und Wissenschaft in der Medizin. Hallische Universitätsreden. 4. Halle.
Kaiserschnittfragen. Berl. klin. Wochenschr.
Karl Schroeders Lehrbuch der Geburtshilfe. 10. Aufl. Bonn. 1888. (Mit R. Olshausen.)
Handbuch der Gynäkologie. Wiesbaden, 1897—1899.
Gynäkologische Diagnostik. Stuttgart, 1890.
Die Behandlung der Frauenkrankheiten. Berlin. 1911. (Die 3 letzten Werke mehrfach in fremde Sprachen übersetzt.)

Mitarbeiter bei:

Handbuch der Geburtshilfe von P. Müller. Stuttgart, 1888—1889.
Handbuch der Geburtshilfe von Döderlein. Wiesbaden, 1915—1917.
Abschnitt Gynäkologie in Virchows Jahresbericht der gesamten Medizin. 1878—1896.
Frommels Jahresbericht.
Praktische Ergebnisse der Geburtshilfe und Gynäkologie, herausgegeben von Bumm, Döderlein, Franz, Veit.







J. VEIT AETATIS ANNO 57

J. Veit.

Hel. u. impr. Meisenbach Riffarth & Co. Berlin

Johannes Veit.

Der Jahresbericht [illegible] Juni starb an einem [illegible] seinem 67. Lebensjahre.

Seit dem Jahre 1892 hat [illegible] unermüdlich sein Interesse [illegible] dem Jahresberichte [illegible] gewandt. [illegible] Berichte eine vollständige und über[illegible] der gynäkologischen Weltliteratur [illegible] unentbehrlichen und [illegible] Arbeit unseres Faches zu machen, [illegible] Veits Verdienst.

Redaktion und Verlag [illegible] Geiste weiter zu arbeiten.

K. Franz.



J. Veit.

Hel. u. impr. Meisenbach Riffarth & Co. Berlin

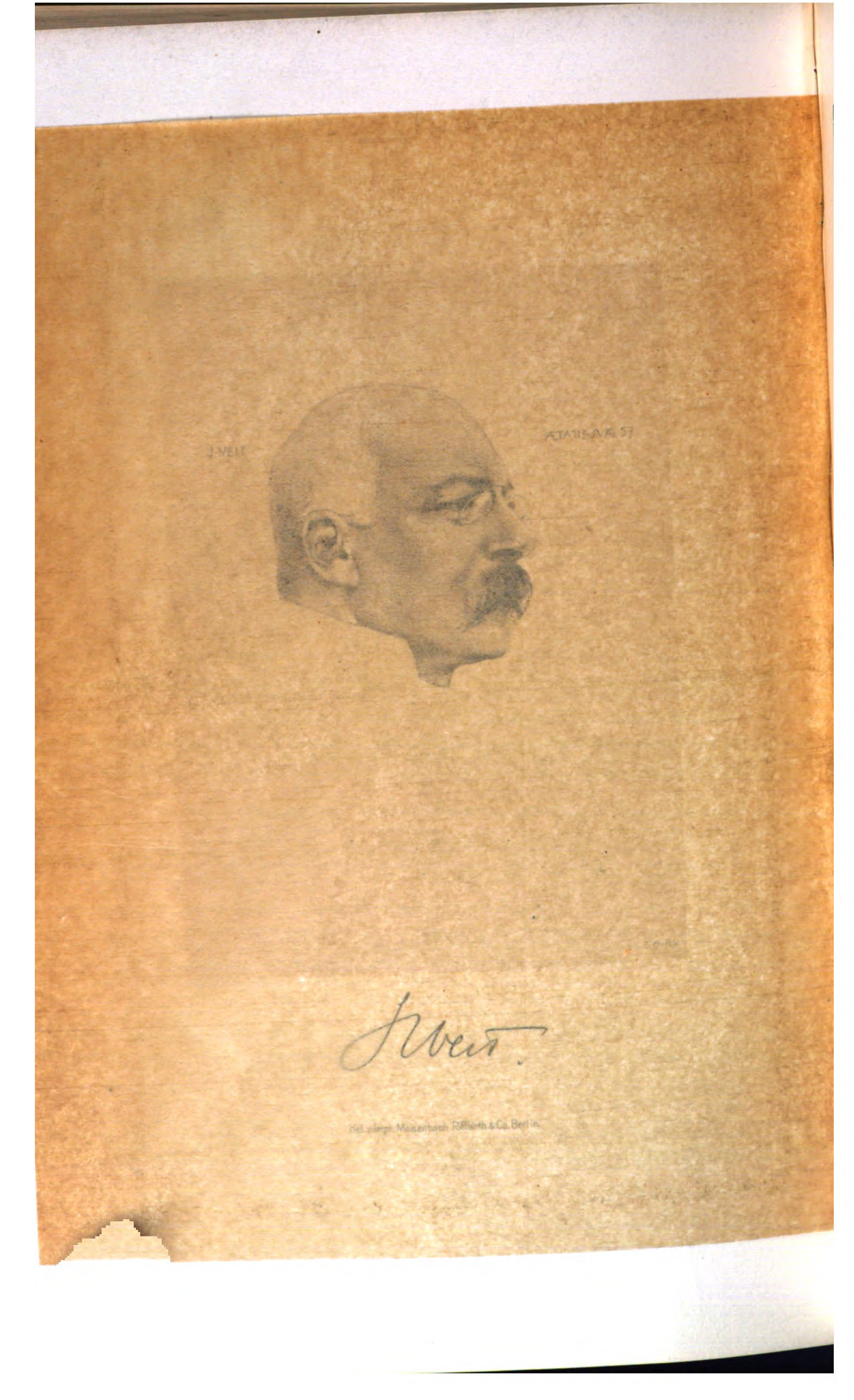
Johannes Veit.

[illegible] Jahresberi[illegible]ht [illegible] Jahresbericht [illegible]
[illegible] Juni starb [illegible] Johannes [illegible] seinem 62. Lebensjahre.

Seit dem Jahre 18[illegible]2 hat [illegible] unermüdlich sein [illegible] und seine [illegible] dem Jahresberichte zugewandt. [illegible] Berichte eine [illegible] und [illegible] Zusammen[illegible] der gynäkologischen [illegible]ratur [illegible] unentbehrlichen und [illegible] Arbeit unseres Faches zu machen, [illegible] Veits Verdienst.

Redaktion und [illegible] Geiste weiter zu arbeiten.

K. Franz.



Johannes Veit.

Der Jahresbericht hat einen schmerzlichen Verlust erlitten. Am 3. Juni starb an einem Herzschlag Johannes Veit in seinem 65. Lebensjahre.

Seit dem Jahre 1892 hat er der Redaktion angehört und unermüdlich sein Interesse, seine Arbeit und seine Gedanken dem Jahresberichte zugewandt. Wenn es gelungen ist, in dem Berichte eine vollständige und übersichtliche Zusammenstellung der gynäkologischen Weltliteratur zu schaffen und ihn zu einem unentbehrlichen und nützlichen Hilfsmittel wissenschaftlicher Arbeit unseres Faches zu machen, so ist das zum grössten Teile Veits Verdienst.

Redaktion und Verlag werden sich bemühen in Veits Geiste weiter zu arbeiten.

K. Franz.

Fritz Bergmann †.

Im August dieses Jahres erlag Dr. med. h. c. Fritz Bergmann plötzlich einem Herzschlage. Der Tod dieses Mannes ist ein grosser Verlust für die medizinische Wissenschaft und insbesondere die Gynäkologen haben ihn zu beklagen. Viele bedeutende gynäkologische Werke sind in Bergmanns Verlage erschienen und wer mit Bergmann zu tun gehabt hat, weiss, wie gross sein persönliches Verdienst an ihnen ist. Er förderte sie mit Uneigennützigkeit und innerer Teilnahme. In Verhandlungen mit ihm brauchte von Geschäften kaum gesprochen zu werden. Es war, als ob er ein Mann sei, der nur aus Liebhaberei teure Werke verlegte. Seine vornehme Gesinnung und seine liebenswürdigen Umgangsformen haben ihm seine Autoren und Schriftleiter zu Freunden gemacht.

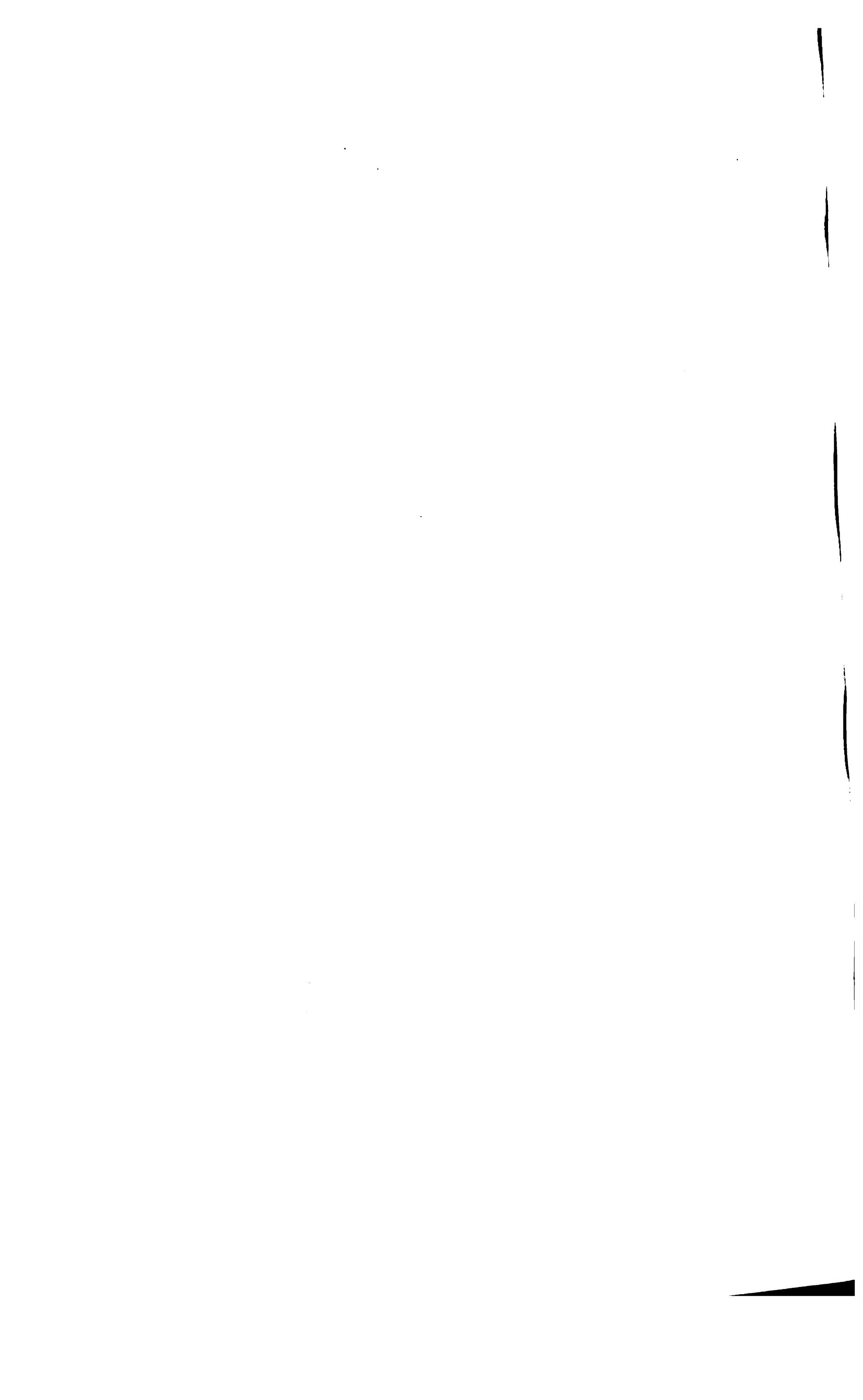
Die Redaktion des Jahresberichtes widmet Bergmann dankbaren Herzens diese Worte der Erinnerung.

Franz.



I. TEIL.

GYNÄKOLOGIE.



I.

Lehrbücher.

Referent: Prof. Dr. Stoeckel, Kiel.

1. Baisch, K., Gesundheitslehre für Frauen. Leipzig, Berlin, B. G. Teubner.
2. Gilliam, T. A. et Gilliam, E. M., Textbook of Practical Gynecology. 5. ed. Philadelphia.
3. Meyer-Ruegg, Hans, Die Frau als Mutter. 5. Aufl. Stuttgart, F. Enke 1915.
4. Strassmann, P., Gesundheitspflege des Weibes. Leipzig, Quelle & Meyer. 2. Aufl.
5. Stratz, C. H., Die Körperpflege der Frau. 3. Aufl. Stuttgart, F. Enke.

II.

Elektrizität, Röntgentherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Massage, Gymnastik, Heissluftbehandlung, Belastungstherapie, Bäderbehandlung.

Referent: Dr. W. Reusch, Stuttgart.

A. Elektrizität.

1. Bangert, Moderne Strahlentherapie mit besonderer Berücksichtigung des Diathermieverfahrens. Sitzungsber. d. ärztl. Ver. in Frankfurt a. M. Münch. med. Wochenschrift p. 1197. (Verf. bespricht die natürliche und künstliche Heliotherapie, die Röntgenbehandlung, die Hochfrequenzströme und das Diathermieverfahren. Die Hauptindikationen für letzteres werden näher erörtert.)
2. — Zur Frage der Elektrodenapplikation beim Diathermieverfahren. Zeitschr. f. physik.-diät. Therap. 1916. p. 271. (Feuchte Zwischenlagen zwischen Elektroden und Haut sind unzweckmässig, die Elektroden sollen direkt auf die entfettete Haut aufgesetzt werden.)

3. Hawkins, J. H., Die Behandlung innerer Hämorrhoiden, blutender und villöser Rektumtumoren mittelst hochfrequenter elektrischer Kauterisation. Surg. gyn. and obstetr. Bd. 23. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 934. (Verf. empfiehlt an Stelle der Elektrokauterisation eine Hochfrequenzelektrode, mittelst deren er gute Resultate bei der Kauterisation von Blasentumoren und bei der Behandlung rektaler Blutungen und Tumoren erzielt hat.)
4. Herzberg, Erich, Über die Tiefenwirkung des elektrischen Stromes bei Thermokoagulation in der Blase. Folia urologica. Bd. 9. Nr. 3. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 879. (Beim Studium der durch Thermokoagulation bei Hunden bedingten Gewebsveränderungen in der Blasenwand ergaben die mikroskopischen Untersuchungen: Bei punktförmiger Berührungsstelle verteilt sich der Strom von dieser strahlenartig und gleichmässig. Die koagulierte Partie entspricht daher einer Halbkugel, deren Mittelpunkt die Berührungsstelle der Elektrode ist. Der Radius des im kystoskopischen Bild durch seine gelblichweisse Farbe in der hellroten Schleimhaut deutlich sichtbaren Thermokoagulationskreises entspricht der grössten Tiefenwirkung in das Gewebe. Die durch die Elastizität und die Füllung der Blase bedingte Verzerrung des Koagulationskreises kann praktisch vernachlässigt werden. Die Tierversuche lassen sich ohne weiteres auch auf den Menschen übertragen.)
5. Jenckel, Elektrolyse zur Behandlung von Strikturen. Sitzungsber. d. ärztl. Ver. in Hamburg. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 572. (Nach dem Vorgang von Newman, der bei Harnröhrenstrikturen gute Resultate sah, hat er in einem Falle von Ösophagusstenose (Salzsäurevergiftung) so überraschend gute Erfolge gesehen, dass er die Methode dringend empfiehlt.)
6. Kahane, Max, Über palpatorische Anwendung elektrischer Ströme. Med. Klin. 1915. Nr. 42. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 317.
7. Kelly und Neill, Kauterisation und Elektrokoagulation der Blasengeschwülste. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 723. (Bei sehr ausgedehnten Papillomen ist die blutige Eröffnung der Blase mit gründlicher Exstirpation der Geschwulst angezeigt. Für alle andern Fälle, besonders für die nach allen operativen Methoden auftretenden Rezidive, ist die Elektrokoagulation die Methode der Wahl.)
8. Kretschmer, H. L., Elektrokoagulationsbehandlung der Blasentumoren. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 13. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 723. (Maligne Tumoren sind von der Elektrokoagulationsbehandlung auszuschliessen. Bei benignen Geschwülsten wurden nur gute Erfolge erzielt. Das Verfahren ist dem operativen Eingreifen vorzuziehen.)
9. *Lindemann, Diathermiebehandlung gynäkologischer Erkrankungen. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 7. Jahrg. Heft 1.
10. Schneller, A., Über galvanische Nerven-Muskelerregbarkeit in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Erlangen 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 968.
11. Thelen, Gottfried, Die kystoskopische Diagnostik der Blasengeschwülste und ihre Behandlung durch Elektrokoagulation. (Kystoskopie an der Kölner Akademie für praktische Medizin: Dr. G. Thelen.) Festschrift zur Feier des 10jährigen Bestehens der Akademie für praktische Medizin in Köln. Bonn. A. Marcus und E. Weber. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 140.

Lindemann (9) fasst seine Erfahrungen über Diathermiebehandlung gynäkologischer Erkrankungen in folgende Sätze zusammen: Die Diathermie leistet Gutes bei allen chronischen Entzündungen des Beckenbindegewebes, des Bauchfells und der Adnexe. Ovarielle, bei der Durchwärmung des Beckens auftretende Reizerscheinungen können mit Röntgenstrahlen oder Luteoglandol bekämpft werden. Hartnäckige Schwielen und Narbenbildung, besonders die strangförmige Parametritis posterior, lassen sich teils allein durch Diathermie, teils in Kombination mit Fibrolysininjektionen und Quecksilberbelastung sehr günstig beeinflussen. Die schmerzstillende Wirkung und die damit verbundene psychische Einwirkung auf die Patienten ist eine ausgezeichnete. Ferner hat sich die Therapie bewährt als Unterstützung aller auf Anregung der Ovarialfunktionen hinzielenden Medikationen (Novarial). Gute Resultate wurden ferner erzielt bei chronischer

Vulvovaginitis kleiner Mädchen, und die Behandlung der akuten Vulvovaginitis wurde wesentlich abgekürzt. Aus allem geht hervor, dass die Diathermie eine wesentliche Bereicherung unserer gynäkologischen Therapie darstellt.

B. Röntgen- und Radiumtherapie.

a) Physikalische und technische Arbeiten.

1. *Christen, Th., Landläufige Irrtümer über Strahlenmessung. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 452.
2. Fernau, A., Über die Herstellung von Radiumträgern. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 527.
3. Fürstenau, K., Über die Kühlung von Röntgenröhren mit siedendem Wasser. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. (Siedendes Wasser bedeutet noch immer für die Temperatur der Antikathode eine Abkühlung und sichert der Röhre beste und kontrastreichste Strahlung. Beschreibung eines betriebssicheren „Siedekühlers".)
4. *Glocker, R., Eine neue Methode zur Intensitäts- und Härtebestimmung von Röntgenstrahlen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. 1916.
5. Graetz, L., Physikalisches über Röntgenstrahlen und Radioaktivität. Sitzungsber. d. ärztl. Ver. in München. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1127.
6. Keene, Bedeutung der Grenzen der Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Med. Rev. 11. Nov. 1916. p. 877.
7. Koch, F. G., Die Röntgenröhre nach Dr. J. E. Lilienfeld. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 23.
8. Lasser, K., Die Röntgenstrahlenerzeugung in der neuen gasfreien Röhre und Spezialapparate zu ihrem Betriebe für Diagnostik und Therapie. Vortrag. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 13. p. 334.
9. Lindemann, W., Siederohr und Tiefentherapie. Zentralbl. f. Gyn. p. 497. (Das Müller-Siederohr übertrifft an Lebensdauer und Konstanz alle, von dem Verf. gebrauchten, andern Röntgenröhren, Coolidge-Röhre noch nicht versucht.)
10. Loose, G., Die Müllersche Heizkörpersiederöhre. (Der Heizkörper, der das an die Antikathode herangebrachte Wasser zum Sieden bringt, wird elektrisch betrieben. Eine automatische Einrichtung besorgt seine Ausschaltung, sobald die Röhre eingeschaltet wird.) Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18.
11. Meyer, F. M., Das Fürstenausche Intensimeter. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 473.
12. Nordentoft, S., Om Röntgenbehandling af oudartede Svülster. (Über Röntgenbehandlung von bösartigen Geschwülsten. 4 Fälle von Cancer mammae.) Ugeskrift for Laeger. p. 287—308. Kopenhagen. (O. Horn.)
13. Schmidt, H. E., Zur Dosierung der Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. 1915. Nr. 49. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 223. (Verf. tritt warm für die Anwendung der S. N.-Tabletten ein, die auch heute noch allen andern Dosierungsmethoden bei weitem vorzuziehen sei.)
14. Schwarz, G., Über den Ersatz von Röntgenplatten durch Bromsilberpapiere. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 32.
15. v. Seuffert, Zur Physik der gynäkologischen Strahlentherapie. Gyn. Gesellsch. zu München. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 130.
16. — Physikalisch-technische Voraussetzungen der Strahlentiefentherapie. Vortrag. (Nichts Neues.) Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. p. 847.
17. Sommer, E., Radiumskizzen I. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 40. (Kurze Übersicht der wichtigsten Radiummesseinheiten. Vergleichende Gehaltstabelle des Radiums und seiner gebräuchlichsten Salze.)
18. Sommerfeld, A., Die medizinischen Röntgenbilder im Lichte der Methode der Kristallinterferenzen. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 33. (Vortrag.)
19. — Die Wellenlänge der Röntgenstrahlen als Härtemass. Fortbildungsvortrag. Münch. med. Wochenschr. p. 458.
20. Voltz, F., Über ultrapenetrierende Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 502. (Nichts Neues.)
21. *Wachtel, H., Über die Inkonstanz der Strahlungen der heutigen Röntgenröhren

und Dosierungsversuche mit dem Fürstenauschen Selenintensimeter. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 491.
22. Wintz, H., Eine automatische Regenerierung der Röntgenröhre. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 11. p. 382.
23. *— Die geerdete Röntgenröhre, eine Spezialröhre für Tiefenbestrahlung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 49. p. 1719.
24. *— und L. Baumeister, Das zweckmässige Filter der Röntgentiefentherapie. Münch. med. Wochenschr. Nr. 6. p. 189.

Christen (1) bespricht verschiedene „landläufige Irrtümer" über Strahlenmessung und kommt dabei zu folgenden Schlusssätzen:

1. Aus der Tatsache, dass eine absorbierende Schicht sehr dünn ist, folgt nicht, dass die von ihr absorbierte Energiemenge unabhängig wäre vom Härtegrad. Der Unterschied gegenüber der dicken Schicht besteht bloss darin, dass sich die Exponentialformel in eine einfache Proportionalität umwandelt. Eine Messung der Flächenenergie unabhängig vom Härtegrad ist bis heute nur mit dem Integral-Iontometer möglich.

2. Die Heterogeneität ist bei den modernen Apparaten weit grösser als früher. Deshalb wurde es auch nötig, für diese früher belanglose Grösse ein einfaches und einwandfreies Mass aufzustellen.

3. Nur nach den Angaben des Integral-Iontometers können korrekte Absorptionskurven direkt aufgezeichnet werden. Dagegen kann man auch aus den bisher veröffentlichten scheinbaren Absorptionskurven, wenn sie unter Vermeidung selektiver Absorption aufgenommen wurden, durch Integration mit dem Planimeter die wahren Absorptionskurven ableiten.

4. Wenn man mit einem Reagens eine Dosis, d. h. den Differentialquotienten der Flächenenergie nach der Tiefe bestimmt hat, so darf man diese Grösse nicht noch einmal nach der Tiefe differenzieren, um daraus wieder eine Dosis abzuleiten.

5. Strenge quantitative Betrachtungen über das Röntgenspektrum berichtigen unzutreffende Vorstellungen über Filterwirkung.

6. Zur Beurteilung der Störungen, welche die Sekundärstrahlen (Fluoreszenzstrahlung und Streustrahlung) bei allen Absorptionsmessungen hervorbringen, ist die Beschreibung diesbezüglicher Versuche mit allen Einzelheiten wiederzugeben.

Glocker (4) bespricht die bisherigen Härtemessmethoden und stellt die Bedingungen auf, denen jede exakte Härtemessung heterogener Röntgenstrahlen genügen muss. Es wird eine auf dem Sekundärstrahlungsprinzip beruhende direkte experimentelle Methode der Strahlenanalyse angegeben und ein dementsprechend konstruierter Apparat (Analysator) näher beschrieben, dessen praktische Anwendung sodann an einigen experimentellen Beispielen (Filterwirkung) erläutert wird.

Wachtel (21) kommt durch Absorptionsmessungen zu dem Ergebnis, dass die Röhren der heutigen Therapiebetriebe nicht einmal während einer und derselben Bestrahlung gleichmässige Strahlungen aussenden. Die Intensität und die Härte der Strahlungen wechseln, während die Röhre eingeschaltet ist, und zwar regellos zum besseren oder zum schlechteren. Fast jede Einschaltung der Röhre bringt bei demselben Instrumentar eine andere Strahlung heraus. Die Schwankungen der Konstanz sind, in Härte- und Oberflächendosiszahlen ausgedrückt, oft gering, für die physiologische Wirkung der Strahlung aber von beträchtlicher Bedeutung. Bei der Messung mit dem Intensimeter genügt es nicht, bei einer Bestrahlung einmal zu messen. Es müssen bei seiner praktischen Anwendung bewusst Fehler in Kauf genommen werden. Es wäre aber ein vorzügliches Instrument für die ganz konstanten Röhren der Zukunft.

Wintz (23) beseitigt die elektrostatischen Aufladungen der Glaswand der Röntgenröhren durch eine zur Erde abgeleitete, in einem besonderen Ansatz ein-

geschmolzene Elektrode. Dadurch wird ein Durchschlagen der Röhren vermieden. Die Röhre soll frei von elektrischen Aufladungen sein, so dass man sie während des Betriebs mit der Hand anfassen kann.

Wintz und Baumeister (24) fanden, dass ein Zinkfilter von 0,5 mm Dicke für die Tiefentherapie geeigneter ist als das 3 mm dicke Aluminiumfilter. Die Verhältniszahlen, die sich bei Verwendung von 3 mm Aluminium und 0,5 mm Zink aufstellen lassen, sind folgende: um die gleiche Dosis auf der Haut mit Aluminium- und Zinkfilter zu erreichen, muss bei Zink 3—$3^1/_2$ mal so lang bestrahlt werden. In einer Tiefe von 8—10 cm hat sich jedoch das Verhältnis auf 1 : 2 = Aluminium : Zink erniedrigt. Appliziert man daher bei der Verwendung eines Zinkfilters von 0,5 mm Dicke der Haut die gleiche Dosis wie bisher bei Aluminium, so wird man in der Tiefe gerade die doppelte Dosis wie bei Aluminium erreichen. Die klinischen Erfolge haben auch die experimentellen Angaben vollauf bestätigt. Die Messungen in der Scheide und im Rektum mit Iontoquantimeter und Kienböckstreifen stimmten mit den experimentellen Angaben überein. Gewöhnlich wurden 3 Felder von 8 cm Durchmesser nebeneinander von der einen zur anderen Darmbeinschaufel reichlich bestrahlt, event. auch 2 Felder vom Rücken her gegeben. Der durchstrahlte Kegel war somit ein recht grosser. Die Bestrahlungsdauer betrug bei Röntgenabstand 23 cm und Belastung 3 Milliampère 50—60 Minuten pro Feld. Bei keiner der bis jetzt bestrahlten 85 Patienten wurde eine Reizung beobachtet, ein Beweis, dass die Zeit der mehr als dreifachen Erythemdosis der Aluminiumfiltrierung bedeutend überschritten werden kann.

b) Biologische und histologische Arbeiten.

1. *Adler, Morphologische Kennzeichen für die Radiumempfindlichkeit der Karzinome des weiblichen Genitals. Zentralbl. f. Gyn. p. 673.
2. Arneth, Über Blutveränderungen bei der Strahlentherapie. Deutsche med. Wochenschrift p. 660.
3. *Arnold, Über Blutveränderungen bei der Tiefenbestrahlung maligner Tumoren. Münch. med. Wochenschr. p. 149. Nr. 5.
4. Blumenthal und Karsis, Über die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen auf Mäuse. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. (Unfiltrierte Strahlung von höheren Härtegraden, in Dosen, die sich unterhalb derjenigen halten, welche bei der menschlichen Tiefentherapie in einer Sitzung angewendet werden, hat eine deletäre Wirkung bis zur Tötung auf den ihr ausgesetzten Mäuseorganismus. Über eine bestimmte Grenze hinausgetriebene Härtung ist dann wieder begleitet von einer Abnahme der schädlichen Wirkung.)
5. Fraenkel, Sigmund und Edina Fürer, Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen. (7. Mitteilung: Über die angebliche Immunität röntgenbestrahlter Tiere.) Wien. klin. Wochenschr. Nr. 26.
6. Frank, E., Aleukia haemorrhagica. (Aplastische Anämie beim Menschen durch Benzoldämpfe und Röntgenstrahlen.) Berl. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 37 u. 41. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1916. p. 111.
7. Grünberg, Marie, Über die Erzeugung aplastischer Blutbilder bei Leukämie durch Röntgenbestrahlung. Inaug.-Diss. Breslau, 1. Juni 1916.
8. *Gudzent, F. und Herschfinkel, Versuche über die angebliche Organaffinität von Thorium X. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 519.
9. Hausmann, W., Über die Verwendung von Blutagarplatten bei Bestrahlungsversuchen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 40.
10. — Über Hämolyse durch Radiumstrahlen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1289. (In Agarplatten suspendierte rote Blutkörperchen werden durch Radiumstrahlung hämolysiert. Diese Wirkung auf die Erythrozyten ist der Bestrahlung zuzuschreiben.)
11. *Hüssy und Herzog, Die Abwehrfermente nach Karzinombestrahlung. Zentralbl. f. Gyn. p. 886.
12. *Mayer, R., Inwieweit stören Knochen in der Überschicht die Bestrahlung der unter ihnen liegenden Gewebe? Strahlentherapie. Bd. 7. p. 515.

und Dosierungsversuche mit dem Fürstenauschen Selenintensimeter. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 491.
22. Wintz, H., Eine automatische Regenerierung der Röntgenröhre. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 11. p. 382.
23. *— Die geerdete Röntgenröhre, eine Spezialröhre für Tiefenbestrahlung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 49. p. 1719.
24. *— und L. Baumeister, Das zweckmässige Filter der Röntgentiefentherapie. Münch. med. Wochenschr. Nr. 6. p. 189.

Christen (1) bespricht verschiedene „landläufige Irrtümer" über Strahlenmessung und kommt dabei zu folgenden Schlusssätzen:

1. Aus der Tatsache, dass eine absorbierende Schicht sehr dünn ist, folgt nicht, dass die von ihr absorbierte Energiemenge unabhängig wäre vom Härtegrad. Der Unterschied gegenüber der dicken Schicht besteht bloss darin, dass sich die Exponentialformel in eine einfache Proportionalität umwandelt. Eine Messung der Flächenenergie unabhängig vom Härtegrad ist bis heute nur mit dem Integral-Iontometer möglich.

2. Die Heterogeneität ist bei den modernen Apparaten weit grösser als früher. Deshalb wurde es auch nötig, für diese früher belanglose Grösse ein einfaches und einwandfreies Mass aufzustellen.

3. Nur nach den Angaben des Integral-Iontometers können korrekte Absorptionskurven direkt aufgezeichnet werden. Dagegen kann man auch aus den bisher veröffentlichten scheinbaren Absorptionskurven, wenn sie unter Vermeidung selektiver Absorption aufgenommen wurden, durch Integration mit dem Planimeter die wahren Absorptionskurven ableiten.

4. Wenn man mit einem Reagens eine Dosis, d. h. den Differentialquotienten der Flächenenergie nach der Tiefe bestimmt hat, so darf man diese Grösse nicht noch einmal nach der Tiefe differenzieren, um daraus wieder eine Dosis abzuleiten.

5. Strenge quantitative Betrachtungen über das Röntgenspektrum berichtigen unzutreffende Vorstellungen über Filterwirkung.

6. Zur Beurteilung der Störungen, welche die Sekundärstrahlen (Fluoreszenzstrahlung und Streustrahlung) bei allen Absorptionsmessungen hervorbringen, ist die Beschreibung diesbezüglicher Versuche mit allen Einzelheiten wiederzugeben.

Glocker (4) bespricht die bisherigen Härtemessmethoden und stellt die Bedingungen auf, denen jede exakte Härtemessung heterogener Röntgenstrahlen genügen muss. Es wird eine auf dem Sekundärstrahlungsprinzip beruhende direkte experimentelle Methode der Strahlenanalyse angegeben und ein dementsprechend konstruierter Apparat (Analysator) näher beschrieben, dessen praktische Anwendung sodann an einigen experimentellen Beispielen (Filterwirkung) erläutert wird.

Wachtel (21) kommt durch Absorptionsmessungen zu dem Ergebnis, dass die Röhren der heutigen Therapiebetriebe nicht einmal während einer und derselben Bestrahlung gleichmässige Strahlungen aussenden. Die Intensität und die Härte der Strahlungen wechseln, während die Röhre eingeschaltet ist, und zwar regellos zum besseren oder zum schlechteren. Fast jede Einschaltung der Röhre bringt bei demselben Instrumentar eine andere Strahlung heraus. Die Schwankungen der Konstanz sind, in Härte- und Oberflächendosiszahlen ausgedrückt, oft gering, für die physiologische Wirkung der Strahlung aber von beträchtlicher Bedeutung. Bei der Messung mit dem Intensimeter genügt es nicht, bei einer Bestrahlung einmal zu messen. Es müssen bei seiner praktischen Anwendung bewusst Fehler in Kauf genommen werden. Es wäre aber ein vorzügliches Instrument für die ganz konstanten Röhren der Zukunft.

Wintz (23) beseitigt die elektrostatischen Aufladungen der Glaswand der Röntgenröhren durch eine zur Erde abgeleitete, in einem besonderen Ansatz ein-

geschmolzene Elektrode. Dadurch wird ein Durchschlagen der Röhren vermieden. Die Röhre soll frei von elektrischen Aufladungen sein, so dass man sie während des Betriebs mit der Hand anfassen kann.

Wintz und Baumeister (24) fanden, dass ein Zinkfilter von 0,5 mm Dicke für die Tiefentherapie geeigneter ist als das 3 mm dicke Aluminiumfilter. Die Verhältniszahlen, die sich bei Verwendung von 3 mm Aluminium und 0,5 mm Zink aufstellen lassen, sind folgende: um die gleiche Dosis auf der Haut mit Aluminium- und Zinkfilter zu erreichen, muss bei Zink 3—3½ mal so lang bestrahlt werden. In einer Tiefe von 8—10 cm hat sich jedoch das Verhältnis auf 1 : 2 = Aluminium : Zink erniedrigt. Appliziert man daher bei der Verwendung eines Zinkfilters von 0,5 mm Dicke der Haut die gleiche Dosis wie bisher bei Aluminium, so wird man in der Tiefe gerade die doppelte Dosis wie bei Aluminium erreichen. Die klinischen Erfolge haben auch die experimentellen Angaben vollauf bestätigt. Die Messungen in der Scheide und im Rektum mit Iontoquantimeter und Kienböckstreifen stimmten mit den experimentellen Angaben überein. Gewöhnlich wurden 3 Felder von 8 cm Durchmesser nebeneinander von der einen zur anderen Darmbeinschaufel reichlich bestrahlt, event. auch 2 Felder vom Rücken her gegeben. Der durchstrahlte Kegel war somit ein recht grosser. Die Bestrahlungsdauer betrug bei Röntgenabstand 23 cm und Belastung 3 Milliampère 50—60 Minuten pro Feld. Bei keiner der bis jetzt bestrahlten 85 Patienten wurde eine Reizung beobachtet, ein Beweis, dass die Zeit der mehr als dreifachen Erythemdosis der Aluminiumfiltrierung bedeutend überschritten werden kann.

b) Biologische und histologische Arbeiten.

1. *Adler, Morphologische Kennzeichen für die Radiumempfindlichkeit der Karzinome des weiblichen Genitals. Zentralbl. f. Gyn. p. 673.
2. Arneth, Über Blutveränderungen bei der Strahlentherapie. Deutsche med. Wochenschrift p. 660.
3. *Arnold, Über Blutveränderungen bei der Tiefenbestrahlung maligner Tumoren. Münch. med. Wochenschr. p. 149. Nr. 5.
4. Blumenthal und Karsis, Über die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen auf Mäuse. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. (Unfiltrierte Strahlung von höheren Härtegraden, in Dosen, die sich unterhalb derjenigen halten, welche bei der menschlichen Tiefentherapie in einer Sitzung angewendet werden, hat eine deletäre Wirkung bis zur Tötung auf den ihr ausgesetzten Mäuseorganismus. Über eine bestimmte Grenze hinausgetriebene Härtung ist dann wieder begleitet von einer Abnahme der schädlichen Wirkung.)
5. Fraenkel, Sigmund und Edine Fürer, Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen. (7. Mitteilung: Über die angebliche Immunität röntgenbestrahlter Tiere.) Wien. klin. Wochenschr. Nr. 26.
6. Frank, E., Aleukia haemorrhagica. (Aplastische Anämie beim Menschen durch Benzoldämpfe und Röntgenstrahlen.) Berl. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 37 u. 41. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1916. p. 111.
7. Grünberg, Marie, Über die Erzeugung aplastischer Blutbilder bei Leukämie durch Röntgenbestrahlung. Inaug.-Diss. Breslau, 1. Juni 1916.
8. *Gudzent, F. und Herschfinkel, Versuche über die angebliche Organaffinität von Thorium X. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 519.
9. Hausmann, W., Über die Verwendung von Blutagarplatten bei Bestrahlungsversuchen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 40.
10. — Über Hämolyse durch Radiumstrahlen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1289. (In Agarplatten suspendierte rote Blutkörperchen werden durch Radiumstrahlung hämolysiert. Diese Wirkung auf die Erythrozyten ist der Bestrahlung zuzuschreiben.)
11. *Hüssy und Herzog, Die Abwehrfermente nach Karzinombestrahlung. Zentralbl. f. Gyn. p. 886.
12. *Mayer, R., Inwieweit stören Knochen in der Überschicht die Bestrahlung der unter ihnen liegenden Gewebe? Strahlentherapie. Bd. 7. p. 515.

13. Milton Portis, M., Blutveränderungen durch Röntgenstrahlen und Angabe eines Schutzapparates. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 90. Nr. 1. 1915. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 375. (Verminderung der Leukozyten, relative Vergrösserung der Lymphozyten mit verschiedenen Formveränderungen, geringe Herabsetzung des Hämoglobingehaltes, in einigen Fällen eine geringe Zahl von Myelozyten. Als Schutz gegen die Schädigungen durch die Röntgenstrahlen wird ein überall von dicker Bleilage umschlossener, enger Aufenthaltsraum (mit Bleiglasfenster) angegeben.)
14. Pentimalli, F., Über die Wirkung des Mesothoriums auf den Mäusekrebs. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. Bd. 59. Heft 3.
15. Rieder, H., Röntgenuntersuchung bebrüteter Vogeleier. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 23. Heft 5. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 375.
16. Schmitt, L., Über das Verhalten der Blutgerinnung unter der Einwirkung der Röntgenstrahlen und der radioaktiven Substanzen. Inaug.-Diss. München, September 1916.
17. Schöne und Schmidt, Ist die biologische Wirkung der von der Röntgenröhre ausgehenden Strahlen abhängig von dem Aggregatzustand der bestrahlten Zellen? Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 137. 1.—3. Heft. (Zur Lösung dieser Frage liessen Verff. auf gefrorenen Mäusetumorbrei die Röntgenröhre einwirken. Es ergab sich, dass in gefrorenem Zustande ausserhalb des Körpers bestrahltes Geschwulstgewebe unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen seine Entwicklungsfähigkeit einbüssen kann.)
18. Schweitzer, Bernhard, Veränderungen am Blute nach Mesothoriumbestrahlungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 10. p. 341.
19. *— Verbreitung von Mesothoriumenergie im Körper der therapeutisch Bestrahlten nachgewiesen durch Photoaktivität. Münch. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 560.
20. *Sippel, A., Idiosynkrasie gegenüber Röntgenstrahlen. Zentralbl. f. Gyn. p. 857.

Adler (1) hat sich die Frage gestellt, ob ein Zusammenhang zwischen dem verschieden günstigen Erfolg der Radiumbehandlung des Gebärmutterkrebses und der anatomischen und histologischen Eigenart der einzelnen Karzinome besteht. Durch die Beantwortung dieser Frage hofft er feststellen zu können, welche Art von Karzinomen sich für die Radiumbehandlung mit Aussicht auf Erfolg eignet.

Nach Ausscheidung der Korpuskarzinome, die nach der Ansicht des Verf. eine Sonderstellung einnehmen, teilt er die Kollum- und Scheidenkarzinome in 2 Klassen ein. 1. Karzinome mit primär drüsigem Bau und 2. Karzinome mit primär solidem Bau. Die letzteren wiederum werden eingeteilt in solche von niederer, mittlerer und höherer Reife.

Die primär drüsigen Karzinome geben die schlechteste Prognose. Von 14 Fällen ist kein einziger geheilt. Innerhalb der Gruppe der primär soliden Karzinome hat sich gezeigt, dass die höchst ausgereiften Tumoren die besten Resultate gaben, die am wenigsten differenzierten in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle auf die Dauer unbeeinflusst blieben.

Verf. resümiert:

1. Karzinome niederster und niederer Reife sind prinzipiell von der Strahlenbehandlung auszuschliessen.

2. Karzinome mit lymphatischer Propagation reagieren wesentlich schlechter auf die Radiumbehandlung als plexiform wachsende.

3. Für die Radiumbehandlung wenig geeignet erscheinen die reich vaskularisierten und bindegewebsarmen Tumoren.

Arnold (3) untersuchte die Einwirkung der Tiefenbestrahlung auf die morphologischen Bestandteile des Blutes und kommt dabei zu folgenden Resultaten:

1. Auf die Tiefenbestrahlung hin reagiert der menschliche Organismus mit Veränderungen, die wir im Blut nachweisen können, und zwar sieht man entweder direkt nach den Bestrahlungen oder nach einer gewissen Latenzzeit vorübergehend eine Alteration der Gesamtzahl der weissen Zellen, die nach seinen Beobachtungen sehr häufig in Form einer Hyperleukozytose zum Ausdruck komm

Gleichzeitig damit treten, analog der Tierversuche Heinekes, auch in der Morphologie des Blutbildes Veränderungen auf, die sich vor allem durch einen Lymphozytenschwund und Vermehrung der neutrophilen Leukozyten, sowie auch gelegentlich durch gehäuftes Auftreten von Knochenmarkszellen geltend machen.

2. Wiederholte Bestrahlungen zeigen im allgemeinen die gleiche Alteration der Leukozytenkurve, nur in abgeschwächterem Masse. Im Anschluss an relativ rasch aufeinanderfolgende Bestrahlungen sieht man häufig ein allmähliches Sinken der Gesamtleukozytenzahl unter die Norm als Ausdruck einer gewissen Erschöpfung der Blutbildungsstätten.

Aus diesen Beobachtungen ergeben sich für die praktische Anwendung der Tiefentherapie folgende Forderungen:

a) bei wiederholten intensiven Bestrahlungen fortlaufend die Anzahl der Leukozyten zu bestimmen, zum mindesten vor und nach jeder Bestrahlung;

b) das Blutbild sowohl vor der ersten Bestrahlung, wie auch späterhin in gewissen Abständen auf pathologische Veränderungen hin zu untersuchen.

Findet man subnormale Werte der Gesamtleukozytenzahl (unter 4000) oder ein gehäuftes Auftreten von pathologischen Bestandteilen (Knochenmarkszellen), dürfte es zweckmässig sein, mit den Bestrahlungen auszusetzen, bis das Blut wieder annähernd normale Beschaffenheit zeigt. Arnold glaubt, damit am sichersten das Auftreten von Spätschädigungen durch Röntgenstrahlen verhindern zu können.

Gudzent und Herschfinkel (8) haben durch Versuche festgestellt, dass bei bestimmtem Gewichtsverhältnis von Flüssigkeit (physiologische Kochsalzlösung oder Blut) zu den drei tierischen Organen Milz, Knochenmark und Muskel keine Anhäufung des Thorium X in diesen Organen stattfindet. Ein Verteilungsverhältnis, wie es bei Injektion von Thorium X in dem Tierkörper beobachtet worden ist, konnte nicht gefunden werden.

Hüssy und Herzog (11) kommen beim Studium der Abwehrfermente nach Karzinombestrahlungen zu folgenden Resultaten:

1. Die Abderhaldenreaktion hat bei bestrahlten Karzinomfällen fast immer mit dem klinischen Verlaufe übereingestimmt.

2. Eine Kontrolle des Bestrahlungserfolges ist dadurch in gewissem Sinne möglich, ebenso eine vorsichtige Prognosenstellung. Allerdings sind Fehlresultate denkbar und werden ab und zu vorkommen.

3. Fast alle klinisch geheilten Fälle haben einen negativen Reaktionsausschlag gegeben, die anderen einen positiven.

4. Bei bestrahlten Patienten findet vielleicht eine Verzögerung in der Bildung der Abwehrfermente statt. Sie fehlen aber nicht andauernd, sondern sind sicher einige Zeit nach der Bestrahlung nachzuweisen.

5. Bei fortgeschrittenen Fällen kann die Reaktion negativ ausfallen. Auf jeden Fall ist mit dem Serum von diesen Kranken der Ausschlag meist ausserordentlich schwach und undeutlich.

Mayer (12) hat die Frage aufgeworfen, inwieweit Knochen in der Überschicht die Bestrahlung der unter ihnen liegenden Gewebe stören? Da die Vielfelderbestrahlung mit jedem neuen Feld einen wesentlichen Gewinn an Tiefendosis erzielt, ist die Frage berechtigt, ob die über Knochen liegenden Felder als wesentlich minderwertig zu betrachten sind. Die Versuche ergaben, dass in der Überschicht der zu bestrahlenden Gewebe liegende Skelettteile von gutem und mittelmässigem Therapielicht bloss 10—25% absorbieren. Es besteht also kein Grund, den Knochen bei der Wahl der Bestrahlungsfelder auszuweichen.

Schweitzer (19) hat experimentell erwiesen, dass bei örtlicher Bestrahlung des Menschen mit Mesothorium fernab vom primären Bestrahlungsbereich eine

vom Mesothorium ausgegangene strahlende Energie aufgespeichert wird, die durch ihre photoaktive Eigenschaft uns sichtbar gemacht werden kann. Wir müssen also bei der therapeutischen Anwendung des Mesothoriums mit einer weiten Verbreitung im Körper und einer Ladung gewisser Organteile mit einer nicht geringen Energiemenge rechnen, welche sogar wochenlang anhält. Bei längerem Fortsetzen der Bestrahlung ist deshalb unzweifelhaft eine Summation der Wirkung zu erwarten. Die Mesothoriumdosis muss also auf das unbedingt notwendige Minimum beschränkt werden.

Sippel (20) erbringt einen unzweideutigen Beweis für die individuell verschiedene Empfindlichkeit der Haut gegen Röntgenstrahlen. Zwei 75jährige Frauen, die in ihrem körperlichen Zustand einander völlig glichen, wurden wegen Mammakarzinoms ungefähr gleichzeitig, und völlig gleichartig bestrahlt. Die eine erlitt eine schwere Verbrennung 3. Grades, während die andere, die sogar etwas mehr Strahlen bekommen hatte, nur eine leichte Pigmentierung davontrug. Die Verbrannte war eine Blondine mit hellem Teint, die andere eine Dunkelhaarige mit dunklem Teint.

c) Diagnostische Arbeiten.

1. v. Bergmann, Die Bedeutung der Radiologie für die Diagnostik der Erkrankungen des Verdauungskanals. Archiv für Verdauungskrankheiten mit Einschluss der Stoffwechselpathologie und der Diätetik. Bd. 22. Heft 3 u. 4.
2. Freud, J., Röntgendiagnose des typischen primären Sarkoms des oberen Dünndarms. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31.
3. Graessner, Der röntgenologische Nachweis der Spina bifida occulta. Festschrift zur Feier des 10jährigen Bestehens der Akademie für praktische Medizin in Köln. Bonn, A. Marcus u. E. Webers. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 279.
4. Hasselwander, A., Über die Anwendung und den Wert der stereo-röntgenogrammetrischen Methode. Münch. med. Wochenschr. p. 761.
5. Holzknecht, Lilienfeld und Pordes, Die radiologische Darstellung der Ursprünge von Fistelgängen mittelst einer vereinfachten und verbesserten Füllungstechnik. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16.
6. Kaestle, C., Zur Technik der röntgenoskopischen Magenuntersuchung. Münch. med. Wochenschr. p. 968.
7. Lenz, E., Zur Methodik der abdominalen Röntgendurchleuchtung. Münch. med. Wochenschr. p. 598.
8. Meyer, Willy, Die Bedeutung der X-Strahlen für die Diagnose der Uretersteine. Med. record. Bd. 88. Nr. 26. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 417.
9. Perlet, Über eine einfache und rasche Bestimmung der Röhrenhärte bei Röntgenaufnahmen. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 36 u. 37.
10. Potocki, Laquerrière und Delherne, Die Radiographie des Fötus „in utero". Journ. de méd. de Paris 1914. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 261. (Die Verff. führen aus, dass man heutigentages in der Lage ist, den Fötus in den beiden letzten Monaten der Schwangerschaft durch die Röntgenstrahlen sichtbar zu machen. Man erhält oft nicht nur ein sehr deutliches Bild der Wirbelsäule und des Kopfes, sondern auch der Rippen und Extremitäten, der Hände inkl. Finger und Füsse. Häufig erhält man gute Bilder auch schon im 6. und 7. Monat. Den Verff. ist es sogar gelungen, den Fötus mit $4^1/_2$ Monaten zu radiographieren.)
11. Rubin, J. C., Die X-Strahlendiagnose in der Gynäkologie unter Zuhilfenahme von intrauterinen Kollargolinjektionen. Surg., gyn. and obstetr. Bd. 20. Nr. 4. Ref. Zentralblatt f. Gyn. p. 757.
12. Schütze, J., Die röntgenologische Darstellbarkeit der Gallensteine. Sitzungsber. d. Ver. ärztl. Gesellsch. zu Berlin. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 536.
13. Trendelenburg, W., Die Adaptationsbrille, ein Hilfsmittel für Röntgendurchleuchtungen. Münch. med. Wochenschr. p. 245.
14. Vogl, Die arteriellen Gefässverbindungen eineiiger Zwillinge im Röntgenbilde. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24.
15. Woodall, C. W., Einige Probleme der Röntgendiagnose der Harnsteine. Albany med. Ann. Bd. 37. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 638.

d) Klinische und therapeutische Arbeiten.

(Die Strahlenbehandlung der Myome und Uteruskarzinome wird in einem speziellen Kapitel (Kap. X) referiert. Die betreffenden Arbeiten werden daher hier nur mit dem Titel angeführt.)

1. Adler und Amreich, Das Radiumexanthem. Gyn. Rundschau. 9. Jahrg. (Allgemeines Exanthem im Anschluss an Radiumbestrahlungen bei Uteruskarzinom. 2 Fälle.)
2. Alexander-Katz, Edith, Die Röntgentiefentherapie bei tuberkulöser Pleuritis. Inaug.-Diss. Erlangen 1915.
3. van Allen, Über die Beziehung der Röntgenologen zum Krankenhaus. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. Januar.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 375.
4. Allmann, Zur Behandlung des Gebärmutterkrebses. Zentralbl. f. Gyn. p. 129. (Unterbindung beider Arteriae hypogastricae, Exstirpation beider Adnexe, unter Zurücklassen des karzinomatösen Uterus. Radium- und Mesothoriumbestrahlung per vaginam.)
5. Bergonié, Die indirekte Überempfindlichkeit gegen X-Strahlen. Akademie der Wissenschaften in Paris. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 800. (Beobachtete einen Fall, bei dem, nach der Abheilung einer Radiodermatitis, eine ausserordentlich gesteigerte Empfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen bestand, und stellt diese Erscheinung in Parallele mit der Anaphylaxie. Physikalische Anaphylaxie!)
6. Beuttner, Die Behandlung der Uterusfibrome und der hämorrhagischen Metropathien durch Röntgenstrahlen und ihre Resultate. Rev. méd. de la Suisse romande. p. 553.
7. Bumm und Schäfer, Erfahrungen über die Strahlenbehandlung der Genitalkarzinome. Arch. f. Gyn. Bd. 106. Heft 1.
8. Bruegel, Die Beeinflussung des Magenchemismus durch Röntgenstrahlen. Münch. med. Wochenschr. p. 670. (Die Bestrahlung bewirkt eine Herabminderung der Säurewerte, sowohl der Gesamtazidität, als auch der freien HCl, jedoch nicht immer im gleichen Verhältnis. Am raschesten tritt dieser Effekt ein bei Hyperchlorhydrie, bei der weder klinisch noch röntgenologisch Ulcera nachzuweisen sind.)
9. Döderlein, Der gegenwärtige Stand der Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Vortrag. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. p. 847.
10. Douglas C. Moriarta (Saraloga Springs, N. Y.), Radium. Med. record. Bd. 79. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 776. (Nichts Neues.)
11. Falk, Zur Röntgenbehandlung der Peritonealtuberkulose bei eröffneter Bauchhöhle. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24.
12. Fischer, W., Beitrag zur Röntgentiefenbestrahlung. Münch. med. Wochenschr. p. 954. (Neue Röntgenröhre mit flächenhaftem, ca. $3^1/_2$ cm breitem Focus, grosser Kathode und Wasserkühlung.)
13. Flatau, Erfahrungen über die Strahlenbehandlung des weiblichen Genitalkarzinoms. Sitzungsber. d. ärztl. Ver. in Nürnberg. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1268.
14. — Vorläufige Ergebnisse der Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 289.
15. Fraenkl, Manfred, Die schmerzstillende Wirkung der Röntgenstrahlen. Med. Klin. Nr. 15.
16. Frank, Die Entwicklung der Röntgentherapie, besonders der gynäkologischen Tiefentherapie. Vortrag. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 20. p. 719.
17. Frank, E. Simpson, Radium in the treatment of Cancer and various other Diseases of the skin. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1916. Nr. 21.
18. Frank, R. T., Die Wahl zwischen Operation und Strahlenbehandlung von Uterusmyomen. Amer. Journ. of Obst. Bd. 72. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 224.
19. Franz, K., Die Behandlung der klimakterischen Blutungen mit Röntgenstrahlen. Therap. d. Gegenw. März.
20. *Friedrich und Krönig, Die Strahlenbehandlung des Brustkrebses in einer einmaligen Sitzung. Festlegung der Karzinomdosis. Münch. med. Wochenschr. p. 1445.
21. Goetz, Peter, Myom und Röntgenbehandlung. Inaug.-Diss. Berlin 1916. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 911.
22. Heimann, Fritz, Zur Strahlentiefenwirkung. Berl. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 47. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 222.
23. — Strahlentiefenwirkung. Sitzungsber. d. gyn. Gesellsch. zu Breslau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 119. (An der Hand von 2 Vulvakarzinomen, die tief in die Umgebung hinein-

wucherten, wird die ausgezeichnete Wirkung der Technik der Breslauer Klinik dargelegt.)
24. Heimann, Fritz, Rückblicke u. Ausblicke der Strahlentiefentherapie bei gutartig. u. bösartig. Erkrank. d. weibl. Sexualorgane. Berl. klin. Wochenschr. p. 1025. Vortrag.
25. — Kystoskopie und Bestrahlungserfolge bei inoperablem Uteruskarzinom. Berl. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 12.
26. Hirsch, Henri, Die Röntgenbestrahlung nach chirurgischen Eingriffen und ihre Technik. Deutsche med. Wochenschr. 1916. Nr. 26.
27. — Radiotherapeutische Fragen und Forderungen in der Gynäkologie. Sitzungsber. d. geburtsh. Gesellsch. zu Hamburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 996. Vortrag.
28. Hoffmann, E., Über die Bedeutung der Strahlenbehandlung in der Dermatologie, nebst Bemerkungen über ihre biologische Wirkung. Strahlentherapie. Bd. 7. Heft 1.
29. — Klaus, Technik der vaginalen Tiefenbestrahlung. Fortschr. d. Röntgenstr. 23. Heft 4. (Am Lagerungstisch wird ein Gestell aus Holz — einem Reck ähnlich — befestigt, an dem waschbare leinene Säcke zum Halten der Beine angebracht sind und auch die Gummischutzdecken zum Abdecken der Patientin befestigt werden.)
30. Hüssy, P., Theorie und Praxis der Strahlentherapie in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. 1916. p. 48. (Vortrag.)
31. John, W., Technik und Erfolge der einzelnen Autoren bei der Behandlung der Myome und hämorrhagischen Metropathien mit Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 300.
32. Jung, Über Strahlentherapie. Sitzungsber. d. gyn. Gesellsch. der deutschen Schweiz. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 288. (Demonstration einiger Fälle.)
33. Klein, G., Methodik und mehrjährige Erfahrung der kombinierten Aktinotherapie bei Karzinom des Uterus und der Mamma. Deutsche med. Wochenschr. 1916. Nr. 27.
34. — Über gynäkologische Aktinotherapie. Münch. med. Wochenschr. Nr. 52. p. 1821. Vortrag.
35. Küpferle und Bacmeister, Experimentelle Grundlagen für die Behandlung der Lungentuberkulose mit Röntgenstrahlen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4.
36. Kunitzky, E., Zur Thorium X-Behandlung bei Dermatosen. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 11.
37. Levin, Isaac, Primäres Karzinom der Vagina, behandelt mit Radium und Röntgenstrahlen. Med. record. Bd. 86. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 123.
38. Martin, A., Sammelbericht über die Entwicklung der Strahlenbehandlung in der Gynäkologie im Jahre 1915. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 2.
39. Mathes, Über die Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Sitzungsber. d. Ärztegesellschaft in Innsbruck. Wien. klin. Wochenschr. p. 1347.
40. Mendes de Leon, M. A., Der Wert der Kastration bei Uterusmyomen. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneesk. 1916. II. p. 906.
41. Nagelschmid, F., Eine Bestrahlungsmethode mittelst Thorium X. (Verf. verwendet das Thorium X (Doramad) in einer Lösung in Propylalkohol, welche auf die Haut gepinselt wird. Besonders geeignet ist die Doramadpinselung für die Behandlung des Naevus vasculosus.) Deutsche med. Wochenschr. p. 191.
42. Ordway, Thomas, Berufsschädigung durch Radium. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1916. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 512.
43. Pinkus, A., Weitere Erfahrungen über die konservative Behandlung der Uterusblutungen und Myome mit Mesothorium-Radium. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39.
44. Pordes, Röntgenempfindliches Carcinoma mammae, das nach 3 Röntgenbestrahlungen verschwand. Sitzungsber. d. k. k. Gesellsch. d. Ärzte in Wien. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1055.
45. Reusch, W., Mesothoriumheilung eines Uterussarkoms bei einem 16jährigen Mädchen. Zentralbl. f. Gyn. p. 33.
46. Rössler, Gottfried, Resultate der ursprünglichen Albers-Schönbergschen Bestrahlungsmethode bei Myom und Metropathia haemorrhagica. Inaug.-Diss. Heidelberg. Juni 1916.
47. Roelinger, Dauererfolge der Röntgenbehandlung bei Myomen. Inaug.-Diss. München. Mai 1916.
48. Schäfer, P., Ergebnisse der Bestrahlungstherapie weiblicher Genitalkarzinome. 1912 bis 1915. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1.
49. Schmidt, H. E., Die Anwendung harter, filtrierter Röntgenstrahlen in der Dermato-

logie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3. (Verf. lehnt die Behandlung der oberflächlichen Hauterkrankungen mit harten filtrierten Röntgenstrahlen ab.)
50. Shoemaker, Georg Erely, Primäres Urethrakarzinom, Urinverhaltung durch Wegverlegung, Funktionswiederherstellung durch Radium. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 22. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 915.
51. Seitz und Wintz, Über die Beseitigung von Myom- und Wechselblutungen in einmaliger Sitzung durch Zinkfilterintensivbestrahlung. Münch. med. Wochenschr. p. 1785.
52. Sippel, A., Profuse Menorrhagien bei Uterusmyom. Dauernde Amenorrhöe durch Röntgenstrahlen. Nach 11 Monaten Exstirpatio uteri wegen Sarkoms. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 2.
53. Sommer, Technik und Indikation der Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. 1916. Nr. 1—4. Fortbildungsvortrag.
54. Sommer, E., Röntgen-Taschenbuch. 6. Bd. Verlag von Otto Nemnich.
55. Steiger, Ein Beitrag zur Behandlung des Uteruskarzinoms mit Röntgenstrahlen. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. 1915. Nr. 52. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 288.
56. Stern, Samuel, X-Strahlenbehandlung der Uterusfibrome. Amer. Journ. of Obst. Bd. 72. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 224.
57. Theilhaber, A., Über einige Ursachen der Misserfolge bei der Strahlenbehandlung der Karzinome. Berl. klin. Wochenschr. 1916. p. 1027.
58. Tillmanns, Ein ungewöhnlich grosses Röntgengeschwür der Bauchdecken. Sitzungsbericht d. med. Gesellsch. in Leipzig. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 167.
59. Treber, H., Mehrjährige Ergebnisse der Aktinotherapie bei Karzinomen des Uterus und der Mamma. Münch. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 999.
60. Veit, J., Demonstration eines operierten Korpuskarzinoms. Sitzungsber. d. Ver. d. Ärzte in Halle. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 242.
61. Warnekros, K., Über den Wert der prophylaktischen Bestrahlungen nach Karzinomoperationen der Gebärmutter. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1916. p. 332. (Durch die prophylaktische Bestrahlung mit Röntgenstrahlen wurde die Zahl der Rezidive bei primär geheilten operierten Karzinomen von 55,4 auf 18,5 Prozent herabgesetzt.)
62. Werner, Paul, Zur Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses. Arch. f. Gyn. Nr. 106. Heft 1.
63. Wilms, Röntgenbestrahlung bei Pylorospasmus. Münch. med. Wochenschr. p. 1073.
64. — Röntgenstrahlenwirkung bei entzündlichen Karzinomen. Sitzungsber. d. naturhistorisch-mediz. Ver. zu Heidelberg. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1362.

Friedrich und Krönig (20) fassen ihre Erfahrungen und Forderungen bei der Strahlenbehandlung des Brustkrebses folgendermassen zusammen: „Die Erythemdosis der Haut haben wir auf 50 Entladungen des Elektrometersystems unseres Iontoquantimeters um eine bestimmt festgelegte Spannung bestimmt. Die Ovarialdosis zur Erreichung einer Amenorrhoe bei Myomen und hämorrhagischen Metropathien haben wir auf 10 Entladungen festgelegt. Der Sensibilitätsquotient zwischen Ovarial- und Hautdosis beträgt im Mittel 5. Die Karzinomdosis haben wir beim Brustkrebs im Mittel auf 40 Entladungen festgelegt. Der Sensibilitätsquotient zwischen Haut und Karzinom beträgt im Mittel 1,25. Die Bestrahlung der Myome und hämorrhagischen Metropathien hat in einer einzigen Sitzung stattzufinden und ist in dieser Sitzung die Ovarialdosis zu verabfolgen. Für die Myome und hämorrhagischen Metropathien ist grundsätzlich die Strahlenbehandlung der operativen Behandlung vorzuziehen. Die Bestrahlung des Brustkrebses hat in einer einmaligen Sitzung stattzufinden, und ist in dieser Sitzung der gesamten Krebsgeschwulst die Karzinomdosis zu verabfolgen. Für die Brustkrebse ist grundsätzlich die Strahlenbehandlung der operativen Behandlung vorzuziehen. Wie lange und in welchen Zeitintervallen zur Verhütung eines Rezidivs eine prophylaktische Bestrahlung stattzufinden hat, entzieht sich zur Zeit noch unserer Kenntnis. Brustkrebse, die schon Metastasen in anderen Organen gesetzt und eine Krebskachexie hervorgerufen haben, sind von der Strahlenbehandlung auszuschliessen."

C. Lichttherapie.

1. Axmann, Sammelapparat für ultraviolette Strahlenbehandlung. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 16. (Verf. erinnert an seine bereits im Jahre 1906 angegebenen Tuben zur Sammlung der Uviolstrahlen auf kleinere Stellen.)
2. — Kälte- und Uviolbehandlung in Verbindung mit Röntgen und Radium. Münch. med. Wochenschr. p. 123. (Man kann die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen mit Kälte verstärken, mittelst Uviol abschwächen.)
3. Bacmeister, A., Die Erfolge der kombinierten Quarzlicht-Röntgentiefentherapie bei der menschlichen Lungentuberkulose. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4.
4. Bach, Hugo, Lichtfilter. Erwiderung auf obige Arbeit von Dr. Fritz Schanz-Dresden in dieser Wochenschrift. 1915. Nr. 48. Münch. med. Wochenschr. p. 313.
5. — Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne". 2. Aufl. Würzburg, Curt Kabitzsch.
6. Benrath, A., Über die chemische Wirkung der strahlenden Energie. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 88. (Nichts Neues.)
7. Capelle, W., Erysipelbehandlung mit künstlicher Höhensonne. Zentralbl. f. Chir. Nr. 32. (Berichtet über sehr gute Erfolge mit der Quarzlichtbehandlung.)
8. Carl, W., Die Quarzlichtbehandlung des Erysipels. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20. (In einer Reihe von Fällen konnte eine heilende Wirkung des Quarzlampenlichts auf Erysipel gesehen werden.)
9. Czerny, Die natürliche und die künstliche Höhensonne. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie. 5. Heft.
10. Dorno, C., Lichtfilter. Entgegnung an Herrn Sanitätsrat Dr. Fritz Schanz in Dresden auf seine titulierte Abhandlung in Nr. 48. 1915. d. W. Münch. med. Wochenschrift. p. 194.
11. van Dorp-Beucker, Andreae, Sonnenbehandlung der Tuberkulose. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneesk. p. 693.
12. Douglas Harmer und E. Cumberbatsch, Das Simpson-Licht. Lancet. 1916. Nr. 4819. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 317. (Das Simpsonbogenlicht ist ein an kurzwelligen und ultravioletten Strahlen reiches Wolframbogenlicht. Verff. haben gute Erfolge bei Lupus, Ulcus rodens, syphilitischen Geschwüren, vereiterten Schrapnellverletzungen, bei Nasen- und Kehlkopferkrankungen und Asthma gesehen.)
13. Ebel, Zur Erweiterung des Anwendungsgebiets ultravioletter Strahlen. Zeitschr. f. phys. und diät. Therap. 1915. Heft 12. (Verf. glaubt gute Wirkung bei 2 Nephritisfällen, je einem Fall von Pleuritis sicca, Asthma und Adipositas gesehen zu haben.)
14. Gerhartz, H., Rotlichttherapie der Lungentuberkulose. Beitr. z. Klin. der Tuberkulose Bd. 34. Heft 1—3. (Bestrahlungsversuche mittelst Siemensscher roter Effektkohlen in einer gewöhnlichen Bogenlampe und mit rotem Neonlicht ergaben bei Tieren einen abschwächenden Einfluss auf tuberkulöse Infektion. Auch ausgedehnte Versuche an Tuberkulösen aller Stadien der Bonner Klinik (tägl. $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde bei 20 bis 30 cm Abstand) zeigten eine unverkennbar günstige Beeinflussung der tuberkulösen Prozesse.)
15. Gutstein, Die Behandlung der Lungentuberkulose mit ultraviolettem Licht. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. (Zwei Röntgenbilder zeigen den guten Einfluss der Bestrahlung mit ultraviolettem Licht auf tuberkulöse Lungenveränderungen, die in den beschriebenen Fällen vollständig zum Verschwinden gebracht werden konnten. Doch muss vor einer Überschätzung des Verfahrens gewarnt werden.)
16. Hansen, Axel, Klinische Beobachtungen über die Einwirkung des Kohlenbogenlichtbades auf das Blut von Patienten mit Lupus vulgaris und chirurgischer Tuberkulose. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 832.
17. Heusner, Hans L., Elektrobiologie und Lichtwirkung. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 77. (Nichts Neues.)
18. — Die bisherigen Erfolge der Quarzlampenbestrahlung bei der Behandlung des Wundstarrkrampfes. Deutsche militärärztl. Zeitschr. p. 191. (Die praktische Bewertung des Verfahrens ist z. Z. noch umstritten.)
19. Hufnagel, K. F. V., Technische und therapeutische Erfahrungen in der Ultraviolettlichtbehandlung bei Wundeiterungen und Tuberkulose. Strahlentherapie. Bd. 7 Heft 1.

20. Jesionek, A., Richtlinien der modernen Lichtbehandlung. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 41. (Vortrag.)
21. — Natürliche u. künstliche Heliotherapie des Lupus. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 25. Heft 1.
22. — Heliotherapie und Pigment. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 24. Heft 6.
23. Jüngling, O., Vergleichende Untersuchungen über die Wirkung des Sonnenlichtes und des Lichtes der Quecksilber-Quarzlampe („Künstliche Höhensonne") auf die Haut. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 413.
24. Klapp, R., Zu dem Artikel von Dr. Capelle: Über Erysipelbehandlung mit künstlicher Höhensonne. Zentralbl. f. Chir. Nr. 41 u. 42.
25. König, F., Behandlung des Erysipels mit der Quarzlampenbestrahlung. Münch. med. Wochenschr. p. 1701.
26. Mayerhofer, E., Die Vakzination mit abgeschwächter Kuhpockenlymphe: Versuche mit der Quarzlampe. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 6.
27. Menzieres, J. A., Die Behandlung septischer Wunden mit Simpsonlicht. Lancet, 1916. 4. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1916. p. 767. (Bestrahlungen mit der Simpsonlampe hatten sehr günstigen Einfluss auf die Heilung infizierter Wunden. Die Schmerzen liessen bald nach, die Beweglichkeit wurde gebessert, Schwellung und Eiterung verringert, die Granulationsbildung gefördert und Narben absorbiert. Gewöhnlich wurde zweimal wöchentlich $2^1/_2$—3 Minuten bestrahlt.)
28. Schanz, F., Vergleichende Lichtmessungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20.
29. Spaupy, F., Die Verwendung roten Lichtes in der Strahlentherapie. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 31.
30. Sequeira, J. H., Einige Experimente mit der Simpsonschen Bogenlampe. Lancet 1916. 19. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1916. p. 776. (Eine Reihe einfacher Versuche zeigte, dass die Lampe nur aktinische Strahlen aussendet, die mit Röntgenstrahlen keine Ähnlichkeit haben.)
31. Spitzer, L., Über die Anwendung des Kohlenbogenlichtbades bei primären und sekundären Tuberkulosen der Haut und Schleimhaut. Münch. med. Wochenschr. p. 1541.
32. Strauss, A., Über die Behandlung der äusseren Tuberkulose mit Lecutyl und künstlichem Sonnenlicht. Münch. med. Wochenschr. p. 449.
33. Tewfik-Schuscha, Über den Einfluss der ultravioletten Strahlen auf Ambozeptor, Komplement und Antigen. Inaug.-Diss. Berlin 1915.
34. Thedering, Heliotherapie im Tieflande. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 25. Heft 6.
35. — Über Blaufiltrierung der Quarzsonne. Münch. med. Wochenschr. p. 494.
36. de Voogt, J. G., Untersuchungen über die bakterizide Wirkung der ultravioletten Strahlen. Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 81. Heft 1.
37. Zimmern, A., Einige Bemerkungen über die physikalisch-biologischen Grundlagen der Heliotherapie. Strahlentherapie. Bd. 7. p. 66. (Nichts Neues.)

D. Massage, Gymnastik, Heissluftbehandlung, Bäderbehandlung.

1. Hufnagel, Wundbehandlung mit warmem Bad und Ultraviolettbestrahlungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52.
2. Klapp, R., Über physikalische Wundbehandlung. Münch. med. Wochenschr. p. 433.
3. Kren, Otto, Ein Beitrag zur Therapie des Erysipels des Stammes und der Extremitäten. Wien. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 29. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 317. (Verf. behandelte Erysipele des Stammes und der Extremitäten mit dem warmen Dauerbad und konnte danach auffallend rasche Heilungen beobachten. Als Heilfaktor kommt dabei wohl die Gefässdilatation und die damit verbundene passive Hyperämie in Betracht.)
4. Noak, Behelfsmässige Herstellung eines Heissluftapparates. Münch. med. Wochenschrift. p. 519.
5. Perey, J. F., Über Hitzeanwendung bei der Behandlung des Uteruskarzinoms. Surg., gyn. and obstetr. Bd. 22. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 573.
6. Possin, Bruno, Freiluft- und Lichtbehandlung infizierter Wunden. Inaug.-Diss. Berlin 1916. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 137. Heft 4.
7. Rominger und Purcareanu, Klinische Untersuchungen über den Wert von Solbad- und Sonnenbehandlung in der Nähe der Städte in der Ebene. Jahrb. d. Kinderheilk. Bd. 83. Heft 3.

III.

Anästhesierungsmethoden, allgemeine und medikamentöse Therapie, Diagnostik, Zusammenhang mit der übrigen Pathologie, Allgemeines über Laparotomie, und sonstiges Allgemeines.

Referent: Privatdozent Dr. B. Aschner, Halle,
z. Z. im Felde.

A. Anästhesierungsmethoden, allgemeine und medikamentöse Therapie.

1. Birnbaum, Über eine Vereinfachung der Therapie im Bereich des weiblichen Genitaltraktus. Gyn. Rundsch. p. 297.
1a. Bloch, J., Weitere Mitteilungen zur Behandlung der sexuellen Insuffizienz mit Testogan und Thelygan. Med. Kl. Nr. 3, 16.
2. van Dongen, I. A., Pharmacologische en klinische oderzoekingen over erodium cicutarium, een stypticum by Uterusbloedingen. Ned. Tjidschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. jaarg. afl. 3. (Mendes de Leon.)
3. Dosquet, W., Über offene und klimatische Behandlung von eiternden Wunden, Frostschäden und Verbrennungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 12. Jahrg. Nr. 22.
4. Ebeler, Über Sakralanästhesie in der Gynäkologie. Allg. ärztl. Ver. zu Köln. 3. April.
5. Engelson, H., Über die Behandlung der Gonorrhoe bei Frauen. Dermatol. Wochenschrift. Bd. 62.
6. Falk, Zur Röntgenbehandlung der Peritonealtuberkulose bei eröffneter Bauchhöhle. Berl. klin. Wochenschr. p. 656.
7. von Fellenberg, R., Über die Behandlung der weiblichen Unfruchtbarkeit. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. 1915. p. 1409.
8. Frieboes, W., Erfahrungen bei Cholevalbehandlung der männlichen und weiblichen Gonorrhoe. Münch. med. Wochenschr. p. 785.
8a. Geiger, O., Die Phenol-Serumbehandlung pyogener Prozesse in der Gynäkologie und ihre experimentellen Grundlagen. Beitr. z. Klin. d. Infektionskr. u. z. Immunitätsforsch. III. S. 245.
9. *Gottlieb, C., Collargol Injection of Uterus and Tubes. Amer. Journ. of Roentgenol. New York, May. 3. Nr. 5. p. 243—292.
10. Hering, H. E., Der plötzliche Tod in der Chloroformnarkose. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 15.
11. Knight, F. H., Spinal anesthesia. Am. Journ. of Obstetr. June. Nr. 6. p. 1093.
12. Kuznitzky, E., Über die Behandlung der Frauengonorrhoe mit Protargolsalbe. Münch. med. Wochenschr. p. 1614.
13. Lebensohn, Rosa, Über Narkosenlähmungen. Inaug.-Diss. Erlangen 1914.
14. Lindemann, Über Diathermiebehandlung gynäkologischer Erkrankungen. Münch. med. Wochenschr. p. 54. Ver. d. Ärzte in Halle a. S. 24. Nov. 1915.
14a. Lindquist, Silas, Rectale Äthernarkose. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. schwed. Ärzte. (Silas Lindquist.)
15. Oppenheim, H., Bemerkungen über ein neues Blutstillungsmittel. Der Frauenarzt. Heft 11.
16. *— Das Erystyptikum bei gynäkologischen Blutungen. Med. Klin. Nr. 32.
17. *— Zur Frage der Absorptionstherapie chirurgisch-gynäkologischer Erkrankungen. Wien. klin. Wochenschr. p. 959. (Empfehlung von Bolus alba bei stark sezernierenden Wunden.)
18. Quigley, J. K., Die Hypophysenpräparate in der Geburtshilfe. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 15. 1915. April 10.
19. Schergoff, Nukleogen in der gynäkologischen Praxis. Therap. d. Gegenw. p. 399.
20. Schmid, H. H., Über vollständigen Ersatz der Narkose und Lumbalanästhesie bei Bauchoperationen durch die paravertebrale und parasakrale Anästhesie. Zentralbl. f. Gyn. p. 937.

21. Siegel, P. W., Ergebnisse bei weiteren 600 paravertebralen Anästhesien. Med. Klin. Nr. 2.

22. Thaler, H., Über Erfahrungen mit der hohen Sakralanästhesie bei abdominellen Operationen. Geburtsh. gyn. Gesellsch. in Wien. 14. März. Wien. klin. Wochenschr. p. 1059.

23. Trebing, J., Levurinose in der Frauenpraxis. Zentralbl. f. Gyn. 1915. p. 859.

24. *— Spuman, ein Fortschritt in der täglichen Utero-Vaginaltherapie. Zentralbl. f. d. ges. Therap. Sept. (Spuman ist ein CO_2-Entwickler.)

25. Weinreb, M., Holopon (Ultrafiltratum Meconii) in der Gynäkologie. Münch. med. Wochenschr. p. 563.

26. Weiss, Arthur, Über intravenöse Vakzinebehandlung gonorrhoischer Komplikationen. Wien. klin. Wochenschr. p. 619.

Ebeler (4). Die Hauptschuld bei den häufigen Versagern mit Sakralanästhesie liegt nicht in der schwierigen Technik, sondern in den variablen anatomischen Verhältnissen. In 10% aller Fälle ist z. B. Spina bifida occulta vorhanden. Bei richtiger Technik muss die Injektionsflüssigkeit leicht einfliessen. Im Durchschnitt sah Ebeler 75% gute, 12% ziemlich gute und 13% schlechte Erfolge, bzw. Versager. Bei Laparotomien betrugen die Misserfolge über 50%. Die von Kehrer angegebenen höheren Dosen bewährten sich besser als die anfänglichen kleinen Dosen. Auch sehr grosse Operationen, wie Wertheimsche Totalexstirpationen, wurden damit gemacht. Die Anästhesie dauert im Durchschnitt 80 Minuten. Schwere Komplikationen wurden nicht beobachtet, wenn auch einige kleine Nachteile der Methode anhaften. Zusammenfassend sagt Ebeler, dass die Sakralanästhesie bei vollkommener Ungefährlichkeit eine ausgezeichnete Methode für alle gynäkologischen Operationen und Untersuchungsmethoden darstellt.

Knight (11). Bericht über 305 Fälle von Lumbalanästhesie, ausgeführt mit der Babcockschen Stovainlösung. Die Resultate waren gut. Komplette Versager in 1½% der Fälle wahrscheinlich durch schlechte Beschaffenheit der Lösung bedingt. Postoperatives Erbrechen in 3%. Unvollständige Anästhesie in zwei Fällen.

Lebensohn (13) berichtet über zwei Fälle von Lähmungen nach Narkose. Die eine betraf den Plexus brachialis, die andere den N. peroneus.

Schmid (20). Empfehlung der paravertebralen und parasakralen Anästhesie auf Grund einer Erfahrung von 77 Fällen aller Art von gynäkologischen und geburtshilflichen Operationen. Operationen im Bauchraum oberhalb des kleinen Beckens lassen sich in paravertebraler Anästhesie schmerzlos ausführen. Bei Eingriffen im kleinen Becken ist ihr die parasakrale Anästhesie hinzuzufügen.

Die paravertebrale und parasakrale Leitungsanästhesie dauert in der Regel 1½ Stunden und darüber; sehr zweckmässig ist es, vorher Pantopon-Skopolamin zu geben.

Die Methode ist nach den bisherigen Erfahrungen ungefährlich, daher ist zu erwarten, dass bei ihrer Verwendung eine weitere Verminderung der postoperativen Todesfälle eintreten werde, von denen bisher noch ein verhältnismässig grosser Teil direkt oder indirekt den Schädigungen durch die Inhalationsnarkose oder die Lumbalanästhesie zur Last fällt.

Siegel (21) hat im ganzen 770 paravertebrale Anästhesien gemacht, darunter 85 Operationen in der Leistengegend, 264 Laparotomien und Nephrektomien, 110 vaginale Operationen und 103 geburtshilfliche Operationen. Man kann, ohne Schaden zu befürchten, mehr als 300 ccm einer ½%igen Novokainlösung einspritzen. Auch die Kombination mit Dämmerschlaf wurde in 38 Fällen angewendet. Neben- und Nachwirkungen waren auffallend gering. Von den 770 paravertebralen Anästhesien waren 682 vollkommen einwandfrei. Die Anästhesie dauert 2—3 Stunden und hat eigentlich bisher gar keine Kontraindikationen ge-

funden, indem auch schwache, sowie herz- und lungenkranke Personen ohne üble Folgen damit operiert werden können.

Bericht über die Erfahrungen Thalers (22) mit der von Kehrer modifizierten Technik. Die Versuche beschränkten sich ausschliesslich auf abdominelle Operationen, da an der Klinik Schauta bei fast allen vaginalen Operationen die parametrane Leitungsanästhesie mit bestem Erfolge zur Anwendung gelangt. Mit und ohne Dämmerschlafvorbereitung zeitigte die Sakralanästhesie ausgezeichnete Resultate in bezug auf Dauer der Anästhesie, Entspannung der Bauchdecken und postoperatives Befinden. Ganz den Dämmerschlaf auszuschalten, wäre nicht wünschenswert. Besprechung technischer Einzelheiten. Auswahl der Fälle. Die Verbesserungen, welche Kehrer an der Methode vorgenommen hat, dürften die Verbreitung der Sakralanästhesie überaus fördern. In der Diskussion erwähnt Finsterer, dass gelegentlich doch durch Verletzung des Duralsackes oder der Venen Kollaps eintreten kann und empfiehlt die paravertebrale Leitungsanästhesie. Thaler hebt hervor, dass vorausgehende Kochsalzinfusion die Resorption des Novokains verzögert und dass das von Schlimpert angegebene Instrument Nebenverletzungen vermeiden lässt.

Weinreb (25). Holopon ist ein neues Opiumpräparat und zugleich der erste Vertreter einer neuen Klasse von Arzneimitteln, der Ultrafiltrate und damit auch das erste ohne weiteres zu Einspritzungen verwendbare Opiumpräparat, welches in wässeriger Lösung alle wirksamen Bestandteile des Opiums im natürlichen Mengenverhältnis unter Ausschaltung der wertlosen Ballaststoffe enthält. Die Ultrafiltrate enthalten bekanntlich nur Kristalloide, da die Kolloide auf dem Filtermembran zurückgeblieben sind. Zehn Teile Holopon entsprechen einem Teil Opium, was also genau der Stärke der offizinellen Tinctura opii simplex entspricht. Das Mittel wurde in erster Linie gegen die Schmerzen bei inoperablem Karzinom verwendet, wobei sich das Holopon durch Fehlen der unangenehmen Nebenwirkungen gegenüber dem Morphin auszeichnete. Als Beruhigungsmittel vor Narkosen, ferner bei entzündlichen Prozessen der Genitalien, bewährt sich das Mittel gleichfalls. In Form von Suppositorien wurden in einigen Fällen von Darmkatarrh günstige Erfolge damit erzielt.

Hering (10). Der plötzliche Tod in der beginnenden Chloroformnarkose ist im wesentlichen die Folge einer Übererregung des Herzens, dessen Kammern ins Flimmern geraten. Die Herztätigkeit hört dabei vor der Atmung auf. Nicht nur beim Tier, sondern auch beim Menschen besteht eine gewisse Disposition dafür in der leichteren Erregbarkeit des Nervensystems und des Herzens. Der niedrigste Grad des Herzflimmerns sind die Extrasystolen, weshalb man immer vorher auf Extrasystolen prüfen soll. Dies geschieht durch tiefe Inspiration mit nachfolgendem Atemstillstand, durch stärkere Muskelbewegung oder durch den Vagusdruckversuch. Bei positivem Ausfall dieser Prüfung ist das Chloroform zu vermeiden. (Beim Menschen ist der plötzliche nicht auf Unvorsichtigkeit beim Narkotisieren zurückzuführende Chloroformtod viel seltener, als man gewöhnlich glaubt. D. Ref.)

Silas Lindqvist (14a) berichtet über seine Erfahrungen mit der rektalen Äthernarkose. Die Narkose wurde mit einem Gemisch von Olivenöl und Äther, gewöhnlich in Konzentration 2 : 6 bei Erwachsenen, etwas schwächer bei Kindern gegeben. Anästhesie trat gewöhnlich nach 20 Minuten ein. Die Vorteile dieser Methode sind: 1. Der Operierende wird nicht von der Äthermaske und den Fingern des Narkotiseurs gehindert; 2. die Narkose ist gewöhnlich ruhiger und ohne Erbrechen und Exzitation; 3. die Lungen werden nicht in so hohem Grade für die Einwirkung des Äthers ausgesetzt, indem die Sekretion von den Respirationswegen bedeutend weniger ist und das Risiko für Entstehung von Lungenentzündung und Bronchitis erheblich weniger ist. Die Nachteile sind: 1. Die Schwierigkeit individueller Dosierung, besonders bei Älteren und Kindern; 2. die Schwie-

rigkeit, die Verbrauchung des Äthers nach verschiedenen Stufen der Operation abzumessen; 3. der Umstand, dass oft die tiefste Narkose beim Schluss der Operation eingetreten ist.

Die rektae Äthernarkose hat ihre Berechtigung hauptsächlich bei Operationen am Kopf, Hals und Brust. Die Narkose soll immer in einem Gemisch von Öl und Äther gegeben werden. Vor der Instillation von Öl-Äther ist es dringend notwendig, dass der Darmkanal durch Laxantien und Ausspülung wohl vorbereitet ist. Die Dosierung bei Erwachsenen scheint in Konzentration L : 6 am besten zu sein, bei älteren Leuten und Kindern schwächer. Es wird oft vorteilhaft, ein schwaches Gemisch zu instillieren und mit Äthylchlorid oder Äther tropfenweise zu vervollständigen, wobei man oft mit einer ganz geringen Menge von Äthylchlorid oder Äther auskommt. Bei Zyanose, unregelmässiger Atmung oder rascher Auslöschung von den Kornealreflexen ist es notwendig, das Öl-Äthergemisch mit Darmrohr auslaufen zu lassen und den Darm genau auszuspülen. (Autoref.)

Falk (6). Bericht über einen Fall von Peritonealtuberkulose einer 26jährigen Frau mit reichlichem Exsudat. Laparotomie und Röntgenbestrahlung der offenen Bauchhöhle 8 Minuten lang. Die Rekonvaleszenz verlief ohne Störung, das Fieber verschwand 4 Monate nach der Operation, Gewichtszunahme um 7 kg und vollkommenes Wohlbefinden. Es wurde also eine weit vorgeschrittene Bauchfelltuberkulose durch Kombination von Leibschnitt mit anschliessender Röntgenbestrahlung (weiche ungefilterte Strahlen) erzielt.

Schergoff (19). Nukleogen ist eine unter Verwendung der chemisch reinen Nukleinsäure hergestellte organische Verbindung von Eisen, Arsen und Phosphor. Das Mittel wurde als Tonikum und Roborans bei 60 Patientinnen mit sehr gutem Erfolge angewandt, namentlich bei primärer und sekundärer Anämie, allgemeinen Schwächezuständen und Chlorose. Die Nukleogentabletten sind unschädlich für die Magen- und Darmschleimhaut.

Quigley (18). Bei Wehenschwäche, besonders in der Austreibungsperiode, sind die Hypophysenpräparate das wirksamste bis jetzt bekannte Mittel zur Verstärkung der Wehen. Kombination mit Dämmerschlaf ist unter Umständen wünschenswert.

Oppenheim (15). Empfehlung eines Ersatzmittels der jetzt schwer zu beschaffenden Hydrastis, welches den Namen Extractum hydrastis compositum führt. Bei uterinen Blutungen aller Art soll das Mittel die gleichen Wirkungen erzielt haben, wie das offizinelle Präparat.

Lindemann (14) hat zu der von Siemens & Halske stammenden Apparatur für das Diathermieverfahren eine eigene vaginale Elektrode angegeben und damit gute Erfolge bei allen chronischen Entzündungen des Beckenbindegewebes, des Bauchfelles und der Adnexe erzielt. Akute Entzündungen können für die Diathermiebehandlung nicht empfohlen werden. Auffallend war in fast allen Fällen die schnelle Beseitigung der Schmerzen. Günstige Erfolge waren auch bezüglich der Anregung der Ovarialfunktion vorhanden, namentlich in Kombination mit Ovarialpräparaten. In der Diskussion empfiehlt Graefe das wesentlich billigere Flatausche Pelvitherm und die bipolare Faradisation. Keil empfiehlt als derzeit bestes Ovarialpräparat das Merksche Novarial.

Dosquet (3). Die gleichen Erfolge, wie sie Bernhard und Rollier mit der Heliotherapie erzielten, lassen sich auch in der Tiefebene mit der Klimatotherapie erreichen, d. h. wenn wir den Körper bzw. seine einzelnen Teile neben der natürlichen Belichtung dem ständigen Wechsel der gesamten Atmosphäre aussetzen. Die Wundbehandlung besteht also 1. aus der Behandlung ohne Verband, 2. in der Verbindung der offenen Wundbehandlung mit der klimatischen. Verf. beschreibt den von ihm zu diesem Zweck angegebenen Krankenhaustyp.

Birnbaum (1). Bericht über 300 Fälle, in welchen das Spumanverfahren bei der Behandlung gynäkologischer Erkrankungen angewendet wurde. Es handelte sich um Fluor verschiedenster Art, Adnexerkrankungen und Karzinome. Die Scheidenspülungen werden dadurch überflüssig. Auch bei Erosionen haben sich die Styli Spuman sehr gut bewährt. Bei Vulvovaginitis der Kinder soll jede andere Behandlung durch dieses neue Verfahren weit in den Hintergrund gedrängt werden. Rasche und gründliche Einwirkung bei Vereinfachung der Therapie und Vermeidung aller Schäden ist der Hauptwert dieses Präparates.

Neben den anatomischen Ursachen der weiblichen Sterilität kommen nach v. Fellenberg (7) auch innersekretorische Störungen der Keimdrüsentätigkeit in Frage. Er empfiehlt dagegen Exstirpation zystisch veränderter Ovarien, Organotherapie mit Ovarial- und Schilddrüsenpräparaten, sowie Badekuren und andere Massnahmen, welche die Blutversorgung der Genitalsphäre verbessern sollen.

Engelson (5) empfiehlt das von Almquist eingeführte Verfahren, eine halbfeste breiähnliche Masse in den Uterus mit einer Spritze von 3 ccm Inhalt zu injizieren. Auch die Harnröhre wird einer ähnlichen Behandlung unterworfen. Die Masse besteht aus: Albargin 1,0, Aqu. 100,0, Tragacanth. 3,0, Spirit. concentr. 2,5 und hat die Konsistenz einer festen Gallerte. Es sollen damit 80—90% der Frauen geheilt worden sein. Beabsichtigt wird damit eine Dehnung der Schleimhautfalten und besseres Eindringen des Medikaments in die Tiefe.

(Ein ähnliches Verfahren hat schon vor einigen Jahren Beck in Chicago mit Wismutpasta angegeben und will gleichfalls verblüffende Erfolge damit erzielt haben. Über Nachprüfungen dieser Methode hat man wenig gehört. Andererseits besteht bei allen diesen Verfahren eine gewisse Gefahr bezüglich der Weiterverschleppung der Gonokokken auf die höher oben gelegenen Anteile der Geschlechtswege, insbesondere auch des Bauchfells. D. Ref.)

Frieboes (8). Unter lokaler Anwendung einer halbprozentigen Cholevallösung schwinden die Gonokokken beim Manne fast ausnahmslos sehr rasch, oft schon am dritten bis vierten Tage. Im grossen und ganzen sind die Heilerfolge dieselben wie mit den anderen guten Silberpräparaten. Auch bei der weiblichen Gonorrhoe (21 Fälle bisher) waren die Resultate überraschend gute. Bei Frauen wurde einmal täglich mit ganz dünner Kalipermanganatlösung die Vagina ausgespült und dann ein stark mit 1% Cholevallösung getränkter Tampon eingeführt. Urethral- und Zervikalgonorrhoe wurden in drei bis sechs Wochen geheilt, so dass auch mikroskopisch keine Gonokokken mehr nachweisbar waren. Bei Kindern waren die Resultate weniger gut. Auffallend ist, dass das Mittel rasch das eitrige Sekret in schleimiges umzuwandeln imstande ist.

Kuznitzky (12). Ausgiessen der Urethra und Tamponbehandlung des Cervix und der Scheide mit einer etwa 10%igen wasserlöslichen Protargolsalbe nach Neisser sollen vorzügliche Erfolge bei männlicher und weiblicher Gonorrhoe erzielen, so dass man in vielen Fällen von einer abortiven Abkürzung der Heilungsdauer sprechen kann. Namentlich die Gonokokken sollen sehr rasch verschwinden.

Trebing (23). Levurinose hat, jeden zweiten Tag angewendet, eitrigen, sogar gonokokkenhaltigen Ausfluss meist in einigen Wochen beseitigt, wenn er nicht durch Erkrankungen der Harnröhre und der Adnexe kompliziert war. Da jedoch auch Spülungen und Tamponade neben dieser Pulverbehandlung angewendet wurden, ist der Nutzen des Mittels kein absolut evidenter.

Weiss (26). Kurze Literaturangaben über die Entstehung des Verfahrens: Bericht über 5000 intramuskuläre Einzelinjektionen von Artigon und Gonargin. Durch dieses Verfahren gelang es, die Heilungsdauer gegenüber den nach der alten Methode behandelten Patienten durchschnittlich um einige Wochen abzukürzen. Das Verfahren ist unschädlich. Behandelt wurden damit alle Arten von gonorrhoischen Komplikationen beim Manne. Durch die intravenöse An-

wendung konnte die Heilungsdauer noch mehr herabgedrückt werden, so dass z. B. eine mittelschwere Nebenhodenentzündung durchschnittlich in drei Wochen geheilt werden konnte. Daneben müssen aber auch alle anderen bisher üblichen Behandlungsmethoden energisch zur Anwendung gebracht werden. Damit wurden 478 Fälle mit etwa 2800 Injektionen behandelt. Das Artigon ist wirksamer als das Gonargin. Einzelne Fälle trotzen jeder Behandlung. Jedenfalls bedeutet das Verfahren einen grossen Fortschritt, und die vielfachen Warnungen vor der Gefährlichkeit der intravenösen Anwendung sind nicht am Platze.

B. Diagnostik.

1. Asch und Adler, Der diagnostische Wert der Gonokokkenvakzine. Münch. med. Wochenschr. p. 73.
2. Bucura, C. J., Zur Diagnose der Gonorrhoe beim Weibe. Separatabdruck aus der Wien. klin. Wochenschr. Nr. 11.
3. Carstens, Points in the diagnosis of Pelvis Troubler. Amer. Journ. of Obstetr. Vol. 74. p. 1002. (Nichts Neues.)
4. Christides und Besse, Über die Notwendigkeit der Probeauskratzung und über den Nutzen der regelmässigen mikroskopischen Untersuchung des Ausgeschabten. Gyn. Helv. 1914.
5. Coqui, Beitrag zur Kasuistik, Diagnose und Therapie der Meningocele sacralis anterior. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 3.
6. *Foss, H. L., Die Ursache der Fehldiagnosen bei Abdominalerkrankungen. Amer. of Surg. Vol. 64. July. (10% Fehldiagnosen. Meist hätte die Diagnose bei grösserer Sorgfalt doch gestellt werden können.)
7. *Goenner, A., Differentialdiagnose zwischen Verlagerungen des Darmes und gynäkologischen Affektionen. Schweiz. Korrespondenzbl. Juli. Nr. 29. p. 897.
9. Kahane, M., Die Galvanopalpation des Abdomens. Wien. klin. Wochenschr. p. 1557.
10. *Mäder, Johannes, Bakteriologische Untersuchungen des Zervikal- und Urethralsekretes mit besonderer Berücksichtigung der Gonokokken. Diss. Jena.
11. Neisser, A., Zur Gonokokkendiagnostik durch Kutireaktion. Berl. klin. Wochenschr. p. 765.
12. Shropshire, W., Value of the Cystoscope in the Differential Diagnosis of Abdominal Lesions. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 22. p. 1625.
13. Theodor, P., Bakteriologische Blutuntersuchungen nach Curettagen. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsf. Bd. 3. p. 337.
14. Williams, P. F. und A. Kolmer, The Wassermann Reaction in Gynecology. Amer. Journ. of Obstetr. Nr. 4. p. 638.

Christides und Besse (4). An Hand einer umfangreichen Statistik wird das Thema eingehend erörtert und es wird dabei die unbedingte Notwendigkeit eines Zusammenarbeitens von Kliniker mit pathologischem Anatomen hervorgehoben.

Asch und Adler (1). Die ein- oder mehrmalige Injektion von Gonokokkenvakzine vermag allenfalls vorhandene latente Gonokokken zum Vorschein zu bringen. Es werden dazu intramuskuläre Injektionen von 50—100 Millionen, manchmal 125 Millionen abgetöteter Keime verwendet. Über unangenehme Erscheinungen dabei wird nicht geklagt. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass solche provozierte latente Gonokokken Degenerationsformen aufweisen. Es werden dabei Mikrogonokokken und Makrogonokokken (kugelige Riesenformen) unterschieden. Der Bericht bezieht sich nur auf männliche Patienten.

Bucura (2) empfiehlt, in Fällen, wo Gonokokken sich im Cervixsekret nicht nachweisen lassen, nach sorgfältiger Reinigung der Portio und Cervix mit einem Ureterenkatheter bis in die Uterushöhle zu den Tubenecken vorzudringen und mit einer Spritze anzusaugen. Man findet dann überraschend oft Gonokokken

in Reinkultur. Die praktische Wichtigkeit des Verfahrens (Ehekonsens) liegt auf der Hand.

Die Gonokokkendiagnose wurde bisher auf Grund des mikroskopischen Befundes und des Kulturverfahrens gestellt. Neisser (11) verwendete nun zum ersten Male zwecks Unterscheidung der Gonokokken von ähnlichen Diplokokken die Kutanreaktion mit einer aus Kokkenkultur hergestellten Vakzine. Während mit Gonokokkenvakzine Gonorrhoiker meist positiv reagieren, ist mit Diplokokkenvakzination weder bei den Gonorrhoikern noch bei Nichtgonorrhoikern eine Reaktion zu sehen.

Bei der Curettage fieberhafter Aborte sah Theodor (13) 1. nur in 15% der Fälle Bakteriämie, während bei der digitalen Ausräumung mindestens in 17% der Fälle Bakteriämien auftraten. 2. Komplikationen durch Salpingitis sind dabei selten (bei Verf. in 13,3% der Fälle). 3. Eine Infektion der Venen oder Lymphbahnen des Parametriums oder gar eine Sepsis ist von dem Verf. niemals beobachtet worden.

Goenner (8). Drei Frauen, welche geboren haben, klagen über Leibschmerzen, deren Ursache bei der Untersuchung unklar bleibt. Genitalerkrankung nicht vorhanden, dagegen Fettleibigkeit und chronische Verstopfung. Die (überflüssige) Röntgenuntersuchung zeigte Knickung, bzw. Senkung des Dickdarmes. Als Therapie wurde Massage des Dickdarmes und „Schüttelungen des Leibes in Knieschulterlage" empfohlen. (Sollte es sich nicht um einfache Enteroptose oder Hängebauch gehandelt haben? Ref.)

Shropshire (12). Zur Unterscheidung von unklaren Erkrankungen der Bauchhöhle ist die Kystoskopie oft unerlässlich. Erkrankungen der linken Niere namentlich können Darmsymptome vortäuschen.

Williams und Kolmer (14). An der Hand von 300 Fällen wird die Wichtigkeit der Wassermannschen Reaktion für die Geburtshilfe und Gynäkologie klargelegt. Interessant ist, dass 50% aller Fälle von Amenorrhoe und habituellem Abortus positive Wassermannsche Reaktion gehabt haben sollen.

Coqui (5). Bericht über einen Fall von Meningocele sacralis anterior, der sich im zweiten Schwangerschaftsmonate bei einer 29jährigen Frau durch Wachstum und Urinverhaltung störend bemerkbar machte. Die Geschwulst war kindskopfgross und musste wegen Zunehmen der Harnbeschwerden operiert werden. Es wurde die Einnähung des zystischen Sackes in die vordere Bauchwand und Tamponade vorgenommen. Der Heilungsverlauf war trotz vorübergehender Temperatursteigerung auf 39,3 und zeitweiliger ziehender Schmerzen in der unteren Körperhälfte, sowie heftige Kopfschmerzen ein günstiger. Die Zyste sonderte täglich etwa 300 g eiweisshaltige Flüssigkeit ab. Nach vier Wochen betrug die Fistelabsonderung nur mehr etwa täglich einen Esslöffel voll. Die Fistel schlossen sich vier Monate nach der Operation. Zum normalen Termin traten Wehen ein und die Geburt wurde mittelst Zange bei tiefem Querstande beendigt.

Coqui weist auf die Seltenheit dieser Missbildung hin und führt das Wichtigste aus der einschlägigen Literatur an. Der vorliegende Fall ist der 2. bisher veröffentlichte. Wesentlich bei dieser Missbildung (Spina bifida) ist das Offenbleiben der unteren Wirbel des Kreuzbeines und die entsprechende Aussackung der Rückenmarkshäute an dieser Stelle. An der Haut besteht meistens Hypertrichosis der Kreuzbeingegend. Aufklärungsbedürftig sind die physiologischen Ursachen des Wachstums der Zyste durch die mechanisch sie auslösenden Momente des Falles (Trauermann) und der Schwangerschaft, ferner die Tatsache, dass bis jetzt die Meningocele nur bei weiblichen Individuen beobachtet worden ist und dass sie meist am unteren Ende der Wirbelsäule vorkommt. Praktisch am bedeutsamsten sind die durch die Geschwulst hervorgerufenen Verdrängungserscheinungen an den Nachbarorganen.

Kahane (9). Empfehlung der galvanischen Untersuchung des Bauches mit einer spitzigen Elektrode auf schmerzhafte Empfindung und Gefässreaktion.

Die Galvanohyperästhesie deckt sich nicht immer mit der Lokalisation der spontanen oder Druckschmerzhaftigkeit. Das Verfahren kann, weil es sehr schonend ist, auch bei akuten sehr schmerzhaften Entzündungsprozessen mit grösserem Vorteil angewendet werden als die Palpation mit der Hand. Ein weiterer Vorteil ist das Auftreten der objektiv nachweisbaren Gefässreaktion. Interessant ist, dass bei spastischer Obstipation relativ häufig Galvanohyperästhesie im Gebiete der Fossa iliaca dextra, bei atonischer Obstipation im Gebiete der Fossa iliaca sinistra nachweisbar ist. Auch bei verschiedenen anderen Darmerkrankungen (abnorme Erhöhung des Gastroduodenalreflexes, Magen- und Darmgeschwüre, Dysenterie, Gallenblasenentzündung) war die Galvanopalpation der gewöhnlichen Palpation weit überlegen und verdient deshalb umfangreiche Nachprüfung. Die Headschen Projektionszonen der inneren Organe an der Haut können damit objektiv nachgewiesen werden.

C. Zusammenhang mit der übrigen Pathologie.

1. *Crossen, H. S., Gynecologic Surgery in Hystero-Neurasthenic Patients. New York State Journ. of Med. p. 427 und Journ. Amer. Med. Ass. p. 2124.
3. Eastman, Th. B., Indianopolis. Hyperthyroidism. and Its Relation to Certain Pelvic Disorders in Women. Journ. Amer. Med. Ass. p. 1250.
4. *Fellermeyer, C., Beziehungen der multiplen Sklerose zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Diss. in Erlangen.
5. Gibson, G., The Relationship Between Pelvic Disease and Manic-depressive Insanity. Amer. Journ. of Obstetr. Nr. 3. p. 439.
6. Harrower, Henry R., The Relation of the internal secretions to Neurasthenia in Women. Amer. Journ. of Obstetr. p. 630.
7. Jaworski, J., Veränderungen der weiblichen Genitalien und deren Funktionsstörungen, als Folgen ungenügender Ernährung. Medycyna i kronika lekarska. Bd. 51. Nr. 51—52. Warschau. (v. Gromadski.)
8. Kleist, K., Postoperative Psychosen. Monographien a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. und Psych. Heft 11. Berlin, J. Springer.
9. *Krantz, N., Über den Zusammenhang zwischen gynäkologischer Operationen und Psychose. Inaug.-Diss. Bonn 1915.
10. Manton, W. P., Detroit. Insanity in Pelvic Diseases in Women. The Journ. Amer. Med. Assoc. Nr. 10. p. 767.
11. *Nevermann, Über die Beziehungen der Parotis zum Genitale. Inaug.-Diss. Freiburg.
12. *Novak, Die Bedeutung der Konstitutionsanomalien und der Konstitutionskrankheiten in der Gynäkologie. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 34. (Gute allgemeine Übersicht über dieses Gebiet.)
13. Peterson, R., Relationship Between Gynecologic and Neurologic Conditions. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 10. p. 767.
14. Schiötz, Carl, Uproportioniert (eunuchoid) vekst hos kvinder. (Unproportioniertes (eunuchoides) Wachstum beim Weibe.) Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Jahrg. 77. p. 909. (Kr. Brandt.)
15. Slaughter Morton, Rosalie, Neurasthenia in Relation to Gynecology. Amer. Journ. of Obst. p. 613.
16. *Smith, R. R., Grand Rapids, Mich.: Genital Reflexes and Their Role in Production of Symptoms Arising in Pelvis. New York State Journ. of Med. p. 429.
17. Timme, W., The endocrine glands in their relation to the female generative Organs. Amer. Journ. of Obst. Nr. 3. p. 474.
18. Wagner, G. A., Kombination einer akuten hämorrhagischen Nephritis mit einer gynäkologischen Erkrankung. Geburtsh.-gynäk. Gesellsch. Wien. Sitzung vom 16. Mai 1916.
19. Warburg, B., Über die im Jahre 1909 in der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik beobachteten Fälle von Generationspsychosen. Inaug.-Diss. Kiel. 1915.

Schiötz (14) teilt zwei anthropologische und biologische interessante Fälle mit, die genau beschrieben und gemessen sind. In dem einen Falle — ein 18jäh-

riges Mädchen — ist auf dem Processus clinoid. posterior eine kleine Geschwulst röntgenographisch nachgewiesen worden; dasselbe gab Symptome eines beginnenden Hirndruckes. Sie war nicht menstruiert. Sie war klein (137,3), die Genitalia externa sahen kindlich aus. Die Vergleichung der Proportionen der Körperteile zeigt, dass es sich um keinen weiblichen Infantilismus handelt, sondern um eine Hemmung des Wachstums mit Ausbildung eigentümlicher Proportionen. Merkwürdigerweise zeigt das Mädchen Proportionen, die normal bei den Sudanesinnen sind, indem die Extremitäten im Verhalten zum Truncus lang sind und auch die Form der Beine und die Haltung der Schulter übereinstimmen. Der Fall ist kein „Eunuchoides femininus", wie überhaupt bis jetzt kein sicherer Fall dieses Zustandes veröffentlicht ist. Der zweite Fall des Verf. scheint doch in dieser Hinsicht eine Lücke zu füllen: 30jähriges Mädchen, nie menstruiert. Genitalia externa und Scheide normal. Uterus ist nur als eine kleine Andeutung und die Ovarien sind gar nicht nachzuweisen, Mammae fehlen. Sie ist 171,7 cm hoch. Die Extremitäten sind lang, die Hüften sind breit. Der ganze Habitus nähert sich dem eines männlichen Kastraten. Charakter und Interessen sind weiblich. Haarwuchs weiblich. (Kr. Brandt.)

Als Folgen ungenügender Ernährung hebt Jaworski (7) grobanatomische Veränderungen und Funktionsstörungen der weiblichen Genitalien hervor. Die ersten sind: Verkleinern der Uterusdimensionen in allen Richtungen, unabhängig von den Dimensionen des Uterushalses, palpatorisch nachgewiesenes Verkleinern der Ovarien, Erschlaffen des Uterusmuskels, auffallende lokale Anämie der Vaginalschleimhaut, Erschlaffen des gesamten Bandapparates des Uterus mit seinen schweren Folgen. (Senkung und Vorfall.) Von den Funktionsstörungen kommen in Betracht: Aufhören der Menses, vollkommene oder partielle Herabsetzung des Geschlechtstriebes. Da diese Frage in heutigen Kriegszeiten von grosser Bedeutung für die Bevölkerungspolitik ist, regt Verf. weitere Ärztekreise an zu genauen Studien dieses Kriegsleidens sowohl in klinischer, wie auch in pathologisch-anatomischer Hinsicht. Er schlägt vor, ein Rundschreiben an alle Ärzte, die in Polen praktizieren, zu veranstalten und zum Ausarbeiten des auf diese Weise gewonnenen Materials eine besondere Kommission zu wählen. (Nach dem Vorschlage des Verf. hat die gynäkologische Sektion der Warschauer Ärztegesellschaft eine Kommission gewählt, welche bereits das Rundschreiben bewerkstelligt hat. Bem. d. Ref.) (v. Gromadski.)

Slaughter Morton (15). Sehr sorgfältige, aber, wie so oft in der amerikanischen Literatur, ganz verkehrt angepackte Untersuchungen über die Ursache der Unterleibsschmerzen, namentlich auf der linken Seite. Verf. sucht unter Zuhilfenahme eines eigenen spatelartigen Beleuchtungsinstruments das ganze Abdomen nach Adhäsion ab und will solche namentlich häufig in der Gegend der Flexur und der linken Adnexe gefunden haben (Gersunysche Adhäsion). Sehr schöne Röntgenbilder über Knickungen und spastische Zustände am Darm. Die Folgeerscheinungen der Enteroptose scheinen ihr unbekannt zu sein.

Eastman (3). Schilddrüsen- und Ovarialsekretion ergänzen einander nicht, sondern „neutralisieren sich gegenseitig". In der Diskussion wird von mehreren Rednern die bekannte Rolle der Schilddrüse in der Pubertät, beim Basedow bei der Amenorrhoe, sowie die Beziehungen der Schilddrüse zur Schwangerschaft besprochen. (Nichts Neues.)

Harrower (6). Besprechung der zur Genüge bekannten Wechselbeziehungen zwischen innersekretorischen Drüsen und vegetativem Nervensystem, sowie deren Störungen. Zur Behandlung vieler funktioneller Neurosen der Frau wird Organotherapie nebst anderen üblichen Massnahmen empfohlen. (Nichts Neues.)

Timme (17). Erörterung der bekannten Beziehungen zwischen Genitalstörungen und innersekretorischen Drüsen. Die überaus grosse Mannigfaltigkeit der möglichen Kombinationen erfordert weitestgehende Individualisierung bei jedem einzelnen Fall.

Wagner (18). Bericht über einen Fall von Douglasabszess im Anschluss an Laminaria-Dilatation wegen Sterilität und Dysmenorrhoe. Infolge des Abszesses, der mehrfach verkannt worden war, trat eine akute hämorrhagische Nephritis auf. Nach Entleerung des Abszesses Heilung. Verf. weist darauf hin, dass bisher meist nur Tonsillitis als Ursache der Nephritis bekannt war, nicht aber ein eitriger Genitaltumor. In der Diskussion berichtete Thaler über einen ähnlichen Fall, bei welchem ein parametraner Abszess bei Kollumkarzinom zur Nephritis führte. Nach Durchbruch des Abszesses Heilung der Nephritis.

Crossen (2). Es wird die Frage erörtert, ob und wann man hysteroneurasthenische Patientinnen operieren soll, um sie von ihren Schmerzen im Bauch und Becken zu befreien. Das Wort Enteroptose kommt in dem Vortrag und der ganzen sich daran anschliessenden Diskussion gar nicht vor. Leider begegnet man dieser Hilflosigkeit in klinischen Dingen in der amerikanischen Literatur auf Schritt und Tritt.

Gibson (5). Bei neuropathischen Individuen können krankhafte Veränderungen an den Beckenorganen bereits latent gewesene Psychosen auslösen und umgekehrt kann die operative Beseitigung der lokalen Genitalerkrankung namentlich in den ersten Stadien für den Verlauf der Psychose von Nutzen sein.

Manton (10). Erkrankungen der Beckenorgane kommen so häufig ohne Geistesstörung bei Frauen vor, dass sie nur bei bereits vorhandener neuropathischer Veranlagung als auslösende Ursache angesehen werden können.

Peterson (13). Erörterung der bekannten Beziehungen zwischen Frauen- und Geisteskrankheiten. (Nichts Neues.)

Kleist (8). Im Laufe von $4^1/_2$ Jahren wurden an der chirurgischen und der Frauenklinik in Erlangen 10 postoperative Psychosen nach den verschiedensten Operationen beobachtet. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Erschöpfungsvorgänge und wahrscheinlich auch um das Auftreten giftiger Substanzen als Ursache der Geisteskrankheit. Überempfindlichkeitsvorgänge oder schon bestehende Disposition des Gehirns kamen nur zum Teil vor. Der Ursache dieses Zustandes entsprechend starb ungefähr die Hälfte dieser Fälle.

Warburg (19). Mitteilung von 17 Fällen, die sich auf die verschiedensten Gruppen wie Amentia, chronischer Halluzinose, posteklamptischer Erregungszustand, Katatonie, Melancholie, hysterische Depressions- und Verwirrtheitszustände verteilten. Die Epilepsie kam allein mit jeder Schwangerschaft rezidivierend als auch kombiniert mit Epilepsie vor.

D. Allgemeines über Laparotomie.

1. *Baird, E. H., Gynaecologic Surgery. Tennessee State Medical Assoc. Journ. Nashville. April 8. Nr. 12. p. 505—538.
2. *Bennett, T. J. and Z. T. Scott, Austin, Perineal Adhesions, Preoperative and Postoperative. Texas State Journ. of Med. Fort Worth. Nov. 11. Nr. 7. p. 361—412.
3. Boyin, E. und J. Olow, Die Behandlung der Genitaltuberkulose. 11. Kongress des nordischen chirurgischen Vereins in Gothenburg. 6.—8. Juli 1916. Gynäkologische Sektion.
4. *Brysz, Über 24 Fälle von tödlicher Lungenembolie nach 3967 Bauch- und Bruchoperationen. Inaug.-Diss. Basel 1915. (Das Frühaufstehen hat die Emboliegefahr nicht vermindert.)
5. *Chatillon, Spontane Peritonisierung des Beckens bei Frauen. Ann. de Gyn. Mai-Juin.
6. Crille, G. W., Die Behandlung der Peritonitis. Cleveland Med. Journ. April.
7. Cubbins, W. A. und J. A. Abt, Bericht über die Wirkung fremder Substanzen in der Peritonealhöhle. Surg., Gyn. and Obstetr. Vol. 22. Nr. 5. 1916. Mai.
8. Freund, H., Über das Aufplatzen der Köliotomiewunde. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 102. Heft 2. p. 341.

9. *Grant, W. W., Drainage of Peritoneal Cavity. Texas State Journ. of Med. Fort Worth. Nov. 11. Nr. 7. p. 361—412.
10. Haggard, W. D., Die Anwendung der verschiedenen Theorien bei der Behandlung der Peritonitis. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 13. 1915. Sept. 25
10a. Henneberg, A propos du choix des méthodes opératoires dans les affections utéro-annexielles. Methodes de K.-L. Faure. Gyn. Helv. 1915. (Bericht über 115 Uterusexstirpationen, die in der Genfer Klinik von 1904—1914 nach den Methoden von Faure ausgeführt worden sind.)
10b. Hoessli, H., Leukozytose bei Intraperitonealblutungen. Gyn. Helv. 1915. p. 62. (Leukozytenzählung hat keinen differentialdiagnostischen Wert zwischen innerer Blutung und einem entzündlichen Prozess. Im Gegenteil hat sich gezeigt, dass auch bei inneren Blutungen sehr hohe Leukozytenzahlen vorkommen können.)
11. Hyde, C. R., Tuberculous Peritonitis — an Analysis. Amer. Journ. of Obstetr. Nr. 3. p. 466.
12. Küstner, O., Bauchlage. Zentralbl. f. Gyn. p. 209.
12a. Labhardt, Die Erfolge der Verwendung des Kampferöles zum Schutze gegen postoperative Peritonitis. Gyn. Helv. 19 (415 p. 64). (Kampferöl wurde intraperitoneal immer gut vertragen. In schweren Fällen war es nutzlos. Wiederholt konnte ich bei prophylaktischer Anwendung tödliche Peritonitis nicht verhindern.)
13. Latzko, W., 1. Grawitz Tumor mit pulsierender Metastase. Geburtsh.-gyn. Ges. in Wien vom 14. Dez. 1915. Wien. klin. Wochenschr. p. 55.
14. Outland, J. H., Eine vereinfachte Methode der vaginalen Uterusexstirpation. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 13. 1915. März 27.
14a. Partos, Sur un nouveau procédé de protection du péritoine contre l'infection. Rev. Suisse de méd. 1914. (Einführung von Oliven- oder Kampferöl in die Bauchhöhle verzögert beträchtlich das Resorptionsvermögen des Peritoneums. An Stelle des chemisch nicht indifferenten Öles hat Partos Bolus alba versucht. Obwohl es sonst das Bakteriumwachstum hemmt, hat es zum Schutz gegen Bauchfellinfektion keinen praktischen Wert gezeigt.)
15. Shere, O. M., Surgical Tuberculosis of the Peritoneal Cavity. Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 1042.
16. Shipley, P. G. and Cunningham, R. S., Studies an Absorption from Serous Cavities I. The Omentum as a Factor in Absorption from the Peritoneal Cavity. Amer. Journ. Phys. 1916. 11. 75. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 1858.
17. Strauss, D. C., Der Wert von Sodiumzitratlösung zur Verhinderung peritonealer Adhäsionen. Surg., Gyn. and Obstetr. Vol. 22. Nr. 5. Mai.
18. *Sundheim, Platzen der Bauchhaut nach Laparotomien. Inaug.-Diss. Giessen 1915. (3 Fälle derart; Heilung nach sofortiger Naht.)
19. Sympson, E. M., Ein Fall von Netzfibrom. Lancet. Juli 29.
20. Uhlig, F., Zur Behandlung des postoperativen paralytischen Ileus mit intravenösen Kochsalz-Neoformalinfusionen. Med. Klin. 1916. Nr. 22. p. 851.
22. Vogel, K., Zur Frage der Verhütung der Rezidive peritonealer Adhäsionen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 37. p. 1454.
23. *Yates, Considerations in the Cave of Our Patients before and after operations. Amer. Journ. of Obstetr. Vol. 74. p. 1006. (Nichts Neues.)
24. Zembrzycki, J., Über die Temperaturreaktion nach aseptischen Operationen. Inaug.-Diss. Breslau.
25. Zikmund, E., Zur Therapie der Tuberkulose des Peritoneums und des Genitaltraktus. Wien. med. Wochenschr. 1915. Nr. 31.

Bayin und Olow (3). Zur Diskussion sprachen C. Mannheimer (Gothenburg), C. D. Josephson (Upsala), L. Lindqvist (Gothenburg), E. Essen-Möller (Lund), F. Westermark (Stockholm) und E. Frölich (Kopenhagen). Wenn die Diagnose auf Genitaltuberkulose sichergestellt ist, soll möglichst früh auf abdominalem Wege operiert werden, jedenfalls früher als bei anderen Formen von chronischer Salpingo-Oophoritis. Tuberkulöse Eileiter, ganz oder teilweise ergriffen, sollen vollständig entfernt werden. Von der Tuberkulose ergriffene Eierstöcke, auch oberflächlich und wenig veränderte, sollen entfernt werden. Eine von Tuberkulose sicher ergriffene Gebärmutter soll im allgemeinen entfernt

werden. Wenn die Gebärmutter deutliche Zeichen der Tuberkulose nicht darbietet und die Tuberkulose der Adnexe so begrenzt ist, dass diese bei der Operation teilweise zurückgelassen werden können, soll auch die Gebärmutter zurückgelassen werden. Wenn die Gebärmutter zurückgelassen worden ist, soll die Pat. genau überwacht werden, damit man eine vielleicht fortschreitende Uterustuberkulose rechtzeitig entdeckt und in geeigneter Weise behandelt.

Auf Grund von Experimenten an Kaninchen empfiehlt Crille (6) als bestes Mittel zur Behandlung der Peritonitis das Morphium und Opium. Letzteres soll auf das Gehirn einen günstigen Einfluss haben, ferner auf Nieren und Leber, indem es den Stoffwechsel herabsetzt und dadurch die Resorption der Gifte hemmt. Zur rascheren Ausscheidung der Toxine sollen täglich 2 Liter Kochsalzlösung mit Zucker gegeben werden.

Hyde (11). Erörterung der bekannten Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Bauchfelltuberkulose. Als besonders wichtig bei Operationen wird empfohlen, die Bauchhöhle vollkommen ohne Drainage zu schliessen.

Cubbins und Abt (7). Jodtinktur wirkt schädlich anf das Peritoneum, indem es Adhäsionsbildung herbeiführt. Äther in der Bauchhöhle hat ausser vorübergehender schmerzstillender Wirkung keine besonderen Vorzüge. Vaselin und Lanolin führten durch starke Reizwirkung zum Tode der Versuchstiere. Russisches Mineralöl ist indifferent. Paraffinöl wird nicht resorbiert, reizt das Peritoneum weniger als Vaselin, verhindert aber die Adhäsionsbildung nicht. Nur das Olivenöl soll in geringem Masse manchmal die Adhäsionsbildung vermeiden.

Shere (15). Die Laparotomie bei der tuberkulösen Bauchfellentzündung ist wissenschaftlich nicht begründet. Nur die Entfernung eines lokalen Herdes hat Berechtigung. Sonst sind bei chronischen Formen chirurgische Eingriffe nur zur Behebung einer zu grossen Spannung des Bauchinhaltes erlaubt.

Haggard (10). Die Kräfte des Organismns und die natürlichen Abwehrkräfte des Peritoneums sind auf alle Weise zu unterstützen: Absolute Ruhe für den Kranken und Ruhe für den Darm! (Nihil per os!) Operation, wenn möglich, in den ersten 8 Stunden oder erst nach Bildung lokalisierter Abszesse. Die schwersten Fälle sind nach der Operation dauernd unter Morphiumwirkung zu halten, um den Körper jede geistige und körperliche Arbeit zu ersparen und dadurch die Möglichkeit zu geben, seine gesamten ruhenden Kräfte, seine potentielle Energie zur Abwehr der Infektion in kinetische Energie umzusetzen. Kann nicht frühzeitig operiert werden, so legt Verf. ebenfalls auf reichliche Morphiumgaben das grösste Gewicht. Eine Magenspülung ist äusserst wertvoll, darf aber nur nach Anästhesierung des Pharynx ausgeführt werden.

Zikmund (25). Die meisten Todesfälle nach Laparotomien wegen Tuberkulose des Bauchfells fallen in die Zeit des ersten bis zweiten Jahres nach der Operation. Bericht über 44 Fälle mit einer Heilungsziffer von 37,5%. Die grosse Mehrzahl der Fälle kann durch Operation geheilt werden, in einer Minderzahl aber das Leben verlängert werden, während die subjektiven Beschwerden gebessert werden.

Strauss (17). Sodiumnitratlösung verhindert die Bildung von Fibrin aus Fibrinogen. Trotzdem ist das Mittel nicht imstande Adhäsionsbildung zu verhindern.

Uhlig (20). Bei postoperativem paralytischen Ileus wird als sehr wirksam die intravenöse Infusion von 1—2 Liter Kochsalzlösung mit Neohormonal und 15 Tropfen Suprarenin empfohlen.

Da zur Verhütung der Rezidive von peritonealen Adhäsionen bis jetzt Mittel zur Anregung der Darmperistaltik von unsicherer Wirkung gewesen sind, empfiehlt Vogel (22), zur Verhütung der Blutgerinnung 200 ccm einer sterilen Lösung von neutralem, zitronensaurem Natron in 20% Kochsalz-Gummiarabikum-

Lösung nach Trennung der Adhäsionen in die Bauchhöhle einzugiessen. Der ganz auffallende Erfolg in zwei mitgeteilten Fällen fordert zu weiterer Nachprüfung auf.

Zembrzycki (24). Nach jeder aseptischen Operation kommt es zu einer reaktiven Steigerung der Körperwärme, welche der Ausdehnung der Wunde direkt proportional ist. Die Temperatursteigerung wird hervorgerufen durch Resorption von allenfalls in die Wunde gelangten Bakterien, noch mehr aber durch Resorption von zerfallenden Gewebselementen, welche bei der Wundheilung frei werden. Es gibt also in Wirklichkeit keinen vollkommen reaktionslosen Wundheilungsverlauf, da die Primärheilung eigentlich unter denselben nur quantitativ verschiedenen Modalitäten vor sich geht wie die Sekundärheilung.

Unter 3000 Bauchschnitten erlebte Freund (8) zweimal das Aufplatzen der Bauchwunde. Darüber angestellte Untersuchungen unter Zuhilfenahme des Madelungschen Materials ergaben den wahrscheinlichen Schluss, dass die schlechte Heilung des Bauchfelles die primäre Ursache sei. (Die beiden Fälle waren mit Catgut genäht!) Auslösende Momente sind Gewalteinwirkungen wie Husten, Erbrechen u. dgl. Eine feste Vereinigung der Muskeln und Faszien ist gleichfalls notwendig als Schutz gegen das Aufgehen der Bauchdeckennaht, für welches Vorkommnis eine gewisse Disposition (schlechte Beschaffenheit der Bauchdecken) wesentlicher erscheint als infektiöse Prozesse.

Shipley und Cunningham (16). Die beiden Untersuchungen erbringen den Nachweis, dass tatsächlich korpuskuläre Elemente vom grossen Netz aus der Bauchhöhle absorbiert werden können und dann in den Lymphdrüsen des Mesenteriums nachweisbar sind. Dabei ist der Weg, auf welchem dies geschieht, noch unklar, weil Lymphgefässe im grossen Netz angeblich fehlen sollen.

Latzko (13). Exstirpation eines kürbisgrossen Tumors der rechten Niere durch Laparotomie. Zunächst Heilung, später Metastase im rechten Darmbein. Radiumbehandlung. Auftreten von Pulsation in der Geschwulst, wahrscheinlich unter Bildung eines Aneurysmas.

Sympson (19). Mitteilung eines Falles von $6^1/_2$ Pfund schwerem, gestielten Netzfibrom, das durch Laparotomie entfernt wurde.

Küstner (12). Die aufrechte Stellung des Menschen beeinflusst die Druckverhältnisse in der Bauchhöhle vielfach ungünstig. Würde der Mensch noch auf allen Vieren gehen, so gäbe es keine Retroversioflexio. Längere Zeit eingehaltene Rückenlage begünstigt das Wiedereintreten der fehlerhaften Stellung des Uterus bei Retroversioflexio uteri gravidi, so z. B. auch im Wochenbett. Küstner empfiehlt daher das Frühaufstehen im Wochenbett. Auch durch zeitweises Liegen auf dem Bauche kann der Rückwärtsneigung vorgebeugt werden.

Outland (14). 1. Die angegebene Art, die Portio zu fassen, ist nicht neu. 2. Verf. hat anscheinend früher stets die die Spermaticae fassenden Klemmen mit Gaze umwickelt liegen lassen. An 84 Fällen hat er jetzt die Gefässunterbindung sofort ausgeführt, jedoch zur Kontrolle bei Nachblutungen die Unterbindungsfäden aus den Vaginalwundrändern in die Scheide herausgeleitet. Einmal trat eine Nachblutung ein, die rasch gestillt werden konnte.

E. Sonstiges Allgemeines.

1. *Adamson, Über Benzin- und Alkoholdesinfektion des Operationsfeldes. Inaug.-Diss. Berlin 1914. (Benzin-Alkoholdesinfektion ist zuverlässiger als die reine Alkohol- oder die Jodtinkturdesinfektion.)
2. Addis, T., Die Vorbereitung der Diabetiker für Operationen. Journ. of Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 14. 1915. April 3.

2a. Bovée, W., The Influence of Syphilitic Invasion in Gynecology and Obstetrics. Journ. Amer. Med. Assoc. p. 2122. (Besprechung der Rolle des Primäraffekts an der Cervix.)
2b. Bovin, E., Die Behandlung der weiblichen Genitaltuberkulose. Verhandl. d. Nord. chir. Ver. Sitzg. vom 5.—8. Huli zu Gothenburg. (Silas Lindqvist.)
3. *Burk, W., Ein neues Verfahren zur Händedesinfektion. Med. Klin. Nr. 39. (Warmwasserseifenwaschung, dann 5 Minuten lang Einreibung mit Bolus alba-Azetonbrei.)
4. Cullen, Th. S., Die Beziehungen der Geburtshilfe, der Gynäkologie und der Bauchchirurgie zum öffentlichen Wohl. Journ. of Amer. Med. Assoc. Nr. 6.
5. *Debrunner, Bericht und Erfahrungen auf dem Gebiete der Gynäkologie. Inaug.-Diss. Zürich 1915. (Bericht aus Privatklinik.)
6. Fellner, O., Weitere Beiträge zur Lehre von der inneren Sekretion der weiblichen Genitalien. Ges. d. Ärzte Wien. 7. Juli 1916.
7. Fraenkel, L., Sexuelle Gefährdung der Frau durch den Krieg. Zeitschr. f. Bekämpfung d. Geschlechtskrankh. 1915. p. 212.
8. Gaucher, M., La syphilis sans chancre chez la femme. La presse méd. p. 467.
9. Gellhorn, George und Hugo Ehrenfest, Syphilis of the internal genital organs in the female. Amer. Journ. of Obstetr. May. Nr. 5. p. 864.
9a. Goetsch, E., Einfluss der Verfütterung von Hypophysenextrakt auf das Wachstum und die geschlechtliche Entwicklung. Bull. Johns Hopk. Hosp. Febr. 16.
10. Hartmann, S. P., An Indgangsport og Udbrednings maade af Tuberkulosen i det kvindelige Genitalsystem. (Über die Eingangspforte und Verbreitungsweise der Tuberkulose des weiblichen Genitalsystems.) Hospitalstidende p. 1037—52 u. 1061—79. Kopenhagen. Erscheint auf deutsch im Arch. f. Geb. u. Gyn. (O. Horn.)
12. Hermann und Stein, Über den Einfluss eines Hormons des Corpus luteum auf die Entwicklung männlicher Geschlechtsmerkmale. Ref. Wien. med. Wochenschr. Nr. 6. p. 246. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien vom 28. Jan. 1916.
13. Jaworski, J., Der Einfluss mangelhafter Ernährung auf gewisse Geschwülste, mit besonderer Berücksichtigung derjenigen der weiblichen Genitalien. Gaz. Lek. Bd. 51. Nr. 1—2. Warschau.
13. — Aus der Biologie der Tumoren. Einfluss mangelhafter Ernährung auf den Zustand bestimmter Neubildungen, hauptsächlich der Tumoren der weiblichen Sexualorgane. Wien. klin. Wochenschr. p. 1646.
15. Lacina, J., Pneumokokkenperitonitis. Capsopis lek ceskych. 1916. Nr. 23—25.
16. van Leeuwen, G. A., Noodelooze, dus ongewenschte operaties. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Heft 1. Nr. 9. (Mende de Leon.)
17. *Linden, W., Thrombose und Embolie in der Gynäkologie. Inaug.-Diss. Giessen 1915. (Todesfälle vor der Einführung des Frühaufstehens 0,84%, nach dem Frühaufstehen 0,21%.)
19. Mc Auliff, Hypertrichosis Variations in female secondary sexual Characteristics, and internal Secretions. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 15.
20. Miller, G. B., Etiology of Sterility in Women. Amer. Journ. of Obstetr. Nr. 3. p. 450.
21. *Minassian, Conservation in Gynecology. Jowa, Stats Med. Soc. Journ. Vol. 6. p. 402.
21a. Olow, J., Über die Behandlung der weiblichen Genitaltuberkulose. Verhandl. d. Nord. chir. Ver. Sitzg. vom 5.—8. Juli zu Gothenburg. (Silas Lindqvist.)
22. *Pantzer, President's Address. Amer. Journ. of Obstetr. Vol. 74. p. 929. (Geschichtliches.)
23. *Pelnárz, J., Über die sogenannte klimakterische Neurose. Zeitschr. f. klin. Med. Heft 3, 4.
24. *Polak, J. O., Studie über die pathologischen Ursachen der Sterilität. Surg., Gyn. and Obstetr. Vol. 27. 3. (Nichts Neues.)
25. Rabinowitz, M., The Ductless Glands and their Relation to the Treatment of functional gynecological Diseases. The Amer. Journ. of Obstetr. 1916. Nr. 2. p. 177.
26. Reynolds, E., Fertility and Sterility a histologic Study of the spermatozoa the Ovaries, and the uterine and vaginal Secretions in their Relation to this Question. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 1193.
27. *Rosner, A., Einige praktische Bemerkungen zur Gonorrhoe bei Frauen und jungen Mädchen. Przegl. lek. Bd. 55. Nr. 6. 1916. Krakau. (v. Gromadzki.)

28. Schacht, F., Die geringere körperliche und geistige Leistungsfähigkeit des Weibes. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 2. Heft 3. p. 317—329.
29. Schauta, F., Die Frau von 50 Jahren. Wien. med. Wochenschr. Nr. 43. Nr. 1606.
30. Stone, J. S., The lessened Fertility of Women. Especially American Women. Amer. Journ. of Obstetr. Nr. 3. p. 454.
31. *Strauss, J., Experimentelle Untersuchungen zur Desinfektion der Haut vor Operationen mit reinem Alkohol. Beitr. z. klin. Chir. 99. 2. (Alkohol allein wirkt fast ebenso sicher wie Jodtinktur oder Thymolspiritus.)
32. Sullivan, R. Y., The indications for and advisability of artificial Sterilization. Amer. Journ. of Obstetr. Nr. 3. p. 458.
33. Sullivan, E. A. und A. R. Spaulding, The extent and Significance of Gonorrhea in a Reformatory for Women. And the Consideration of the Treatment of venereal Disease among Delinquents. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 2. p. 95.

Addis (2). Die Gefahren der Infektion und der schlechten Heilungstendenz sind beim Diabetiker weit geringer als die des Komas. Zucker- und stärkefreie Tage ante op. sind nicht nur nutzlos, sondern erhöhen noch die Komagefahr. Zur Prüfung des Fettsäurestoffwechsels wird in den letzten Tagen vor der Operation der Kohlehydrat- und Eiweissgehalt der Nahrung herabgesetzt und kurz ante op. fast ganz ausgeschaltet. Von dem Ausfall dieser Funktionsprüfung wird die Operation abhängig gemacht.

Fellner (6). Das Ovarium sezerniert in der Schwangerschaft mindestens ebenso stark, wenn nicht stärker als ausserhalb der Gravidität. Die stark gewucherten Luteinzellen sollen eine dem Corpus luteum analoge Wirkung haben.

Herrmann (12) konnte in früheren Untersuchungen zeigen, dass Lipoidextrakte aus dem Corpus luteum und der Plazenta in bezug auf ihre wachstumsanregende Wirkung auf das kastrierte weibliche Genitale identisch sind, ähnlich wie dies Fellner, Ref., Iskobesko, Lindemann u. a. ebenfalls gefunden haben. Die beiden Autoren haben nun solche Lipoide auch bei männlichen Tieren (Kaninchen) injiziert. Die Brustdrüse wurde grösser und es liess sich aus ihr Milch ausdrücken, ähnlich wie Referent und Grigoriu dies in solchen Fällen schon 1910 mit wässerigem Plazentar- oder Ovarialextrakt zeigen konnten. Dass die Hoden dieser Tiere atrophisch wurden, möchte Ref. als selbstverständlich auffassen, da die mehrwöchentliche Einverleibung der an sich giftigen Lipoide den ganzen Körper schädigt. Man darf deshalb nicht, wie die genannten Autoren es tun, den Schluss daraus ziehen, dass die „Reizsubstanz" des Corpus luteum eine hemmende Wirkung auf die männlichen Geschlechtsdrüsen ausübt. In der Diskussion erinnert Fellner an seine analogen Versuche mit Lipoidextrakten, wogegen Herrmann betont, dass er mit einem chemisch isolierten Körper arbeite.

Auf Grund eigener Untersuchungen ist Jaworski (13) zu dem Schlusse gekommen, dass die Ernährungsverhältnisse verschiedenartig auf verschiedene Arten von Neubildungen einwirken können. Eine Unterernährung des Organismus beeinflusst z. B. Myome und Fibrome derart, dass die letzteren zu wuchern aufhören und sogar manchmal sich verkleinern. Ihre klinischen Symptome pflegen auch meistenteils zu schwinden (Blutungen). Ganz anders verhalten sich Karzinome, welche bei mangelhafter Ernährung nicht nur schneller wachsen sondern auch früher aufzutreten pflegen. Die Mortalität steigt dabei beträchtlich.

(v. Gromadzki.)

v. Jaworski (14). Während der Schwangerschaft wachsen gutartige un bösartige Neubildungen schneller, im Wochenbett können sie sich zurückbilde Analog wirken andere Störungen der allgemeinen und lokalen Ernährungsbedi gung. Praktisch wichtig ist, dass schlechte ökonomische Zustände auch u günstig auf den Verlauf des Karzinoms einwirken.

G. A. van Leeuwen (16) meint Stellung nehmen zu müssen gegen unnötig speziell Blinddarmoperationen bei Frauen, bei welchen meistens die Schmerz

in der rechten Seite mit der Operation nicht verschwinden, da sie öfters auf Hysterie beruhen. (Mende de Leon.)

Bericht über einen Fall von Hypertrichosis mit Erörterung der Ursachen dieser Abnormität. Mc Auliff (19) spricht sich dahin aus, dass entweder Keimdrüsenstörungen, wie in dem vorliegenden Fall ein Ovarialdermoid, oder Störungen von seiten der anderen sekretorischen Drüsen, namentlich von seiten der Nebenniere, Zirbeldrüse oder Hypophyse in Betracht kommt. Es wird auf die zahlreichen Wechselbeziehungen der innersekretorischen Drüsen als Ursache hingewiesen. Einer Erklärung wird das Problem dadurch jedoch nicht näher gebracht.

Nebst den allen klimakterischen Ausfallserscheinungen gemeinsamen Blutwallungen, Hitzeempfindungen, Palpationen und ängstlichen Stimmungen unterscheidet Pelnarz (23) ferner folgende Gruppen von Symptomenkomplexen: 1. Psychische Störungen, 2. Stoffwechselstörungen, 3. Veränderungen an den Gelenken, Knochen und Muskeln, 4. Zirkulationsstörungen, 5. Schwindel. In mehr als der Hälfte dieser Fälle von sogenannter klimakterischer Neurose entwickeln sich sicher Gefäss- und Herzkrankheiten. Der Ausfall des Ovariums bewirkt die Störungen im Vasomotorensystem der innersekretorischen Drüsen und des vegetativen Nervensystem.

Rabinowitz (25) tritt mit Recht dafür ein, den Verlegenheitsausdruck „funktionelle Störungen" möglichst einzuschränken und in solchen Fällen nach objektiven Krankheitsmerkmalen zu suchen. (Ref. möchte diesen Ausdruck überhaupt fallen gelassen wissen und ihn durch nervöse oder „humorale" Störungen ersetzen.) Rabinowitz ist sich über diese Zweiteilung noch nicht im klaren und bemüht sich vergebens, „funktionelle Störungen" von innersekretorischen Störungen abzugrenzen. Dementsprechend kann auch eine rationelle Organotherapie funktioneller gynäkologischer Erkrankungen erst dann einsetzen, wenn das Wesen der funktionellen Erkrankungen richtig erfasst ist. Dazu fehlt aber noch viel.

Schauta (29). Besprechung der physiologischen und pathologischen Ovarialfunktion während des ganzen Geschlectslebens der Frau. Bemerkenswert ist, dass Schauta sich zu der Ansicht derjenigen bekennt, welche (wie auch Verf.) das Corpus luteum als blutungshemmendes Moment ansehen. Bei juvenilen und klimakterischen Blutungen fehlt so gut wie immer das Corpus luteum. Von pathologischen Zuständen im Klimakterium werden nebst der sogenannten klimakterischen Neurose noch Myome, Ovarialtumoren, Karzinome, Retroversionen und Prolapse als charakteristisch für das Klimakterium angeführt. Grosse Zeitabschnitte des Lebens der Frau werden durch die geschlechtliche Betätigung des Organismus ausgefüllt und zwar fast ununterbrochen, wenn wir die sexuelle Tätigkeit von Menstruation zu Menstruation in Betracht ziehen. Dazu kommt die überaus intensive Betätigung während jeder Schwangerschaft, so dass es Wunder nehmen muss, wenn für etwas anderes noch Kraft und Zeit übrig bleibt. Die Hauptfunktion der Frau, nämlich die Sorge für den Nachwuchs, betätigt sich mit dem Eintritt ins Klimakterium nicht mehr auf physischem, sondern eben auf kulturellem Gebiet.

Stone (30). Sehr interessante Statistik über die Fruchtbarkeit der verschiedenen in Amerika ansässigen Nationen. Die Fruchtbarkeit der Polen, Italiener, Österreicher, Franzosen, Deutschen und Engländer verhält sich zu denen der einheimischen Amerikaner wie 60 : 37, 37 : 32, 30, 18 : 10. Die Ursache sieht der Autor hauptsächlich in den schwierigen sozialen Verhältnissen, vor allem in der späten Heiratsmöglichkeit und in der umfangreichen Heranziehung der Frauen zur Berufsarbeit.

Als Indikationen für Sterilisation kommen nach Sullivan (32) in Betracht: Schwere Erkrankung der Mutter, voraussichtliches Unvermögen der Mutter, den Anforderungen der Schwangerschaft und Geburt körperlich standzuhalten. Ferner soll die Sterilisation erlaubt sein bei Frauen, welche schon viele Kinder

zur Welt gebracht haben und bei denen gelegentlich einer anderen Operation die Sterilisation gefahrlos ausgeführt werden kann. Endlich bei Skelettdeformitäten, welche ein absolutes Geburtshindernis im kleinen Becken abgeben.

Reynolds (26). Nebst den Spermatozoen und der Eizelle sind für die Fruchtbarkeit auch die verschiedenen Bedingungen wichtig, unter welchen die beiden Absonderungsprodukte zueinander gelangen können. Normale Beschaffenheit des Zervikalschleims und der Vaginalsekrete ist ein oft zu wenig beachtetes Erfordernis dazu. In der Diskussion wird darauf hingewiesen, dass immer auch die Untersuchung des Mannes bei einer bestehenden Unfruchtbarkeit von grosser Wichtigkeit ist.

Miller (20). Erörterung der Begriffe primäre und sekundäre, absolute und relative Sterilität. Bericht über 120 Fälle aus der eigenen Erfahrung des Autors. Die Mehrzahl seiner Fälle von Sterilität beruht auf entzündlicher Basis, der Rest verteilte sich auf Anteflexio, Retroflexio, Tumoren und Missbildungen des Uterus, sowie Dingen, die wir mit einem Worte als mangelhafte Anlage bezeichnen könnten.

Im Kriege hat sich die Zahl der gonorrhoischen Erkrankungen bei verheirateten Frauen auffallend vermehrt und auch auf Bevölkerungsschichten übergegriffen, in denen sie sonst seltener war. Die Ursache ist Infektion des Mannes im Felde, namentlich im Stellungskrieg. Die zu Hause gebliebene Frau ist nach Fraenkels (7) Meinung viel seltener die Ursache, da die von Haus aus viel geringere Libido der Frau in Abwesenheit des Mannes zurücktritt und ca. 10% der Frauen überhaupt frigid oder mindererregbar sind. Um die Gefahr für die verheiratete Frau und die Nachkommenschaft seitens der aus dem Felde Zurückkehrenden abzuwenden, wären prophylaktische Kontrolle mit allfälligem Behandlungszwang, ähnlich wie der Vorgang der Entlausung, nicht unzweckmässig.

Sullivan und Spaulding (33). Statistik über die grosse Ausbreitung der Gonorrhoe namentlich unter den Verbrecherinnen und Prostituierten. Die Gefahr dieses Umstandes für den Staat und die Wichtigkeit einer möglichst weitgehenden Kontrolle und Behandlung wird hervorgehoben.

Gaucher (8). In seltenen Fällen kann der Syphiliserreger bei der Frau auch ohne sichtbaren Primäraffekt ins Blut übergehen und dann sekundäre Erscheinungen hervorrufen. Vielleicht geschieht dies auf intrauterinem Wege möglicherweise durch Vermittlung des Spermas mit und ohne Schwangerschaft.

Gellhorn und Ehrenfest (9). Ausführliche Besprechung der Erscheinungen, welche die Syphilis an den inneren weiblichen Geschlechtsorganen hervorruft unter Zugrundelegung der Erfahrungen in der Literatur und eigener Beobachtungen. Kurzer geschichtlicher Abriss von Ambroise Pare bis Schaudinn, Wassermann und Ehrlich. Besprechung der Unterschiede im Auftreten der Syphilis bei Mann und Frau. Eine Reihe von ungelösten Problemen besteht noch bei der Syphilis des Weibes, wie z. B. das viel seltenere Auftreten von Tabes und Paralyse bei der Frau, häufiges Verharren des Prozesses in mehr latenter Form beim Weibe. Die Frage der Infektiosität durch das Sperma des syphilitischen Mannes, sowie die Existenz von Prädilektionsstellen für die Infektion im weiblichen Genitale, andererseits die Frage der relativen Immunität gewisser Teile wird besprochen. Ausführliche Besprechung der speziellen pathologischen Histologie der Syphilis am weiblichen Genitaltrakt. Primäre und sekundäre und tertiäre syphilitische Affektionen der Scheide sind selten. Ungleich häufiger sind solche der Cervix, wie an der Hand von sehr schönen farbigen Abbildungen gezeigt wird (eigene Beobachtungen des Autors). Es betrifft dies alle drei Stadien der Lues. Die Syphilis des Uteruskörpers scheint hingegen wieder selten zu sein, zumindest sind unsere Kenntnisse darüber sehr spärliche. Das gleiche gilt für die Tuben. Syphilitische Veränderungen an den Ovarien sind des öfteren schon beschrieben worden, der Nachweis der Spirochäte in ihnen ist aber bis jetzt noch nicht gelungen. Syphilis des Beckenbinde-

gewebes in Form von diffuser gummöser Infiltration könnte leicht mit malignen Prozessen verwechselt werden. Die Wassermannsche Reaktion kann entscheidend darüber aufklären, ebenso wie die Einleitung einer antiluetischen Behandlung. Das gleiche gilt für die durch syphilitische Prozesse bedingten Metrorrhagien. Im sekundären Stadium der Lues können trotz Abwesenheit von Geschwüren die physiologischen Sekrete der weiblichen Genitalien (Ausfluss) Spirochäten enthalten und dadurch ansteckend wirken. Endlich kann die Lues eine Disposition zur Karzinomentwicklung schaffen.

Cullen (4). Besprechung der in den letzten 25 Jahren gemachten Fortschritte und der noch wünschenswerten Verbesserungen auf diesen Gebieten. Gründliche Ausbildung in der gesamten Bauchchirurgie, der inneren Medizin, der pathologischen Anatomie und Bakteriologie wird für den Gynäkologen und Geburtshelfer gefordert. (Bei uns in Deutschland und Österreich dürfte diese Forderung wohl längst zu den Selbstverständlichkeiten gehören.)

Schacht (28). Die körperliche und geistige Inferiorität des Weibes ist ebensowenig bewiesen, wie sie sich bestreiten lässt. Man soll nicht auf Grund vieler hierher gehöriger unwissenschaftlicher Behauptungen der Frauenemanzipation Schranken ziehen, da einer grossen Anzahl nicht inferiorer Frauen eine grosse Anzahl inferiorer Männer gegenübersteht. Etwas Massgebendes lässt sich über diese Dinge nur sagen, wenn der mehrtausendjährigen andersartigen Erziehung der Geschlechter eine mehrhundertjährige Koeduktion gefolgt sein wird.

Hartmann (12) hat Versuche an Meerschweinchen ausgeführt und kommt auf Grund seiner Untersuchungsresultate zu folgenden Schlüssen: 1. Das Entstehen einer Genitaltuberkulose durch die spontane Wanderung der Bazillen durch die Scheide ist sehr zweifelhaft. Die Tierversuche, die als Stützen der Theorie von der aufsteigenden Infektion angeführt werden könnten, sind alle sehr angreifbar. 2. Tierversuche, die als Beweise einer Hinaufwanderung der Bazillen gegen den Sekretstrom angeführt werden, sind sicher alle falsch gedeutet. In solchen Fällen gibt es immer Zeichen, dass das Abfliessen des Sekretes behindert war — wenn nicht gar die Verbreitung der Infektion durch die Lymphbahnen erfolgt ist. 3. Die Möglichkeit einer primären Genitaltuberkulose, durch die Kohabitation entstanden, lässt sich nicht verneinen. Doch halten die allermeisten Fälle dieser Art einer schärferen Kritik nicht stand.

Bovin (2a). In frühen Stufen, da die tuberkulöse Natur der Krankheit öfters nicht zu erkennen ist, ist die Behandlung dieselbe wie für übrige Formen von Salpingoophoritis, d. h. eine nichtoperative. Bei gegründetem Verdacht einer Tuberkulose soll die abwartende Behandlung an Kurorten (Tuberkulose-Heilanstalten, im Hochgebirg, am Meer) verwendet werden nebst Heliotherapie, Röntgenbestrahlung usw. Die Pat. soll lange danach überwacht werden. In mehr fortgeschrittenen Stufen, besonders in den Fällen, in denen trotz einer energischen abwartenden Behandlung die Krankheit exazerbiert oder Fortschritt macht, oder eine solche Behandlung nicht zu erreichen ist, soll man operieren, wenn die Operation ohne Risiko ausgeführt werden kann. Bei Verdacht einer Tuberkulose soll die Operation viel früher ausgeführt werden, als man bisher bei anderen Formen von Salpingoophoritis als notwendig angesehen hat; dies, um die späteren Stufen mit ausgebreiteten Zusammenwachsungen zu verhüten, wobei die eingeleitete Operation oft nicht fortzusetzen ist. Die miliare Peritonealtuberkulose mit oder ohne Aszites ist nicht Kontraindikation für die Fortsetzung der Operation. Die Operation soll eine abdominelle, nicht vaginale sein. Beide Tuben sollen im allgemeinen exstirpiert werden. Wenn nicht Gebärmuttertuberkulose vorliegt kann man gewöhnlich die Gebärmutter zurücklassen. Bei begrenzter tuberkulöser Endometritis soll man nicht sofort die Gebärmutter exstirpieren. Die wegen der Blutung ausgeführte Abrasion, durch welche je zuerst die Diagnose zu stellen ist, kann mit geeinigter Allgemeinbehandlung einen kurativen Einfluss ausüben. (Silas Lindqvist.)

Olow (21a) fasst seine Schlüsse folgendermassen zusammen: Tuberkulöse Tuben sollen ganz und gar exstirpiert werden. Von der Tuberkulose angegriffene Ovarien, auch bei leichten und oberflächlichen Herden, sollen entfernt werden. Eine unzweifelhafte tuberkulöse Gebärmutter soll entfernt werden. Doch könnte man einen Versuch mit einer lokalen Behandlung nach Pfannenstiel machen, besonders in den Fällen, in denen die Tuberkulose nur wenig ausgebreitet ist und wenn man bei der Exstirpation der Adnexe einen Eierstock zurückbleiben lassen kann und also der Gebärmutter dies Menstruationsvermögen bewahren. In den Fällen, in denen die Gebärmutter nicht deutliche Zeichen erweist und die Tuberkulose der Adnexe so begrenzt ist, dass man bei der Operation grössere oder mindere Teile derselben zurücklassen kann, soll auch die Gebärmutter zurückgelassen werden. Wenn dagegen die Tuberkulose der Adnexe so fortgeschritten ist, dass keine Beibehaltung einiger Teile von denselben möglich ist, sollen die operationstechnischen Verhältnisse des gegebenen Falles bestimmen, ob auch die Gebärmutter zu entfernen sei oder nicht. Die Fälle, in welchen die Gebärmutter zurückgelassen ist, sollen genau überwacht werden, so dass man man frühzeitig gegen eine eventuelle fortschreitende Tuberkulose derselben eingreifen kann. (Silas Lindquvist.)

Lacina (15). Beschreibung eines durch Pneumokokken hervorgerufenen Krankheitsbildes, welches häufig zum Exitus führt, manchmal aber zur Eiterabkapselung und spontaner oder operativer Heilung.

IV.

Pathologie des Uterus (ausschliesslich Neubildungen und neue Operationen).

Referent: Prof. Dr. F. Heimann, Breslau.

1. Allgemeines.

1. Gallant, A. E., Removal of Troublesome Useless Uterus. New York Med. Journ. March 11. 103. Ns. 11. p. 481.
2. Pilcher, Delzell and Burman, The Action of various „Female" Remedies on the excised Uterus of the Guinea-Pig. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 7. p. 490.

Pilcher, Delzell und Burman (2) haben am Meerschweinchenuterus von den verschiedenen Heilmitteln keinen Erfolg gesehen. Daher seien diese Drogen als Heilmittel zu verwerfen.

2. Entwicklungsfehler.

1. Bay, M. E., Contribution à l'étude de malformations du système, urogénital dans le sexe féminin. Lausanne 1914. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Avril, Mai, Juin. p. 173.

2. Conaway, Case of Uterus Didelphys. New Jersey. Med. Soc. Journ. August.
3. — Walt Pouder, A Case of Uterus Didelphus. Transact. of the Obstetr. Soc. of Philadelphia. May 4. Ref. Amer. Journ. of Obstetr. Nr. 4. p. 696.
4. Felix, W., Les malformations de canaux de Müller et de leurs dérivés. Gyn. helvet. 1915. p. 57. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Avril, Mai, Juin. p. 184.
5. v. Franqué, Spaltbecken, Blasenektopie und Prolaps. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn, 6. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 48. p. 1497.
6. — Haematometra und Haematocolpos lateralis. Deutsche med. Wochenschr. 15. Nr. 29, 30. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 837.
7. Handfield-Jones, Some clinical Aspects of the double Uterus. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1915. Vol. 27. p. 186.
7a. Heijl, C., Uterus rudimentarius partim excuvatus. Verhandl. d. chir. Sekt. der Gesellsch. schwed. Ärzte. 1916. (Silas Lindqvist.)
8. *Kaarsberg, Haematometra in utero bicorni. — Amputatio supravaginalis uteri. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1477—78. (O. Horn.)
9. *Münzberg, Paul, Die Pathologie und Therapie der Doppelmissbildungen des Uterus. Inaug.-Diss. Breslau. (1 Fall von Operation nach Strassmann. Erfolg durch nachfolgende Geburt erwiesen.)
11. Quiby, Wm. C., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus, mit Bemerkungen über abnorme Funktion der endokrinen Drüsen. Johns Hopkins Hosp. Bull. Februar. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 838.
12. Radwanska, Wanda, Angeborener Totalprolaps des Uterus bei einer Neugeborenen mit Spina bifida. Przegl. lekarski. Bd. 55. Nr. 2. Krakau. (v. Gromadzki.)
13. Reusch, W., Kongenitaler Nierendefekt bei Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Ein Beitrag zur Genese des Müllerschen Ganges. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 971.
14. *Rockey, A. E., Double Uterus and Vagina with New Bloedless Operation (Forceps Pressure) for Correction of Deformity. Annals of Surg. Philadelphia. Vol. 63. Nr. 5. (Operation.)
16. Scott, Ernest und Jonathan Forman, Zwillingsschwangerschaft in einem Horn eines Uterus bicornis mit Retention der beiden Föten während 20 Jahren. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. Nr. 3. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 838.
17. Socquet, J., Ein Fall von Hermaphroditismus. Journ. de méd. de Paris. 1914. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 838.

Bay (1). Das Kind zeigte unter anderen Missbildungen, Fehlen der rechten Niere, Hypoplasie der linken Niere, einen Uterus unicornis mit blinder Endigung der rechten Tube im Inguinalkanal, keine Nabelarterie links. Der zweite Fall zeigte folgendes: eine atretische Kloake, keine äusseren Genitalien, keinen Anus, Hypoplasie der inneren Genitalien, bilaterale Hydronephrose, Aszites, Gehirnblutungen.

Conaway (3). Pat. ist 42 Jahre alt, hat nie menstruiert oder geboren. Die Operation wurde wegen Appendizitis vorgenommen, links normale Adnexe, rechts ein zystisches Ovarium. Die Appendix wurde entfernt.

Felix beschreibt, welche Missbildungen in den verschiedenen Abschnitten der gesamten Müllerschen Gänge vorkommen können.

v. Franqué (5). Vor 21 Jahren wurde die Durchtrennung des Synchondr. sacroiliac. und nachfolgende Kompressionsbehandlung, Beseitigung der Beckenspalte und Operation der Ektopie ohne Erfolg ausgeführt. Der grosse Prolaps wurde jetzt durch ein Mengesches Pessar zurückgehalten.

v. Franqué (6). 13 jähriges Mädchen mit Uterus duplex separatus. Scheide keine Doppelbildung. Laparotomie mit gleichzeitiger Beseitigung einer chronischen Appendizitis. Demonstration des Präparates.

Handfield-Jones (7). Das Vorkommen von Entwicklungsanomalien ist relativ häufig. Es muss an diese Möglichkeit gedacht werden. Schilderung einschlägiger Fälle aus der Literatur und der bei der Diagnosenstellung vorkommenden Irrtümer. Am häufigsten fand Verf. doppelten Uteruskörper, doch sah er

auch vollständig entwickelte Doppelbildung. Vorsicht ist bei der Diagnose eines Uterusfibroms geboten, da hierbei Verwechselung mit einem doppelten Uterus möglich ist. Die doppelten Uteri liegen meist nicht in einer Ebene, einer mehr vorn, nach hinten der andere. Bei Gravidität drückt der gravide Uterus den andern herunter. Verf. erwähnt einen solchen Fall, bei dem Ovarialtumor diagnostiziert wurde. Nichterkennen des doppelten Uterus habe auch schlimme Folgen gezeitigt, besonders bei Gravidität; hier ist es unter der Geburt zu schweren Zerreissungen gekommen. Bei doppeltem Uterus häufig Menstruation während der Gravidität, ferner kommt es häufig zu Totgeburten bei Steisslage, da der zweite Uterus das Hindernis im Geburtskanal bildet.

Quiby (11). Der Fall ist ein Pseudohermaphroditismus femininus externus (Nachweis von Uterus und normalen Ovarien) mit guter Ausbildung männlicher sekundärer Geschlechtscharaktere. Solche Fälle sind als Endokrinopathien der Nebennierenrinde vielleicht auch der Hypophyse aufzufassen.

An der Hand eines Falles, den Radwanska (12) in der Krakauer Universitätsfrauenklinik beobachtet hatte, geht sie auf die in der Literatur beschriebenen Fälle eingehend ein und stellt fest, dass in den meisten Fällen von Genitalienvorfall bei Neugeborenen es sich entweder um Spina bifida, oder andere Nervenschädigungen gehandelt hat. Als primäre und einzelne Ursache ist also das Erschlaffen des Beckenbodens anzusehen. Das Bezeichnen derartiger Vorfälle als „angeboren" ist prinzipiell falsch, da dieselben nicht im intrauterinen Leben, sondern erst nach der Geburt zu entstehen pflegen. Derartige Fälle können als Stütze der von Halban und Tandler aufgestellten Theorie zur Ätiologie der Genitalienvorfälle dienen. (v. Gromadzki.)

Reusch (13). Sehr eingehende Arbeit mit Schilderung zweier einschlägiger Fälle. Ausgezeichnete Literaturübersicht.

Rockey (15). Operation: Durchschneiden des vaginalen Septums, jede Uterushöhle wird sondiert, dann Anlegen einer Klemme an das Uterusseptum, die 36 Stunden liegen bleibt. Nekrose des Septums. Pat. ist dabei in Beckenhochlagerung zu halten.

Scott und Forman (16). Erst bei dem durch Operation gewonnenen Präparat wurde der wahre Sachverhalt festgestellt.

Socquet (17). Die Untersuchung ergab einen Testikel und Fehlen von jeglichem Scheidengewölbe. Libido aufs weibliche Geschlecht. Niemals Ejakulation. Auffallend war eine Art von regelmässiger Menstruation seit 2 Jahren. Palpation vom Rektum ergibt einen runden kugeligen Körper, vielleicht den Uterus.

Sehr eingehend schildert an der Hand einschlägiger Fälle Reusch (13) die Missbildungen, die kongenital an den Nieren vorkommen und sich mit ebensolchen der weiblichen Geschlechtsorgane verbinden. Mit dem gleichen Thema beschäftigt sich Bay (1).

Zwillingsschwangerschaft in einem Horn eines Uterus bicornis teilen Scott und Forman (2) mit.

Uterus duplex separatus, keine Doppelbildung der Vagina, dagegen Hämatometra und Hämatokolpos; das sehr interessante Präparat wurde von v. Franqué (6a) gewonnen. Sehr ausführlich hat sich über das Thema Uterus duplex Handfield-Jones (7) ausgelassen. Er geht auf die Diagnose, Symptome und Therapie näher ein. Conaway (3, 4) trägt ebenfalls zur Kasuistik bei.

Uterus duplex et vagina duplex: Rockey (14, 15), Socquet (17) und Quiby (11) berichten je über einen Fall von Hermaphroditismus bzw. Pseudohermaphroditismus.

Allgemein über das Thema Missbildungen haben sich noch Münzberg (8, 9), Felix (4) und v. Franqué (5) unter Hinzufügung eines einschlägigen Falles ausgesprochen.

Anhang: Sterilität.

1. Dickinson, R. L., Simple Sterilization of Women by Cantery Stricture at intrauterine Tubal Openings, Compared with other Methods. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. August. 23. Nr. 2. p. 203.

---

3. Entzündliche und funktionelle Erkrankungen des Uterus.

a) Tuberkulose.

1. Amann, J. A., Uterustuberkulose (tuberkulöser Uteruswandabszess) kombiniert mit Amenorrhoe. Münch. gyn. Ges. 16. Dez. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 365.
2. Cullen, T. S., Early Tuberculosis of Cervix. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. March. 22. Nr. 3. p. 251.
3. Metzger, M., Un cas de tuberculose du col de l'utérus. (Die Diagnose wurde mikroskopisch sichergestellt.) Arch. mens. d'obst. et de gyn. Avril. Mai. Juin. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 9. p. 706.

Amann (1). 22jährige Pat. nie menstruiert, vor 3 Jahren lungenkrank. Jetzt positiver Lungenbefund, neben dem Uterus Adnextumoren. Laparotomie, dabei quillt beim Fassen des Uterus Eiter aus der Wand. Entfernung des Uterus und der Adnexe. Heilung.

b) Syphilis.

1. Norris, C. Charles, Syphilis of the Body of the Uterus. The Amer. Journ. of Obst. July. Nr. 1. p. 89.
2. — Syphilis des Uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 23. Nr. 3. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 4. p. 118.
3. Prentiss, W., Syphilis of the Uterus. Transact. of the Washington. Obst. and Gyn. Soc. Febr. 11. und Amer. Journ. of Obst. Nr. 3. p. 480.

Norris (1). Es handelt sich um eine 46jährige Patientin, die anamnestisch sehr luesverdächtig war. Bei einem Curettement wurde der Uterus perforiert; nach supravaginaler Amputation des Uterus wurde eine histologische Untersuchung vorgenommen, die den Verdacht bestärkte, dass es sich um eine luetische Erkrankung der Muskulatur handelt.

Norris (2). Die luetische Endometritis äussert sich in der hyperplastischen Affektion der Drüsen und des Stroma. Das Myometrium zeigt eine diffuse Metritis, event. Gummata; deutliche Erkrankung der Gefässe histologisch nachweisbar.

Preutiss (3). Das histologische Bild häufig sehr charakteristisch. Meist lassen die Symptome für die Diagnosenstellung im Stich.

c) Metropathieen, Endometritis.

1. Aschheim, Zur Histologie des Endometrium. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 13. Nov. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 214.
2. Brandt, Thalkea, Über Hämatometra und Pyometra im klimakterischen und präklimakterischen Alter. Inaug.-Diss. Kiel. August.
3. Christides, D. und P. Besse, Le cycle de la muqueuse utérine. Schweiz. Korrespondenzbl. 1915. Nr. 50. Ref. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 19. p. 595.
4. *Driessen, Über die Röntgenbestrahlung von Meno- und Metrorrhagien. (13 Fälle von Meno- und Metrorrhagia climacterii sind alle geheilt mit im Durchschnitt 12 Bestrahlungen in 3 Sitzungen. Immer erst Probeauskratzung. 20 Fälle von Fibromyoma uteri bestrahlt ohne Versager. Günstiger Einfluss auf das Allgemeinbefinden.) Ned. Tijdschr. v. Verl. u. Gyn. 25. 4. (Mendes de Leon.)
5. Fischer, Verblutung infolge chronischer Metritis. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien. 8. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 238.

5a. Forssner, Hj., Ein Fall von kollossaler Hydrometra. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. schwed. Ärzte. 1916. (Silas Lindqvist.)
6. Franz, K., Die Behandlung der klimakterischen Blutungen mit Röntgenstrahlen. Therap. d. Gegenw. März. p. 81. Ref. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 13. p. 399.
7. *v. d. Hoeven, Die Embryologie der weiblichen Geschlechtsteile. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 25. 3. (Redner weist auf seinen früheren Widerstand gegen die Veit-Rugesche Theorie bezüglich des Entstehens der Erosio portionis hin und führt jetzt zum Beweis seiner Theorie verschiedene mikroskopische Präparate an, die die Entwicklung der Vagina demonstrieren.) (Mendes de Leon.)
8. Mucha, V., Zur Frage der Uteruserkrankung bei Vulvovaginitis infantum. Wien. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1070.
9. Muret, Über Endometritis purulenta senilis. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. 27. Nov. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 287.
10. Quisling, N., Menorragi hos unge piker. (Menorrhagie bei jungen Mädchen.) Tidskr. for. klin. norsk. Lagef. Jahrg. 36. p. 489.
11. Samter, Behandlung gynäkologischer Blutungen mit Sekalysatum Bürger. Med. Klin. Nr. 44. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. p. 1463.
12. Schönberg, S., Zur pathologisch-anatomischen Diagnose der Endometritis. Schweiz. Korrespondenzbl. Nr. 15. Ref. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 19. p. 596.
14. Taitza, Bruno, Experimentelle und therapeutische Studien über Amenorrhoe und ovarielle Blutungen. Halle a. S. Juli.
15. Wagner, G. A., Uterusabszess nach Appendizitis. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien. 16. Mai. Ref. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 36. p. 1156.

Aschheim (1). Untersuchung auf lipoide Substanzen. Er fand solche in 10% im Intervall, in 75% in dem Prämenstruum. In der menstruierenden Schleimhaut waren sie in den ersten Tagen reichlich. Für die Gravidität (in den ersten Monaten reichlich) erwägt Aschheim die Deckung derselben als Vitamine.

Christides und Besse (3). Darstellung histologischer Untersuchungen der curettierten Uterusschleimhaut.

Fischer (5). Annahme einer inneren Blutung bei der ersten Untersuchung der enorm anämischen Pat. Laparotomie. 10 Minuten später Exitus. Die Obduktion ergab nur einen chronisch metritischen Uterus als Ätiologie für die Blutung.

Franz (6). Technik: Müllersche Siederöhren, an 3 Tagen auf 9 Felder 300 ×. 3 mm Aluminiumfilter. 23 cm Fokushautabstand. Wiederholung der Serie nach 14 Tagen. Nach 4 Serien Amenorrhoe. Empfehlung des Verfahrens.

Mucha (8). Ansteckung meist durch die Mutter bzw. die Pflegeperson. Klinisch ist bei der nicht gonorrhoischen Vulvovaginitis das Sekret spärlicher und zeigt mehr einen schleimigen Charakter. Wurden Gonokokken nicht mit Sicherheit gefunden, so wurden Kulturen angelegt; dabei ergab sich die Anwesenheit von Bact. coli, Staphylokokken, Streptokokken, Proteus u. a. Drei der Fälle des Verf. wiesen auf ausgesprochene Beschwerden in der Unterbauchgegend hin. Ob eine Erkrankung des Uterus vorlag, liess sich nicht entscheiden. Ein Fall, der zur Obduktion kam (Scharlach und Masern), zeigte die Erkrankung der Vagina in der ganzen Ausdehnung mit Einschluss des Schleimhautüberzugs der Vaginalportion des Uterus bei scharfem Absetzen der Entzündung am äusseren Muttermund. Die Erkrankung des Uterus ist also selten. Therapie: Täglich Spülungen der Vagina mit $^1/_4$—$^1/_2$% Protargol oder 1 : 1000 $AgNO_3$ oder 1—3 : 1000 Hegonon. Bei zerstörtem Hymen Pinselung der Vagina mit $^1/_2$—2% Lapislösung. Die Urethritis wird mit Injektionen mit Hilfe eines Guyonschen Katheters behandelt. Vaccine hat keinen Erfolg. Dauer der Behandlung: 4—9 Monate. Bei der nichtgonorrhoischen Form genügen bei schleimiger Sekretion Sitzbäder und Arsenbehandlung.

Muret (9). Ausführliche Besprechung der klinischen und bakterioskopischen Symptomatologie. 2 Formen sind beschrieben, eine atrophische und eine pro-

liferierende katarrhalische. Differentialdiagnose: Akute Endometritis, senile Vaginitis, Ca des Kollum und des Korpus. Meist chronischer Verlauf. Therapie: Erleichterung des Sekretabflusses, antiseptische Intrauterinspülungen, Curettement mit Drainage.

Quisling (10). 20jähriges Mädchen, seit dem 15. Jahre regelmässig menstruiert. Im letzten Jahre wurden die Perioden mehr reichlich und lange dauernd. Sie wurde anämisch. Tonisierende Behandlung war von nur vorübergehender Wirkung. Nach Ausschabung des Endometriums Genesung. Mikroskopisch: sehr starke, adenomähnliche Wucherung des Epithels. Als ätiologisches Moment muss ihre Arbeit angesehen werden: 10 Stunden täglicher Arbeit im Stehen.

(Kr. Brandt.)

Samter (11). Empfehlung des Präparats, eines Mutterkorns, das in Tropfenform und für Injektionen in den Handel kommt.

Schönberg (12). Die Untersuchungen ergaben folgendes Resultat: 1. Man findet Veränderungen, die den Adler-Hitschmannschen Untersuchungen entsprechen; hier handelt es sich nicht um einen pathologischen Vorgang. 2. Andernfalls muss man glanduläre Hyperplasie und Hypertrophie der Corpusmucosa diagnostizieren, eventuell muss man an einer Endometr. fungosa (Olshausen) sterben. 3. Neben der akuten Endometritis kommt die chronische interstitielle Endometritis in Frage (Stromazellen mit Spindelform, Lymphozyten, Plasmazellen, eventuell Gefäss- und Drüsenveränderungen. 4. Bei einer Anzahl von Curettagen findet man anatomisch keine Veränderungen. Die Diagnose kann nur „Corpusmucosa“ lauten.

Schönberg (13). Kritik der Adler-Hitschmannschen Untersuchungen. Nachweis von Plasmazellen für die Diagnose der chronischen Endometritis nicht unbedingt notwendig.

Wagner (15). Die Diagnose lautete auf Myom, mit entzündlichen Veränderungen kompliziert. Wegen hoher Temperaturen wurde die Operation verschoben. Bei der 8 Tage später vorgenommenen Laparotomie kam der Uterusabszess zum Vorschein. In diesem Abszess war die Appendix mit einbezogen, vielleicht war dies überhaupt das Primäre. Während der Operation Exitus an Luftembolie.

Wiederum ist das histologische Bild der Uterusschleimhaut Gegenstand der Forschung gewesen. Aschheim (1) hat auf lipoide Substanzen untersucht und fand solche in 10% im Intervall und in 7,5% im Intermenstruum. Christides und Besse (3) haben ihre Studien an der curettierten Uterusschleimhaut unternommen. Schönberg (12, 13) kritisiert die Adler-Hitschmannschen Untersuchungen. Der Nachweis von Plasmazellen für die Diagnose der chronischen Endometritis ist nicht unbedingt notwendig. Die klinischen und bakterioskopischen Symptome der Endometritis purulenta senilis werden von Muret (9) in einer längeren Arbeit besprochen. An diese Arbeit schliesst sich die von Brandt (2) über Pyometra im klimakterischen Alter eng an.

Auch die Erkrankungen des Myometriums wurden bearbeitet. Fischer (5) schildert einen Fall von Verblutung infolge chronischer Metritis. Wagner (15) fand nach einer Appendizitis einen Uterusabszess. Auf den Zusammenhang von Uteruserkrankung und Vulvovaginitis infantum kommt Mucha (8) zu sprechen.

Therapeutisch empfiehlt Franz (6) die Röntgenstrahlen, Samter (11) hat gute Erfolge mit Sekalysatum Bürger gesehen.

Schliesslich wurden Amenorrhoe und ovarielle Blutungen experimentell und in therapeutischer Hinsicht von Taitza (14) bearbeitet.

Anhang: Intrauterine Behandlung.

1. Boldt, H. J., Discission and Adjustment of an intra-uterine stem versus Dilation to overcome stenosis of the cervical Canal. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 14. p. 1000. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 852.
2. Bucura, Konstantin J., Zur Technik der intrauterinen Behandlung. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 6. 1914.
3. Girvin, John H., Spätfolgen der Curettage des Uterus. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 4. 1915. Oct. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 352.
4. Pfeiffer, Case of Prolapse of Sigmoid through Perforation in the uterus occurring during Curettage. The Amer. Journ. of Obst. June. Nr. 6. p. 1113.

Boldt (1) bildet das Simpsonsche Hysterotom ab, mit dem er beide Muttermundslippen diszidiert; darauf wird ein Hartgummistift, der auch abgebildet wird, eingelegt. Dieser muss, wenn Wirkung erzielt werden soll, 6 Wochen getragen werden.

Bucura (2) gibt ein besonderes Instrumentarium an, mit dem er sehr gute Erfolge aufzuweisen hat. Es handelt sich um eine Rekordspritze, die statt der Nadel einen sehr spitz zulaufenden Metallkonus hat. Auf diesen Konus ist ein Ureterenkatheter befestigt, der dünner sein muss als der Cervixkanal und ca. 11 cm lang ist.

Girvin (3) warnt vor zu laxer Ausführung der Abrasio.

Pfeiffer (4). Laparotomie, im Bauch flüssiges Blut. Darmresektion ca. 8 Zoll. Anastomose End zu End. Störungen in der Wundheilung durch eine Fistel. Der Uterus selbst wird nach Schliessen des Loches zurückgelassen. Heilung.

---

4. Lageveränderungen des Uterus.

a) Allgemeines, Anteflexio.

1. Hutchins, Henry T., The Rôle of the anteposed Uterus in the causation of backache and pelvic Symptoms. The Journ. of the Amer. Assoc. Nr. 13. p. 940.

Hutchins (1). Zwei Ursachen gibt es für jene Beschwerden: 1. Verlagerung des Uterus mit begleitendem Descensus und 2. Verstopfung der Ovarialvenen. Differentialdiagnostisch lassen sich beide Möglichkeiten folgendermassen unterscheiden: Verf. legte auf 48 Stunden einen Tampon in die Scheide zur Stütze des Uterus nach vorn. Verschafft dies der Pat. Erleichterung, so kommt erstere Ursache in Betracht; die wirksamste Therapie ist die Einlage einer geeigneten Stütze. Bei negativem Erfolg ist Verf. für Operation, d. h. Entleerung der überfüllten Ovarialvenen, die den Druck des Bauchfells gegen die Beckenwand verursachen.

b) Retroflexio uteri.

1. Allen, J. M., Operation for bachward and downward Displacements of Uterus. St. Johnsbury. Vol. 1. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. Nov. 23. Nr. 5. p. 618.
2. Bissel, Dougal, Surgical replacement of the Retroposed Uterus. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 1. p. 1.
3. Clagett, A. N., Retroversion des Uterus. Ein vorläufiger Bericht über eine Operation am Lig. rotundum. New York Med. Journ. Vol. 102. Nr. 25. Dez. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 575.
4. Hartmann, J. P., Pessarbehandlung. Ugeskr. f. Laeger. 1914. Nr. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 576.
5. Jacoby, A., Retroversio-Retroflexio. Med. Rec. 12. 2. p. 281.
6. Iuge, J. M., Correction of chronic Uterine Displacements. Texas State Journ. of Med. Fort Worth. February. 11. Nr. 10. p. 515.
7. Kruszynski, Max, Die Kombination der Laparotomie mit dem Alexander-Adams und seine Dauerresultate. Wien. klin. Wochenschr. 15. Nr. 43—49. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. p. 575.

8. Meissner, Adolf, Über Spätresultate bei Retroflexio-Operationen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1. p. 22.
9. Neel, J. C., Retrodisplacements of Uterus with Especial Reference to Their Causation and New Method of Treatment. Californie State Journ. of Med. Sept.
10. Pissarenko, M., La Retroflexion de l'uterus après l'accouchement. Genève 1914. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Avril, Mai, Juin. p. 172.
11. *Reynolds, Expedient for Radical Cure of Some Retroversions. Boston. Med. and Journ. p. 830. (Behandlung im frühen Wochenbett empfohlen.)
12. Spaeth, Demonstration eines bei der Operation (Alexander-Adams) abgerissenen Lig. rotundum. Geburtsh. Ges. zu Hamburg. 10. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 996.
13. Sturmdorf, Arnold, Congenital and acquired Retroposition of the Uterus. Their Differentiation and relative Significance. Amer. Journ. of Obst. Nr. 3. p. 386.
14. Walter, Hans, Über Dauererfolge bei der intraperitonealen Ligamentverkürzung nach Menge. Inaug.-Diss. Jena. August.
15. Walthe, Heinrich, Über Spätresultate der Operationen bei Rückwärtslagerung der Gebärmutter. Inaug.-Diss. Strassburg. Juni.
16. Williams, Philipp P., Die Ursachen der Retroflexio uteri. Amer. Journ. of the Med. Science. Nr. 521. Aug. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 574.

Bissel (2) wendet sich gegen die bei der Retroflexion gewöhnlich angewandten Methoden. Seine Erfahrungen dabei sind nicht gut. Er macht folgendes Verfahren: Verkürzung der Lig. rot. und Verengerung der breiten Ligamente. Keine Vereinigung der peritonealen Oberflächen, sondern der muskulären Elemente. Bei grossem und schwerem Uterus suspendiert er denselben. Er führt die Naht durch den rechten Rektus und das Peritoneum nahe dem spitzen Wirbel der abdominalen Wunde, sodann durch den linken Rektus zurück, wenn das Peritoneum geschlossen ist. Verf. hat während 13 Jahre 185 Fälle danach operiert. Seine Erfahrungen sind dabei ausgezeichnet.

Clagett (3). Durchtrennung des Lig. rotundum. Der distale Stumpf wird durch ein Loch im Uterus durchgesteckt und an der Hinterwand fixiert.

Hartmann (4). Ein gewisser Grad von Suffizienz des Beckenbodens ist nötig, um dem Pessar die erforderliche Stütze zu geben. Runde Ringe wirken nicht so günstig, wie die zapfenförmigen, quergestellten Pessare. Tägliche Ausspülungen. Von Gummiringen wurde nie Druck bemerkt. Pessarbehandlung soll nur Notbehelf sein; weitmöglichste Durchführung der operativen Therapie.

Kruszynski (7). Resultate der Küstnerschen Klinik (Breslau). Küstnerscher Querschnitt, von diesem aus über der Faszie Alexander-Adams. Ausgezeichnete Dauerresultate, wie die Nachuntersuchungen des Verf. zeigen.

Meissner (8). 135 Fälle wurden nachuntersucht. 15 Rezidive, 8 nach Alexander-Adams und 7 nach Ventrifixur. 82 mal wurde der Alexander-Adams gemacht, also hierbei 9,75% Rezidive, bei Ventrifixur 14%. Hernienbildung in 6 Fällen. 73 Frauen wurden p. op. wieder schwanger, bei 8 von ihnen wurde ein Rezidiv festgestellt. In 20 Fällen kam es zur Unterbrechung der Schwangerschaft, in 2 Fällen sind Frühgeburten vorgekommen. Die Alexander-Adamssche Operation ist, quoad Rezidiv die bessere. Bezüglich der Technik der Ventrifixur schlägt Verf. vor, den Seidenfaden in der Bauchhöhle zu knoten, da der Seidenknoten im Bindegewebe zwischen Faszien und Haut Eiterung verursachen kann.

Unter 258 Fällen hat Pissarenko (9) 11 mal die Retroflexion konstatiert, gleich 4,2%.

Spaeth (12). Da mit einer Blutung gerechnet werden musste, wurden die beiden Schnitte zu einem Lappenschnitt vereinigt. Faszienquerschnitt, Eröffnung der Bauchhöhle, Umstechung der blutenden Stelle. Heilung.

Sturmdorf (13). Die Retroflexio einer Nullipara, die nicht durch Entzündung oder andere bekannte Ursachen entstanden ist, kann als angeboren betrachtet werden. $^{1}/_{5}$ aller Retroflexionen sind angeboren. Verf. ist Gegner

der Operation bei Retroflexion, er hält es einzig allein mit der orthopädischen Methode, Einlegung eines Pessars.

Diskussion zu Sturmdorf: Bissell, Ward, John van Doren Young, Braun, Bandler, Sweeny.

Williams (16). Ätiologie: Erschlaffung der Ligamente durch vorangegangene Geburten und entzündliche Veränderungen. Trauma spielt keine Rolle, meist finden sich bei Anamnese und Untersuchung Tatsachen, die die Retroflexio viel ungezwungener erklären als das Trauma.

Mit den anatomischen bzw. den mechanischen und dynamischen Ursachen der Retroflexion beschäftigen sich die Arbeiten von Jacoby (5), Williams (16) und Neel (9). Sturmdorf (13) hält $^1/_5$ aller Retroflexionen für angeboren, er ist Gegner der Operation.

Über die Beziehungen von Schwangerschaft bzw. Geburt und Retroflexion lässt sich Pissarenko (10) in einer Arbeit aus. Er fand die Rückwärtslagerung in 4,2$^0/_0$ der Fälle. Die Arbeiten über die Behandlung sind wieder zahlreich: Juge (6), Allan (1), Bissel (2) und Clagett (3) geben eigene Methoden an. Kruszynski (7) berichtet über die Ergebnisse der Kombinationsoperation: Laparotomie und Alexander-Adams. Die Resultate sind sehr gute.

Spaeth (12) teilt einen Misserfolg bei der Alexander-Adamsschen Operation, das Abreissen des Lig. rotundum, mit.

Über Pessarbehandlung schreibt Hartmann (4). Er steht auf dem Standpunkt der Operation; die Pessarbehandlung soll nur Notbehelf sein.

Schliesslich beschäftigen sich noch eine Anzahl Arbeiten, Meissner (8), Walter (14) und Walthe (15) mit den Dauererfolgen bzw. Spätresultaten nach Retroflexionsoperationen.

a) Prolapsus uteri.

1. Feyerabend, H., Resultate der Interpositio uteri (Schauta) beim Prolaps. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Juni. Heft 6. p. 527.
2. Fitzgibbon, G. Dublin, Etiology of Uterine Prolapse and Cystocele. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. July 23. Nr. 1. Ref. Journ. of the Amer. Assoc. Nr. 3.
3. Fottrigill, Über Falschbehandlung des Genitalprolapses. Lancet. p. 301.
3a Frank, Louis, The Interposition Operation of Watkins-Wertheim. In the Treatment of Cystocele and Prolapsus uteri. The Am r. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 74. Nov. Nr. 5.
4. Gammeltoft, Lokalanaesthesi ved Prolaps operationer (Lokalanästhesie bei Prolapsoperationen). Disc. bemerk. zum Vortrag im Nord. Ges. Kopenhagen. Ref. Hospitalstidende. p. 32—33. (O. Horn.)
5. Geiger, Georg, Über die Dauerresultate nach der Wertheim-Schautaschen Prolapsoperation. Auf Grund der Fälle der Münchener Frauenklinik von 1907—1916. Inaug.-Diss. München. Nov.
6. Gräfe, Bericht über einen Fall, bei dem trotz Operation nach Wertheim mit Sterilisation Schwangerschaft eingetreten ist. Verein d. Ärzte in Halle a. S. 29. März. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 21. p. 758.
7. Huggins, R. R., Tissue toue as an index to vital Resistance with special Reference to Prolapse of the uterus. Amer. Journ. of Obst. Nr. 4. p. 674.
7a. Josephson, C. D., Riesenvorfall bei chondrodystrophischer Zwergin. Verh. d. obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. schwed. Ärzte. 1916. (Silas Lindqvist.)
8. Muret, M., Hystéropexie abdominale directe et puerperalité. Soc. d'obst. et de gyn. de la Suisse romande. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Avril, Mai, Juin. p. 171.
9. Pascal, Alexandre, Traitement du Prolapsus utérin. La Presse méd. Nr. 41. p. 323.
10. *Rosner, A., Die Ätiologie der Genitalienvorfälle bei der Frau und die gynäkologische Untersuchung. Przegl. lek. Bd. 55. Nr. 7. Krakau. (An der Hand der Arbeit von Halban und Tandler kommt Verf. zur Überzeugung, dass das Abtasten des Beckenbodens bei jeder gynäkologischen Untersuchung unbedingt auszuführen sei. Die Arbeit enthält praktische Winke zur einfachsten Funktionsprüfung der Dammmuskulatur.) (v. Gromadzki.)

11. Rossier, H., Die Methoden der Uterusfixation und ihre geburtshilflichen Folgen. Revue méd. de la Suisse romande. Jubil.-Heft für C. Roux. 18. Nov. 1915.
12. — M., Opérations successives pour prolapsus vaginal et utérus. Soc. d'obst. et de gyn. de la Suisse romande. 14 Mai 1914. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Avril, Mai, Juin. p. 170.
13. Schwabe, Lorenz, Beitrag zur Prolapsoperation nach Neugebauer-Le Fort. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 5 u. 6. p. 396 u. 468.
14. Thaler, H., Prolaps bei jugendlicher Nullipara mit Spina bifida occulta. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien. 16. Mai. Ref. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1121 und gynäkol. Rundschau. Heft 13. 14. p. 228.
15. Vineberg, H. N., Die vaginale supravaginale Hysterectomie gegen Vorfall und grosse Cystorectocele in Verbindung mit chronischer Fibrosis des Uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 21. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 576.
16. Wertheim, E., Technik der operativen Behandlung der Genitalprolapse und Retrodeviationen des Uterus. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien. Dez. 1915, Jan. 1916. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19. p. 592.

Feyerabend (1) gibt in ihrer Arbeit zunächst einen Überblick über den Wechsel der Ansichten über die Ätiologie des Prolapses und seiner operativen Behandlungsmethoden. Die Theorie von Halban und Tandler, die das ätiologische Moment lediglich in einer Insuffizienz des Beckenbodens suchen, musste der nun fast allgemein anerkannten Ansicht Küstners weichen, der als ätiologisches Vorstadium des Prolapses die Retroversioflexio und die Alteration des Beckenbodens nur als komplizierenden Nebenumstand ansieht. Die von ihm gewählte Operationsmethode, die Kombination von Antefixation (Ventrifixur) und Dammplastik, hat durch ihre Erfolge die Richtigkeit seiner Ansicht zur Genüge bewiesen. Später wurden dann auch die übrigen antefixierenden Operationen, wie Alexander-Adams, Fixation der Ligg. rotunda an die Scheide, Verkürzung der Ligg. sacro-uterina etc. in Verbindung mit Dammplastiken zur Prolapstherapie herangezogen. Die letzte dieser Methoden, die Dührssen-Mackenrodtsche Vaginafixur und H. A. Freunds geniale Idee, den Uterus in die Vagina hinabzuziehen und umfängliche Fisteln mit ihm zu decken, haben schliesslich eine neue Operationsmethode ins Leben gerufen, die vielfach — besonders von Fritsch und Wertheim — modifiziert, in der von Schauta angegebenen und als Interposition bezeichneten Form von der Breslauer Univ.-Frauenklinik akzeptiert und vielfach ausgeführt wurde, in den weitaus meisten Fällen in Verbindung mit Dammplastiken und, wenn nötig, mit Tubenresektionen und Portio-Amputationen. Verf. hat 40 Fälle, 27 durch persönliche Nachuntersuchung, die übrigen durch ausführliche Fragebogen, nachgeprüft:

Von den 40 Fällen, bei denen zwischen Operation und Nachuntersuchung mindestens 3 Monate, höchstens 3 Jahre, liegen, sind 75% einwandsfrei geheilt. Bei 12,5% ist das Resultat noch unbestimmt und erst durch eine spätere Nachuntersuchung festzustellen. 5% sind rezidiviert, und 7,5% nach der Operation ad exitum gekommen, und zwar an Peritonitis, Lungenembolie bzw. sekundär vereiterten Hämatomen.

Fitzgibbon (2). In der Ätiologie des Prolaps spielt der Defekt der Beckenfaszie seitlich und vor der Cervix die Hauptrolle. Die Zerreissung des Damms und des Levator ani sind nebensächlich. Therapeutisch muss man für eine kreuzweise Vereinigung des Diaphragmas Sorge tragen.

Gräfe (6) empfiehlt die Operation nicht bei Frauen in gebärfähigem Alter.

Muret (8) hat nur gute Resultate gesehen. Die Annähung macht er tief am Uterus und der Bauchwand. Die Naht selbst ist eng und oberflächlich. Muret hat niemals eine Sectio zu machen notwendig gehabt.

Huggins (7) mahnt zur Vorsicht bei Prolaps-Operationen. Dadurch, dass bei Prolapskranken häufig Gewebs-Schlaffheit und schwache Herztätigkeit vorkomme, sei die Operation nicht ungefährlich und habe schon zu Todesfällen post operationem geführt. Er rät besonders bei Patientinnen mit Prolaps, vor der

Operation zunächst das Augenmerk auf Hebung des Allgemeinbefindens zu lenken und genaueste innere Untersuchung anzustellen, eventuell mit Röntgen und durch Kardiographie, bei schlechtem Befund lieber von einer Operation abzusehen und auch stets sonst dasjenige anästhetische Mittel anzuwenden, welches die geringsten Ansprüche an die Herztätigkeit stelle.

Pascal (9) schlägt folgende Verfahren vor: 1. Bei Retroversion Alexander-Adams, Doléris oder Ventrifixur. 2. Bei Prolaps mit Cystocele bei Frauen von 40 Jahren die vesiko-vaginale Interposition. 3. Bei Prolaps mit atrophischem Uterus, schlaffen Vaginalwänden und klaffender Vulva Operation nach Kocher oder Murphy. 4. Besteht noch eine Cystocele dabei, so soll die vaginale Totalexstirpation gemacht werden mit medianer Vereinigung der breiten Ligamente und einer Perineoplastik. 5. Besteht ein Prolaps bei total exstirpierten Patientinnen, so muss man die ganze Vagina exstirpieren und die Vulva vernähen oder bei jüngeren Frauen die Vaginiventrifixur ausführen. (Abbildungen von vaginal ausgeführten Operationen.)

M. Rossier (12). Nach Vaginifixur musste bei der nächsten Geburt der abdominale Kaiserschnitt gemacht werden.

Schwabe (13). Eingehende Schilderung der einschlägigen Literatur, sowie der Original-Operationsmethode. Im Basler Frauenspital wurden 1907—15 31 Frauen nach N.-L. F. operiert. Nachuntersuchung bei 14 Frauen persönlich, 10 Frauen gaben schriftlich genügend Auskunft. Ergebnis: 0% ausgebildete Rezidive, 14,5% nicht total geheilt, 85,7% ganz einwandfreie Heilungen. Statistische Vergleiche mit den andern Operationen ergaben die Brauchbarkeit der N.-L.-F.-Operation. Nachteile der Operation: Schwierige Blutstillung, grosse Infektionsgefahr. Möglichkeit von Embolien und Thrombosen. Eventuell Auftreten von Blasenbeschwerden. Bedingungen für die Operation sind Zugängigkeit der Vagina und Reponierbarkeit des Prolapses.

Thaler (14). Patientin ist geistig imbezill, seit 2 Wochen wird der Vorfall gemerkt. Äusserlich ist die Sakralgegend normal. Das Röntgenbild zeigt das Bestehen einer rudimentären Rhachischisis in Form einer Spaltbildung im Bogen des ersten Sakralwirbels. Untere Extremitäten normal. Nervensystem auch ohne Besonderheiten, jedoch früher Enuresis nocturna, Imbezillität, träge Lichtreaktion der exzentrischen Pupillen. Die Levatorränder gut tastbar. Therapeutisch wurde eine ausgiebige Kolporrhaphie mit Vereinigung der Levatorränder gemacht. Diskussion Latzko Wertheim.

Vineberg (15). Amputation des Korpus auf vaginalem Wege, Fixation der Cervix an der Fascia subpubica als Polster für die Blase.

Wertheim (16). Befestigung der Portio an den beiden Ligamenten. Operation: Eröffnung des Cavum peritonei vom vorderen Scheidengewölbe aus, die Lig. sacro-uterina werden vereinigt, auf dieser so gebildeten Schlinge wird die Portio fixiert. Schliesslich Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes und Luxierung der Portio in den Douglas. Herabziehen der hinteren Scheidenwand über die Portio und Annähen an ihre frühere Ansatzstelle.

Die Ätiologie bespricht Fitzgibbon (2). Der Defekt der Narbenfaszie seitlich und vor der Cervix spielt nach ihm die Hauptrolle.

Einen Fall von Prolaps bei jugendlicher Nullipara beschreibt Thaler (14). Hier kombinierte sich der Prolaps mit einer Spina bifida. Den breitesten Raum nehmen die Behandlungsarten des Prolapsus ein. Pascal (9) schildert die einzelnen Verfahren, die er unter ganz bestimmten Bedingungen anwendet. Vineberg (15) macht die vaginale, supravaginale Hysterektomie. Schwabe (13) redet der Operation nach Neugebauer-Lefort das Wort. Schliesslich wird auch die Wertheimsche Prolapsoperation mehrfach behandelt. Geiger (5), Frank (3a), Feyerabend (1). Zur Vorsicht bei Prolapsoperationen, dadurch, dass häufig Gewebsschlaffheit und schwache Herztätigkeit bei Prolaps-

kranken vorkommt, mahnt Huggins (7). Über Falschbehandlung spricht Fottrigil (3).

Schliesslich werden noch die Folgen, die nach einer Prolapsoperation für eine eventuelle Schwangerschaft und Geburt auftreten können, ins Auge gefasst (Rossier (11, 12), Muret (8), Gräfe (6).

5. Sonstiges.

1. Brindeau, A., Utérus et Trompes contenus dans une Hernie inguinale chez un homme. Arch. mens. d'obst. et de Gyn. Avril, Mai, Juin. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 9. p. 706.
2. *Mc Connel Guthrie, Vincents Bazillen in the Cervix. New York Med. Journ. New York August 12. 104. Nr. 7. p. 300.
3. Keyser, T. S., Ein durch Syphilis verursachter Fall von Urinverhaltung ohne andere Symptome. Cleveland med. Journ. Vol. 14. Nr. 12. 1915. Dez. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 632.

Brindeau (1). Es handelt sich um einen 35jährigen Soldaten, der wegen einer Hernie zur Operation kam. Man fand einen gut entwickelten Uterus, beide Tuben, beide Hoden, von denen einer grösser, einer kleiner als normal waren, beide Nebenhoden mit den Vasa deferentia und beide Lig. rotunda. Auch die Lig. lata waren angedeutet. Der kleinere Hoden wurde entfernt, da er Schmerzen verursachte, der Uterus wurde zum Verschluss des Leistenkanals benutzt. Ähnliche Fälle aus der Literatur werden mit Abbildungen zum Schluss mitgeteilt.

Keyser (3). 57jährige Patientin; mit 30 Jahren Syphilisinfektion, danach Behandlung. Mit 51 Jahren Erschwerung der Miktion; keine Inkontinenz. Befund: Harnwege durchgängig. Balkenblase 100 ccm Restharn; 850 ccm Fassungsvermögen. Lumbalpunktat 14 Zellen, Eiweiss —, Wassermann ±. Vielleicht handelt es sich um ein Frühsymptom einer Tabes dorsalis. Schliesslich weist Verf. auf den nicht so seltenen Befund einer Balkenblase bei einer durch Schädigung der Rückenmarksbahnen verursachten Miktionsstörung hin.

V.

Vagina und Vulva.

Referent: Prof. Dr. Ludwig Knapp.

Vagina.

1. Affektionen des Hymen, Bildungsfehler der Scheide, angeborene und erworbene Gynatresien.

1. Ekkert-Petersen, Fall von totaler Ectopia vesicae mit Defekt der Vagina usw. Ugerskr. f. Laeg. Nr. 28. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.

1a. Eschen, Del Tilfalde af Atresia vaginae. (Ein Fall von Atresia vaginae.) Jütländ. med. Ges. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 2150—52. Kopenhagen. (Operiert, Lappen von den Oberschenkeln; Resultat gut.) (O. Horn.)

2. Eunike, Über Hernia uteri inguinalis bei unvollkommener Entwicklung der Genitalien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
3. Felix, W., Die Missbildungen der Müllerschen Gänge und ihrer Abkömmlinge. Festschrift, Zürich 1914. Ref. Gyn. Rundsch. Heft 18.
4. Fellenberg, v., Über Scheidenplastik bei kongenitalem Defekt. Schweiz. Rundsch. f. Med. 1915. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
5. Fonyó, Kaiserschnitt wegen totaler narbiger Verwachsung der Vagina. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
6. v. Franqué, Haematometra und Haematocolpos lateralis. Deutsche med. Wochenschr. 1915. Nr. 29. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
7. Georgescu, Zwei Fälle von angeborenem Mangel der Scheiden und Gebärmutter. Vaginoplastik mittelst Dünndarms. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32.
8. Kopelowitz, L., Über künstliche Vaginalbildung bei kongenitalem Defekt mit Bericht über einen weiteren Fall. Inaug.-Diss. Bonn. (Ein erfolgreicher Fall.)
9. Meissner, E., Zum jetzigen Stande der künstlichen Scheidenbildung. Inaug.-Diss. Strassburg. (Literaturübersicht.)
10. Montgomery, E., Chirurgische Behandlung bei Vaginalaplasie. Med. Soc. of the State of Pennsylvania. Ref. Journ. Amer. Assoc. X.
11. Rockey, A. E., Doppelter Uterus und Vagina nebst Angabe einer neuen blutlosen Operation zur Beseitigung der Missbildung. Annal. of Surg. Vol. 63. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
12. Rosenstein, Zum Ersatz der fehlenden Scheide. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1727.
13. Türschmidt, Kongenitale Gynatresie. Przegl. lek. Nr. 4. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26.
14. Ward, The construction of an artificial vagina. Surg., Gyn. and Obst. 1915. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.

2. Lageveränderungen der Scheide. Plastische Operationen.

1. Boldt, H. J., Uterusprolaps. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 168.
2. Bumm, Collifixatio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr 29.
3. Dickinson, Nutzlosigkeit und bestimmte Grenzen der Pessarbehandlung der Retroversion und des Prolaps. Med. Ges. von New York. 16. Mai. Journ. Amer. Med. Assoc. p. 2122.
4. v. Dowen Joung, Sakrale Suspension des Uterus. Med. Ges. d. Grafschaft New-York. 25. Okt. 1915. Ref. Med. Rec. 1915. p. 979.
5. Du Bosc, Abdominal Operation for Cure of Cystocels. Surg., Gyn. and Obst. XXIII. p. 727.
6. Dührssen, Operative Künsteleien bei Scheiden- und Gebärmuttervorfällen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr 35.
7. Ebeler, F., Prolaps und Spina bifida occulta. Festschr. d. Akad. f. prakt. Med. in Köln. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 160.
8. Eversmann, Völliger Prolaps der vorderen Scheidenwand in der Eröffnungsperiode. Zentralbl. f. Gyn. p. 281. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 18.
9. Fehim, F., Über die operative Heilung grosser vaginaler Enterocelen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
10. Fehling, H., Scheidenplastik. Unterelsässer Ärzteverein Strassburg. Deutsche med. Wochenschr. p. 1273.
11. Feyerabend, Die Resultate der Schauta-Wertheimschen Interposition bei Prolaps. Gyn. Ges. in Breslau. 7. Dez. 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 5 bis 6 und Diss. Breslau. (Dasselbe als Originalartikel ebendort.)
12. Fitzgibbon, The etiology of uterine prolapse and cystocele. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 7.
13. Flatau, Die Ausschaltung der Fossa vesico-uterina aus der Bauchhöhle. Ein neuer Weg zur Verhinderung des Prolapsrezidivs. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
15. Fothergill, Über Falschbehandlung des Genitalprolaps. Lancet, p. 301. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 35.
16. Frank, Plastische vaginale Operationen der Cystorektocele und des Uterusprolaps. Med. Ges. in New-York. 16. Mai. Journ. Amer. Med. Assoc. p. 2122.

17. v. Franqué, Carcinoma vaginae und Prolaps usw. Deutsche med. Wochenschr. 1915. Nr. 29. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.
18. — Traubiges Scheidensarkom des Kindes. Deutsche med. Wochenschr. 1915. Nr. 54. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.
19. — Spaltbecken mit Blasenektopie und Prolaps. Zentralbl. f. Gyn. p. 365. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 18.
20. Gallant, Entfernung des störenden nutzlosen Uterus. New York med. Journ. 11. März.
21. Geiger, G., Über die Dauerresultate nach der Wertheim-Schautaschen Prolapsoperation. Diss. München.
22. Grecher, M., Über Splanchnoptose. Samml. klin. Vortr. 254/5.
23. *Hartmann, H., La Hernie vaginale et son traitement. Ann. de gyn. Tome 12. p. 351.
24. — J. P., Pessarbehandlung. Ugeskr. f. Laeger. 1914. Nr. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 576.
25. Heil, Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochenbettes. Übersichtsbericht. Gyn. Rundsch. p. 375f.
26. Hofmeier, M., Zur Frage der Prolapsoperation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1695.
27. Josephson, C. D., Einzelheiten bei der Operation wegen Scheiden- und Gebärmuttervorfall. Hygiea 1915. p. 307. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 3.
28. Judd, J. R., Uterusprolaps ungewöhnlichen Ursprunges. Surg., Gyn. and Obst. XXI. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 168.
29. Keyes, A. B., Primärer Prolaps der Scheide mit Elongation der Cervix im Verhältnis zum Uterusprolaps; primär oder sekundär. Amer. Journ. of Obst. LXXII. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.
30. Krikham, Inversio uteri nebst Bericht über einen Fall kompletter Inversion mit Prolaps. Amer. Journ. of Obst. LXXII. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 168.
31. Mathes, Operative und orthopädische Behandlung bei Prolaps und Hängebauch. Wissensch. Ärztegesellsch. in Innsbruck. 9. Juli 1915. Ref. Wien. klin. Wochenschr. 1915. p. 1400.
32. Nijhoff, Scheidenvorfall. Nederl. Tijdschr. II. p. 973. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 5.
33. Nijhoff-Mesdag, Akute Inversion des puerperalen Uterus. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 6.
34. Nynlasy, Observations on uterine displacements. Surg., Gyn. and Obst. XXII. Nr. 1.
35. Reusch, Puerperale Uterusinversionen. Zentralbl. f. Gyn. p. 33.
36. Rosner, Der Prolaps nulliparer Personen und der muskulöse Beckenboden. Gyn. Rundsch. Heft 21.
37. Schwabe, L., Beitrag zur Prolapsoperation nach Neugebauer-Le Fort. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 5.
38. Sippel, Eine neue Operationsmethode des Mastdarmvorfalls der Frau. Fortschr. d. Med. Nr. 21. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 877.
39. Smead, The transposition of the bladder and uterus for the cure of cystocele and descensus uteri. Amer. Journ. of Obst. Nr. 1.
40. Stephan, Über die Ätiologie der Inversio uteri bei Prolaps. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 1. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 4.
41. Sturmdorf, A., Methoden und Resultate der tracheloplastischen Methoden. Med. Ges. d. Grafschaft New-York. 25. Okt. 1915. Ref. Med. Rec. 1915. p. 979.
42. Thaler, H., Prolaps bei jugendlicher Nullipara mit Spina bifida occulta. Geburtsh.-gyn. Gesell. Wien. 16. Mai. Ref. Gyn. Rundsch. Heft 14. Zentralbl. f. Gyn. p. 492.
43. Vineberg, Hysterectomia vaginalis subtotalis bei Vorfall, Cystorectocele usw. Med. Ges. von New-York. 16. Mai. Journ. Amer. Med. Assoc. p. 2122. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 576.
44. Weibel, Über Schwangerschaft und Geburt nach Interpositio uteri vesico-vaginalis. Arch. f. Gyn. Bd. 105. p. 65.
45. Watkins, Th., Prolapsus vesicae et uteri. Med. Ges. von Südwest. 12. Okt. 1915. I. Amer. med. Assoc. 1915. p. 1943.

46. Wertheim, E., Über die Suspension der Portio vaginalis bei Genitalprolaps. Geburtsh.-gyn. Ges. zu Wien. 14. Dez. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 105.
47. — Zur Technik der operativen Behandlung der Genitalprolapse usw. Zentralbl. f. Gyn. p. 1.
48. Young, Sacral suspension of the uterus. Amer. Journ. of Obst. Nr. 2.

Hartmann (23) beschreibt einen Fall von echter Hernie des Douglasschen Raumes, der bei Erhaltung des Dammes und des untersten Teiles der Scheide von oben her sich aus dem Scheideneingang hervorwölbte. Er exstirpierte den Bruchsack und vernähte eng den Douglasschen Raum. Trotz einer darauffolgenden Schwangerschaft und Geburt blieb die Kranke geheilt.

3. Neubildungen der Scheide, Zysten.

1. Adler, L., Morphologische Kennzeichen für die Radiumempfindlichkeit der Karzinome der weiblichen Genitale. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
2. Ahlström, Myomata vaginae. Hygiea 1915. p. 538. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 3.
3. Benthin, Eine folgenschwere Hautinfektion mit hämolytischen Streptokokken. Zentralbl. f. Gyn. p. 193.
4. Bumm, E. und P. Schäfer, Erfahrungen über die Strahlenbehandlung der Genitalkarzinome. Arch. f. Gyn. Bd. 106. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
5. Driessen, Carcinoma vaginae. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. XX. Heft 3. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 5.
8. Eisenberg, A. B., Kongenitales Sarkom der Vagina. Proceed. N. Y. Pathol. Soc. Vol. 15. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 459.
9. Flatau, Erfahrungen über die Strahlenbehandlung des weiblichen Genitalkarzinoms. Ärztl. Ver. in Nürnberg. 3. Febr. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1269.
10. v. Franqué, Siehe unter 3.
11. van der Hoeven, Zur Operation des Scheidenkrebses. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. XX. Heft 3. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 15.
12. Hofmeier, Scheidenkarzinom. Demonstr. Würzb. Ärzteabend. 29. Febr. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1015.
13. Jacobsberg, A., Über Knochenmetastasen bei primärem Vaginalkarzinom. Diss. München.
14. Jung, Chorionepitheliom mit faustgrossen Metastasen in der Scheide. Ref. Gyn. Rundsch. Heft 21.
15. Krönig, B., Grenzverschiebungen zwischen operativer und nichtoperativer Therapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Festsitzg. d. med. Ges. in Freiburg. 30. Nov. 1915. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 3.
16. Latzko, Metastase eines Korpuskarzinoms unter dem Bilde eines paraurethralen Abszesses. Geburtsh.-gyn. Ges. in Wien. 14. Okt. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 107.
17. Levin, J., Primäres Karzinom der Vagina, behandelt mit Radium und Röntgenstrahlen. Med. Rec. LXXXVI. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 123.
18. Martin, A., Die Entwicklung der Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 2.
19. Schäfer, Ergebnisse der Bestrahlungstherapie weiblicher Genitalkarzinome. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
20. Shoemaker, G. E., Primäres Urethrakarzinom. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 22. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
21. Veit, Genitalkanal mit 2 Metastasen von Korpuskarzinom in der Scheide. Ver. d. Ärzte in Halle a. d. S. 8. Dez. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 241.
22. Werner, Zwei Fälle von Myom im Septum vesico- bzw. urethro-vaginale. Zentralbl. f. Gyn. p. 698. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1327.

4. Ernährungsstörungen, Entzündungen der Scheide, Mastdarm-Scheidenfisteln.

1. Asch-Adler, Der diagnostische Wert der Gonokokkenvakzine. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 3.

2. Berg, Die vaginale Trockenbehandlung mit Bolus-Biozyme. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 14. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 17. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.
3. Birnbaum, Über eine Vereinfachung der Therapie im Bereich des weiblichen Genitaltraktus. Gyn. Rundsch. Heft 19.
4. Bollag, Ulcus gummosum vaginae et vulvae. Ref. Gyn. Rundsch. Heft 21.
5. Bucura, C., Zur Diagnose der Gonorrhoe beim Weibe. Wien. klin. Wochenschr. p. 317. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 633.
6. Burty, Über suburethrale Abszesse bei der Frau. Journ. de méd. de Paris. 1914. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 374.
7. Clark, Die Anwendung der Austrocknung in der Gynäkologie. Amer. Journ. of Obst. and Gyn. LXXII. Nr. 1.
8. Conaway, Case of Vesico-utero-vaginal Fistula and Rectovaginal Fistula. New Jersey Med. Soc. Journ. August.
9. Engelhorn, Eine Kolpitis crouposa bei einer 6—8 Wochen schwangeren Frau. Naturwissensch.-med. Ges. in Jena. 4 Nov. 1915. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 58.
10. Fischer, Mastdarmscheidenfistel bei Uteruskarzinom usw, Ärztl. Ver. in Frankfurt a. M. 1. Nov. 1915. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915. p. 1090.
11. Foskett, E., Ein Fall von Quecksilbervergiftung durch eine Scheidendusche. Amer. Journ. of Obst. Vol. LXXII. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 460.
12. Frank, Mastdarmscheidenfistel. Altonaer Ärztl. Ver. 29. März. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 719.
13. Frieboes, W., Erfahrungen bei Cholevalbehandlung der männlichen und weiblichen Gonorrhoe. Münch. med. Wochenschr. Nr. 22. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
14. Fürth, J., Über Ichthyol. Frauenarzt. Heft 3. Zentralbl. f. Gyn. p. 583.
15. Goedhart, C., Über chronische gonorrhoische Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1117f. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 5.
16. Gonorrhoebehandlung, Referat. Münch. med. Wochenschr. p. 1801.
17. Harada, F., Das Wesen der bakteriziden Reinlichkeit der Scheide. Amer. Journ. of Med. Obst. p. 243.
18. Hartmann, P., Experimentelle Untersuchungen über die Eingangspforten und die Ausbreitung der Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane. 11. Kongr. d. chir. Ver. in Gothenburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
19. v. Herff, Bemerkungen zur Moniliainfektion der weiblichen Genitalien (Kolpitis et Vulvitis mycotica). Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 14. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 718 u. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 27.
20. Hoehne, O., Trichomonas vaginalis als häufiger Erreger einer typischen Kolpitis purulenta. Zentralbl. f. Gyn. p. 5.
21. — Zur Behandlung der Trichomonas-Kolpitis. Zentralbl. f. Gyn. p. 113. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 9.
22. Kuznitzky, Über die Behandlung der Frauengonorrhoe mit Protargolsalbe. Münch. med. Wochenschr. Nr. 46.
23. Langenhagen, R. de, Einige Beobachtungen über die Scheidenausspülungen in der Gynäkologie. Journ. de méd. de Paris. 1914. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 459.
24. Mäder, J., Bakteriologische Untersuchungen des Genital- und Urethralsekrets mit besonderer Berücksichtigung der Gonokokken. Jena. Diss.
25. Maunu af Heurlin, Bakteriologische Untersuchungen der Genitalsekrete usw. Berlin 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 4?. Heft 4. Münch. med. Wochenschr. Nr. 11, 13. Zentralbl. f. Gyn. p. 87.
26. Mendel, Kohlensäurewundpulver zur vaginalen Pulverbehandlung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49 u. Wien. klin. Wochenschr. p. 1439.
27. Meyer, G., Über prophylaktische Jodtinkturdesinfektion der Scheide bei Kreissenden. Diss. München.
28. Mucha, siehe unter Vulva 2.
29. Nassauer, M., Der Ausfluss beim Weibe: Sieben Jahre vaginaler Pulverbehandlung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 8.
30. Norris, C., Diagnose und Behandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis bei Säuglingen und kleinen Kindern. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 633.
31. Pantoppidan, B., Prognose der Vulvovaginitis gonorrh. infantum. Hospitalstid. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.

32. Pruska, Die Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung in der Geburtshilfe. 5. Kongr. čech. Naturf. u. Ärzte. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 188.
33. Schönwitz, Über die Erfolge des Biozyme-Bolus in der gynäkologischen Praxis. Therap. d. Gegenw. Dez. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 123.
34. Sheap, W., Bacteriology of the vaginitis. Journ. of infect. dis. XV. p. 283. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 459.
35. Slingenberg, Vulvovaginitis gonorrhoica. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 753. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 5.
36. Sullivan, E., Ausdehnung und Bedeutung der Gonorrhoe in einem Korrektionshaus usw. Journ. of Amer. Med. Assoc. p. 95.
37. Trebing, Die Azetonal-Vaginal-Kapseln, ein neues kombiniertes Alsolpräparat für die Frauenpraxis. Zentralbl. f. Gyn. p. 779. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1519.
38. Wäthlen, J., Über die Histologie der eitrigen Salpingitis und ihre Beziehung zur Frage der Ätiologie. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. Bd. 59. Heft 2. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 22.
39. Weiss, A., Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen der Kolpitis granularis der Schwangeren und Gonorrhoe. Diss. Heidelberg. 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1.
40. Williams, Perineal condylomata during pregnancy. Amer. Journ. of Obst. 1915. Nr. 12.
41. Zacharias, E., Vaginale Trockenbehandlung mit Levurinose. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. Münch. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1455.
42. Zangemeister-Kirstein, Zur Frage der Selbstinfektion. Arch. f. Gyn. Bd. 104. Heft 1. Ref. Gyn. Rundsch. Heft 1 u. Münch. med. Wochenschr. Nr. 22.

5. Fremdkörper in der Scheide. Verletzungen der Scheide. Blutungen.

1. Bollag, Scheidenverletzungen sub coitu. Ref. Gyn. Rundsch. Heft 21.
2. Brunzel, siehe unter 6.
3. Chase, Blutung aus dem eingerissenen Hymen. Geburtsh. Ges. von Brooklyn. 5. Mai. Amer. Journ. of Obst. Sept. p. 514.
4. Rawls, Koitus-Verletzungen der weiblichen Genitalien; dazu ein Fall von vulvorektaler Fistel. Geburtsh. Ges. in New-York. March 14. Amer. Journ. of Obst. Aug. p. 284.
5. Schönbauer, L., Über Genitalverletzungen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 43.
6. Schubiger, Über Abortbehandlung und die dabei vorkommenden Verletzungen. Diss. Zürich 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1.
7. Strasser, O., Über den Befund von Oxyuris vermicularis im weiblichen Genitaltraktus mit einem neuen Fall aus dem pathologischen Institut zu Bonn. Inaug.-Diss. Bonn. 1915.

6. Dammrisse. Dammplastik.

1. Benzel, Zur Pudendusanästhesie in der Geburtshilfe. Münch. med. Wochenschr. Nr. 27. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
2. Brunzel, H. F., Zur Kasuistik der perforierenden Pfählungsverletzungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15.
3. Holländer, E., Bemerkungen zu den Artikel von S. Salus „Über mein erfolgreiches Vorgehen beim Dammschutz". Zentralbl. f. Gyn. p. 212.
4. Hussy, Dammrissoperation während des Puerperium. Geburtsh. Ges. von New-York. 11. Jan. Amer. Journ. of Obst. Juni. p. 1098.
5. Kudyschewitsch, Ch. W., Über Ätiologie, Häufigkeit und Heilung der Dammrisse in der Breslauer Poliklinik. Med. Blätt. Wien. p. 139.
6. Nagel, Über Dammplastik bei kompletter Ruptur. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1695.
7. Piscaček, Zum Vorschlage Hugo Salus' „Über mein erfolgreiches Vorgehen beim Dammschutz". Zentralbl. f. Gyn. p. 211.
8. Rudolph, Über den von mir empfohlenen Dammschutz. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
9. Salus, Über mein erfolgreiches Vorgehen bei Dammschutz. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3 und Erwiderung auf die Bemerkungen von Piscaček und Holländer usw. Zentralbl. f. Gyn. p. 260.

10. Sippel, siehe unter 2.
11. Spalding, Immediate Perineorrhaphy. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 2.
12. Sporleder, E., Über Sturzgeburten. Diss. Breslau.

7. Hermaphroditismus.

1. Baumgarten, A., Über Hermaphroditismus. K. k. Ges. d. Ärzte Wien. 10. Nov. Ref. Münch. med. Wochenschr. p. 1804 u. Wien. klin. Wochenschr. p. 1507.
2. Brindeau, Uterus und Tuben in der Inguinalhernie eines Mannes (Hermaphrodit). Arch. mens. d'obst. Avril-Juin.
3. Gimbry, W., Fall von Pseudo-Hermaphroditismus. Bemerkungen über abnormes Fungieren der endokrinen Drüsen. Bull. Johns Hopk. p. 50.
4. Halbstädter, S., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Deutsche med. Wochenschr. 1915. Nr. 44. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
5. Hirschfeld, K. und E. Burchhard, Ein Fall von Geschlechtsberichtigung bei einem drei Monate alten Kinde. Zeitschr. f. sexualwissensch. Wochenschr. 1. Heft 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
6. Karstens, H., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Diss. Königsberg. 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1.
7. Pick, L., Über den wahren Hermaphroditismus des Menschen und der Säugetiere. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42.
8. Quiby, W., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus, mit Bemerkungen über abnorme Funktion der endokrinen Drüsen. Johns Hopk. Hosp. Bull. Febr. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 42.
9. Socquel, J., Ein Fall von Hermaphroditismus. Journ. de méd. de Paris. 1917. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
10. Syassen, Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Inaug.-Diss. München.
11. Thaler, Menstruatio praecox und Pseudohermaphroditismus femininus bei einem 5jährigen Mädchen. Geburtsh.-gyn. Ges. in Wien. 20. Juni. Ref. Gyn. Rundsch. Heft 22 u. Zentralbl. f. Gyn. p. 603.
12. Wessel, J., Der menschliche Hermaphroditismus, sein Wesen und seine Ätiologie. Diss. Breslau.

Vulva.

1. Bildungsfehler, angeborene Anomalien.

1. v. Rottkay, Die Hyospadie beim Weibe. Diss. Breslau 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1.
2. Türschmidt, siehe unter Vagina 1.

2. Entzündung, Ernährungsstörungen, Exantheme, Kraurosis.

1. Birnbaum, siehe I, 4.
2. Björling, E., Zur Frage der Esthiomène. Arch. f. Derm. u. Syph. XXI. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
3. Bollag, siehe I, 4.
4. Burty, siehe I, 4.
5. Gardlund, Studien über Kraurosis vulvae unter besonderer Berücksichtigung ihrer Pathogenese und Ätiologie. Arch. f. Gyn. Bd. 105. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 627.
6. Goedhart, siehe I, 4.
7. Hartmann, siehe I, 4.
8. Hellwig, A., Zwei Fälle von isolierter gonorrhoischer Erkrankung paraurethraler Gänge. Diss. Bonn.
9. v. Herff, siehe unter I, 4.
10. Hoehne, Vulvaödem in der Schwangerschaft. Med. Ges. in Kiel. 27. Juli. Berl. klin. Wochenschr. p. 1183 u. Münch. med. Wochenschr. p. 1632.
11. Knippen, Ein Fall von Impetigo herpetiformis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 2.

12. Kuznitzky, siehe I, 4.
13. Mäder, siehe unter I, 4.
14. Mucha, V., Zur Frage der Uteruserkrankung bei Vulvovaginitis infantum. Wien. med. Wochenschr. Nr. 28. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.
15. Müller, M., Ein Fall von Esthiomène nach Carcinoma recti mit Sektionsbefund. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. XXI. Heft 3.
16. Norris, siehe unter I, 4.
17. Pantoppidan, s. I. 4.
18. Powell, C., Ausgedehnte Zerstörung der Vulva und ihrer Umgebung, wahrscheinlich verursacht durch Pneumokokken. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LXIV. Nr. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 458.
19. Sachs, Die Behandlung des Ulcus molle und anderer Genitalgeschwüre mit Jodtinktur. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 29.
20. Schäfer, E., Kraurosis vulvae. Diss. Jena.
21. Slingenberg, siehe I, 4.
22. Thaler, Ichthyosis hystrix der Vulva. Geburtsh. Gyn. Ges. in Wien. 16. Mai. Ref. Gyn. Rundsch. Heft 14. Zentralbl. f. Gyn. p. 495 u. Wien. klin. Wochenschr. p. 1122.
23. Williams, siehe I, 4.
24. Windell, Elephantiasis — Genitalien nach Exstirpation von Inguinaldrüsen. South. Surg. and Gyn. Assoc. 15. Dez. 1915. Surg., Gyn. and Obst. XXIII. Nr. 2. Ref. Med. Rec. p. 256. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49.

3. Neubildungen. Zysten.

1. Adler, siehe unter I, 3.
2. Behne-Opitz, Zur Technik der Tiefentherapie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 184.
3. Bumm-Schäfer, siehe I, 3.
4. Cullen, Adenomyoma lig. rotundi und Incarceratio omenti in einer Inguinalhernie. South. Surg. and Gyn. Assoc. 15. Dez. 1915. Ref. Med. Rec. p. 256.
5. Eunike, siehe I, 1.
6. Flatau, siehe unter I, 3.
7. Frankl, O., Beitrag zur Pathologie des Vulvakarzinoms. Gyn. Rundsch. p. 19. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14 u. Zentralbl. f. Gyn. p. 90.
8. Gut, W., Ein Fall von zystischem Tumor im Labium majus. Diss. Zürich 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1.
9. Heimann, F., Zur Strahlentiefenwirkung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 222.
10. Köhler, Schweissdrüsenadenom der Vulva. Geburtsh. Gyn. Ges. in Wien. 16. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 6.
11. Krönig, siehe I, 3.
12. Küstner, Strahlentiefenwirkung bei Vulvakarzinom. Gyn. Ges. zu Breslau. 26. Okt. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 119.
13. Labhardt, Primäres Melanosarkom der Vulva in der Gravidität. Gyn. Rundsch. Jahrg. 9. Heft 24. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15.
14. Martin, siehe I, 3.
15. Outerbridge, W. G., Schweissdrüsenkeime der Vulva (Adenoma hidradenoides vulvae). Amer. Journ. of Obst. LXXII. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 122.
16. Reusch, W., Heilung eines Vulvakarzinoms mit dem Zellerschen Verfahren. Münch. med. Wochenschr. 1915. Nr. 47. Ref. Zentralbl. fl Gyn. p. 123.
17. Rupprecht, P., Über Sarkome der Bauchdecken und der Vulva. Diss. Jena 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1 u. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32.
18. Schoemaker, siehe I, 13.
19. Schäfer, siehe I, 3.
20. Thaler, Myom des Beckenbindegewebes, durch den Leistenkanal deszendiert. Geb.-gyn. Ges. zu Wien. 16. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 495.
21. Zubrzycki, J., Über Fibrome der Vulva. Przegl. Lekarski. Bd. 55. Nr. 1. Krakau. (v. Gromadzki.)

4. Erkrankungen der Bartholinischen Drüsen.

1. Wittkopf, H., Über das Karzinom der Bartholinischen Drüse. Diss. Kiel 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 2.

5. Verletzungen, Thrombus et Haematoma vulvae et vaginae.

1. Benerstad, G., Haematoma vulvae et vaginae. Traumatische Läsionen der Vulva. Norsk. Mag. for Laegvid. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6.
2. Bieger, Haematoma vulvae. Inaug.-Diss. Bonn 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 2.
4. Brunzel, siehe I, 6.
5. Böge, H., Über die bei Spontangeburten entstehenden Hämatome der Vagina. Diss. Kiel 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1.
6. Rawls, siehe I, 5.
7. Riggles, Haematoma of the vulva. Amer. Journ. of Obst. Nr. 2.
8. Schönbauer, siehe unter I, 5.
9. Wahrer, C. W., Ein ungewöhnliches Hämatom nach der Geburt. Surg., Gyn. and Obst. XX. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 143.

6. Neurose, Vaginismus, essentieller Pruritus vulvae.

1. Frank, Röntgentherapie bei Pruritus vulvae. Altonaer Ärztl. Ver. 29. März. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 20.
2. Heusler-Edenhuizen, H., Zur Ätiologie und Therapie des Pruritus vulvae. Münch. med. Wochenschr. Nr. 16. Ref. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 19 u. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
3. Lipscomb, P., Behandlung des Pruritus. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 66. Nr. 14 Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
4. Neermann, Est ejendommeligt Tilfalde af Vaginisme. (Ein eigentümlicher Fall von Vaginismus.) Jütländ. Med. Ges. Ref. Ugekr. for Laeger. p. 671—72. Kopenhagen. (O. Horn.)
6. Williams, Psychose und Vaginismus. Amer. Journ. of Obst. Nr. 8. p. 284.

VI.

Ovarien.

Referent: Privatdozent Dr. W. Lindemann, Halle.

Innere Sekretion.

1. Beuthner, O., Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Kastrationsatrophie des Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. (Untersuchung an weissen Ratten.)
2. Constantin, V. und J. Bucura, Praktische Ergebnisse aus unseren heutigen Anschauungen über die endokrine Tätigkeit des Eierstockes. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 36.
3. Graves, William P., Practical Aspect. of the Internal Ovar. Secret. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Juni 24. Med. Soc. of the State New York.
4. Hermann, E. und M. Stein, Über die Wirkung eines Hormones des Corpus luteum auf männliche und weibliche Keimdrüsen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 25. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 27.
5. Novak, Emil, The Corpus luteum its Life Cycle and its Rôle in menstrual Disorders. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Oct. 28.
6. Reusch, Frühstadium der Corpus luteum-Bildung beim Menschen. Arch. f. Gyn. 105. 2.

7. Steinach, E. und G. Holzknecht, Erhöhte Wirkung der inneren Sekretion bei Hypertrophie der Pubertätsdrüsen. Sonderabdr. aus „Arch. f. Entwicklungsmech. XLII. Heft 3". Engelmann, Leipzig.
8. Steinach, G., Pubertätsdrüsen und Zwitterbildung. Sonderabdr. aus Arch. f. Entwicklungsmech. d. Organismen. Bd. 42. Heft 3. Engelmann, Leipzig.

Beuttner (1) kommt auf Grund mühsamer und sehr eingehender Studien zu folgenden Resultaten: Der atrophierende Einfluss macht sich bei den untersuchten Fällen bei der Ratte nach Kastration besonders in der Mucosa uteri geltend, weniger in der Muskulatur. Bei der Beurteilung der Kastrationsatrophie müssen die individuellen Schwankungen der Grösse des Rattenuterus in den einzelnen Monaten sehr in Rücksicht gezogen werden. Jedoch ist der Einfluss der Kastration unmittelbar und so ausgesprochen, dass der Uterus einer 3 Monate alten nichtkastrierten Ratte besser entwickelt ist als der einer 10 Monate alten aber 7 Monate lang kastrierten. Die Zylinderzellen scheinen an Höhe abzunehmen, ihre Kerne scheinen etwas kürzer zu sein und näher an der Oberfläche zu liegen. Die Bindegewebszellen der Uterusmukosa sind kürzer bei kastrierten Tieren. Bei Muskelzellen ist der Unterschied nicht so deutlich.

Die anatomischen Studien Novaks (5) bringen in keiner Weise etwas Neues, sondern bestätigen lediglich die Befunde deutscher Autoren, welche äusserst mangelhaft zitiert sind.

Verf. spricht den Thekaluteinzellen eine Funktion zu und hält sie nicht nur für nutritiv. Er fand diese Zellen besonders stark entwickelt in 19 Fällen, die an profusen und unregelmässigen Menstruationen litten.

Bei der Laktationsamenorrhoe soll ein Hormon der Milchdrüse das des Corpus luteum unterdrücken, so dass eine Blutung nicht erfolgen kann.

Für profuse Blutungen liess sich keine spezifische Vergrösserung des Corpus luteum finden, so dass kein Zusammenhang zwischen Grösse des Corpus luteum und Stärke der Blutung besteht.

Reusch (6) liefert einen neuen Beitrag dafür, dass an der epithelialen Genese des Corpus luteum nicht mehr gezweifelt werden kann. Er hat hierzu zwei einschlägige Fälle untersucht, die er in sehr guten Mikrophotogrammen wiedergibt.

Graves (3). Es wird von Besserung berichtet bei Craurosis, Furunculosis vulvae, Ausfallserscheinungen, funktioneller Amenorrhoe. Der Extrakt des ganzen Ovariums soll wirksamer sein, als das Corpus luteum allein.

Steinach (7) geht zunächst von der auffallenden Erscheinung aus, dass bei der Transplantation der Einfluss der inneren Sekretion der Drüsen auf die Sexualcharaktere mehr zum Ausdruck kommt. Dabei ist der Entwicklungsgrad und die Ausprägung der körperlichen wie der seelischen Charaktere durchaus an die Ausbreitung der Drüsen bzw. an die vermehrte Hormonproduzierung gebunden. Die Versuche von Steinach der Feminierung und Maskulierung sind bekannt. Sie haben auch gezeigt, dass die Wirkung der Pubertätsdrüsen geschlechtsspezifisch sind. Ist die Transplantation so gut gelungen, dass die eingepflanzten Drüsen eine gute Entwicklung der interstitiellen Drüsensubstanz aufweisen, so erfahren die Hormonalreize eine bemerkenswerte Steigerung. Die angeführten Photogramme beweisen das deutlich. Wenn man einem weiblichen Meerschweinchen die Ovarien entfernt und die Testes der Transplantation zur Einheilung bekommt, so zeigt sich dieses maskulierte Weibchen dem normalen Bruder gegenüber in bezug auf Wachstum, Gewicht und Robustheit durchaus überlegen. Dieses belegt Steinach an der Hand von Gewichtskurven. Diese gute Ausbildung der männlichen Formen und das Hinausschiessen über den normalen Typus ist aber nur möglich, wenn sich eine gute Wucherung der interstitiellen Drüsensubstanz anbahnt. Heilt die Transplantation schlecht ein oder wird sie

durch Wucherung des Bindegewebes verdrängt, so erreicht man dementsprechend weniger gute oder Misserfolge.

Da nun in allen von Steinach untersuchten Fällen die Ausbildung der männlichen Charaktere im operierten Tier sich in Parallele befinden mit der Ausbildung der interstitiellen Drüsen, so ist die Annahme der kausalen Abhängigkeit beiderseits anzunehmen. Umgekehrt ergibt sich das merkwürdige Resultat, dass, wenn man ein Meerschweinmännchen kastriert und ihm Ovarien überpflanzt, das körperliche Wachstum viel energischer unterdrückt wird als es bei der Pubertätsdrüse des normalen Weibchens geschieht. Der feminierte Bruder also ist bedeutend kleiner und graziler gebaut als seine normale Schwester. Auch diese Tatsache wird an Gewichtskurven erhärtet. Ausserdem wird die starke Ausbildung des Skeletts des maskulierten weiblichen Tieres und das Zurückbleiben des Wachstums des feminierten männlichen Tieres an der Hand von Röntgenaufnahmen, die allerdings nicht veröffentlicht sind, bewiesen.

Die Hyperfeminierung beschränkt sich aber nicht nur auf dieses eigentümliche Zurückbleiben des Wachstums, sondern macht sich ausserdem geltend noch durch eine überstürzte Förderung der homologen Sexualzeichen. Die Milchdrüsen werden auffallend schnell hyperplastisch, es stellt sich reichlich Milchsekretion ein und die Neigung der Tiere, Junge zu säugen. Es wird also durch die Transplantation das jungfräuliche Tier sofort in das Stadium der Mutterschaft versetzt, ohne gravid gewesen zu sein. Alles dieses Merkwürdige findet nach Steinach befriedigende Erklärung in der mächtigen Wucherung der Pubertätsdrüse im transplantierten Ovarium.

Wir wissen nun, dass während der Schwangerschaft die interstitielle Drüse eine besonders schöne Ausbildung erfährt. Eben dieses schuldigt Steinach an als wirksames Moment für die rasch einsetzende bis zur höchsten Blüte sich entwickelnde Zunahme der sekundären Geschlechtscharaktere bei der Schwangerschaft. Man müsste dann also auch die Hypertrophie der Brüste mit der Milchsekretion dazu rechnen.

Es kommt nun ein experimenteller Teil, welcher darauf abzielt, virginelle Ovarien in einen Zustand erhöhter Hormonproduktion zu versetzen und dies ist den beiden Autoren durch Anwendung von Röntgenstrahlen gelungen. Sie nahmen dazu 2—4 Wochen alte Meerschweinchen, welche in einer Schachtel vom Rücken her bestrahlt wurden und zwar als Dosis wurde eine einmalige Verabreichung von 11—12 Holzknecht-Einheiten, bei einer Härte der Röhre von 7—8 Bauer ohne Filter in 20 cm Hautdistanz angewendet. Die Latenzzeit für äussere sichtbare Wirkung war sehr lange, nach 3—4 Wochen zeigten sich erst auf dem Rücken der Tiere Haarverluste, dann konnte man Wachstum der Brüste, die 8 Wochen nach der Bestrahlung ihren Höhepunkt erreichten, feststellen. Diese fingen an, Flüssigkeit abzusondern, die bald darauf in richtige fette weisse Milch überging. Die Milchsekretion hielt 2—3 Wochen an. Bei der Sektion wurde nun gefunden eine Hypertrophie und starke Hyperämie des Uterus. Die Ovarien waren kleiner, in ihnen sämtliche Follikel geschrumpft und zerstört, dafür aber die interstitielle Drüse derart stark entwickelt, dass es das ganze Ovarium mit seiner Masse ausfüllte. Das ganze Ovarium, wie Steinach sich ausdrückt, war zu einer stark entwickelten gewucherten Pubertätsdrüse geworden. Die mikroskopischen Präparate beweisen in der Tat die enorme Ausbildung der interstitiellen Drüse, also auch hier, bei Bestrahlung, die zu einer experimentellen Auslösung der interstitiellen Drüsenhypertrophie führt, geht das Tier ohne weiteres aus dem Stadium der Jungfräulichkeit in das der vollen Ausbildung der sekundären Sexuscharaktere über. Dieser Erfolg traf bei kindlichen Tieren in etwa 40% der Fälle ein — bei mehrmonatlichen waren die Erfolge nicht so deutlich.

Somit glauben die Autoren den Beweis erbracht zu haben, dass auch die Ausbildung der weiblichen sekundären Geschlechtsmerkmale einzig und allein

an die Tätigkeit der Pubertätsdrüse geknüpft ist. Kontrollversuche ergaben die gleichen Resultate.

Steinach beschrieb dann die Krankheitserscheinungen von Frühreife. Es bot sich bei den zahlreichen Generationen von Versuchstieren Gelegenheit, auch bei manchen Zeichen von Frühreife zu beobachten und auch bei diesen wurde eine übernormale Ausbildung der Pubertätsdrüse ausnahmslos gefunden, so dass sich auch die somatische Frühreife aus der Hypertrophie der Pubertätsdrüse erklärt.

Die Anheilung der entgegengesetzten Geschlechtsdrüse ist nach Steinach (8) gebunden an die gleichzeitige Entfernung der eigenen Drüse, also wenn man z. B. Ovarien einem männlichen Tier überpflanzen will, so muss man vorher dessen Hoden entfernen. Es erweisen sich die weiblichen Transplantate widerstandsfähiger und haltbarer als die männlichen. Es wird von Meerschweinchenmännchen berichtet, die schon seit $3^1/_2$ Jahren ungeschwächt feminiert worden sind. Das spricht dafür, dass die Pubertätsdrüse nicht allein die morphologischen und funktionellen Erscheinungen der Pubertät zur Ausbildung bringt, sondern auch die einmal ausgereiften Geschlechtsmerkmale in ihrer Entwicklung zu erhalten vermag.

Die Funktion der Pubertätsdrüsen ist daher nach Steinach nicht nur streng spezifisch, sondern sich untereinander entgegengesetzt. Es hemmt also die eine Pubertätsdrüse das Wachstum der heterologischen Sexuszeichen, deren Entwicklung die andere fördert. Das Auffallendste in dieser Beziehung ist das Wachstum des Skeletts. Die spezifische Mächtigkeit des männlichen Skeletts geht nach Transplantation von Ovarien verloren. Die grobe männliche Behaarung schwindet ebenfalls. Dasselbe ist umgekehrt der Fall, wobei der maskulierte Kopf besonders starke Ausbildung erhält.

Steinach beschreibt nun, ehe er das Thema der Zwitterbildung berührt, zuerst die Veränderungen der Sexualdrüse nach subkutaner Transplantation, deren Ergebnisse früher bereits von ihm der Öffentlichkeit bekannt gegeben waren.

1. Der Hoden wird eigentümlich umgestaltet, indem die Samenkanälchen sich vollständig zurückbilden, es bleiben nur Sertolische Zellen übrig, aber dafür entsteht eine riesige Wucherung der interstitiellen Zellen. Der Zustand dieser transplantierten Drüsen ist übereinstimmend mit dem, welcher nach Hodentransplantation bei infantilen Männchen eintritt. Es ist hierbei wichtig, dass die Pubertätsdrüse ihre volle Ausbildung vor derjenigen der Sexuscharaktere erreicht hat und in allen Fällen, wo die Transplantate zugrunde gingen, sind die operierten Tiere Kastraten geblieben. Man kann aber bei infantilen Kastraten durch Einpflanzung isolierter interstitielle Drüsensubstanz die sexualen Merkmale wieder zum Wachstum bringen. Es ist nach Steinach hierdurch wohl bewiesen, dass die Ausbildung und Erhaltung der körperlichen und psychischen Pubertät ohne Vorhandensein von Samenzellen vor sich geht.

2. Wenn man das Ovarium subkutan verpflanzt, so werden nicht die primären Follikel zu grossen Bläschen mit normalen Eizellen weiter gebildet, sondern dies ist nur für die erste Zeit wirklich der Fall. Später geht das Gewebe zugrunde und auch die interstitielle Drüse wird mächtig entwickelt. Alle Follikel sind obliteriert und dafür entwickelt sich allmählich die interstitielle Drüse und zwar nicht nur aus der Theca interna, sondern auch aus den Granulosa-Epithelien.

Interstitielle Drüse und Corpus luteum sind in Ursprung und Struktur verwandt, und es ist deshalb verständlich, dass beide die gleiche Wirkung haben. Steinach glaubt bewiesen zu haben, dass die Hormone der interstitiellen Drüse ohne Mithilfe fötaler oder plazentaler Stoffe Schwangerschaftsveränderungen erzeugen. Ferner existiert kein prinzipieller Unterschied zwischen der Funktion von interstitieller Drüse und Corpus luteum. Ferner ist der Grad der Ausge-

staltung der sekundären Sexuscharaktere nur von der Menge der jeweiligen interstitiellen Drüsensubstanz abhängig.

Steinach wendet sich nun der Besprechung der zwittrigen Pubertätsdrüse zu. Hierbei ist der Prozentsatz der Fälle, in denen beide entgegengesetzte Drüsen zusammen einheilten und in guter Verfassung blieben, geringer als bei der einfachen Verpflanzung, nämlich nur 20%. In besonders günstigen Fällen entsteht eine sogenannte zwittrige Pubertätsdrüse, welche „Ovotestis interstitialis" genannt wird. Hierbei wachsen die Gewebe durcheinander und man sieht in demselben Schnitt spezifisch männliche und weibliche Zellen. Das wird an der Hand guter Abbildungen bewiesen. Ein eigentümliches Bild bieten die Tiere, die unter dem Einfluss einer solchen zwittrigen Pubertätsdrüse stehen. Sie gleichen auf den ersten Anblick den männlichen Tieren, sind sogar im Skelett stärker entwickelt als die Vergleichsmännchen. Hieraus ist zu schliessen, dass der körperlich abschwächende Einfluss der weiblichen Pubertätsdrüse sich nicht geltend machen konnte, ebenso macht sich der männliche Charakter an anderen sekundären Merkmalen geltend. Es hat also der männliche Teil der Transplantation die homologen Sexuszeichen durchzusetzen vermocht; dagegen die heterologen haben sich bei diesen Tieren infolge der Wirkung des weiblichen Transplantates vollständig weiter entwickelt, was man an den Milchdrüsen, welche sogar Milchbildung ab und zu gezeigt haben, beobachten konnte. Es ergibt sich als Resultat, dass die homologen Sexuszeichen gefördert, aber die heterologen nicht gehemmt worden sind. Es hat also der Antagonismus der Pubertätsdrüse eine scharfe ausgesprochene Abschwächung erfahren.

Als Beweis für den Einfluss beider Transplantate kann man eins entfernen und dann entwickelt sich das Tier lediglich nach der Richtung der bleibenden interstitiellen Drüse. Interessant sind die Beobachtungen psychischer Veränderungen bei Zwittern. Dies trägt deutlich männlichen Charakter im Anfang, beim Überwiegen jedoch der weiblichen Gonade typisch weiblichen. Sie fällt dann meist zusammen mit einer Periode der Milchsekretion. Und diese Periode der weiblichen Erotisierung fällt zusammen mit einer besonders stark entwickelten interstitiellen Drüse. Es ist somit von grosser Bedeutung, dass durch das Experiment bewiesen worden ist, dass das zentrale Nervensystem so scharf auf das interstitielle Drüsenhormon reagiert, so dass es bald in männlicher, bald in weiblicher Richtung beeinflusst werden kann.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Steinach schliesslich zu dem Resultat, dass es für alle Zwitterbildungen nur eine Ursache gibt, nämlich das Entstehen einer zwittrigen Pubertätsdrüse als Folgen einer unvollständigen Differenzierung der Keimstockanlage. Hiernach wird es sich empfehlen, den Unterschied zwischen wahrem und falschem Hermaphroditismus fallen zu lassen.

Hermann und Stein (4). Die Injektionsversuche sind mit dem Hormon angestellt worden, welches Hermann aus dem Corpus luteum und der Plazenta gewonnen hat, nämlich einem dem Cholesterin ähnlichen Stoff, den er in der Monatsschr. f. Geburtsh., Bd. 41, Heft 1, näher besprochen hat. Nach einer polemischen Bemerkung gegen Fellner wird über die Versuche berichtet. Zunächst wurde die Wirkung des Hormons auf die Entwicklung und das Wachstum der Hoden junger Tiere untersucht, und zwar an Ratten. Die Hoden der Versuchstiere wurden kleiner nach Injektionen; während beim Kontrolltier die Spermatogenese gut ausgebildet war, wurden beim injizierten Tier Spermien und Spermatiden vermisst. Die Hemmung der Spermatogenese steigt mit der Dauer der Behandlung. Bei den Hoden erwachsener Tiere stellte sich folgendes heraus: Die Kanälchen sind bedeutend kleiner, die Zahl der Sertolischen Zellen ist sehr gross. Das Hodenkanälchen ist im grossen und ganzen von einer detritusartigen Masse erfüllt, das interstitielle Gewebe ist hypertrophisch und zwar beteiligt sich an dieser Hypertrophie nicht nur die Bindegewebszelle, sondern auch die inter-

stitielle Zelle. Die Veränderungen im erwachsenen Hoden sind also denen des jugendlichen analog.

Auf das Ovarium hatten die Injektionen folgenden Einfluss: Das Stroma zeigte sich vermindert, die Follikel waren in grösserer Anzahl als Graaf'sche Follikel vorhanden, jedoch schien eine Hemmung des Follikelsprunges eingetreten zu sein. Es fanden sich reichlich interstitielle Zellen, aber kein Corpus luteum.

Die therapeutischen Misserfolge in der Darreichung von Eierstockspräparaten beruhen nach Burcura (2) in der Hauptsache im Präparat selbst, weniger auf Unrichtigkeit der Indikationsstellung. Um zu begründen, welches Präparaten das beste sei, wird auf die Physiologie des Ovariums und auf die Hormonbildung etwas näher eingegangen. Das reine Eierstockshormon ist noch nicht bekannt. Seine Wirkung besteht hauptsächlich in der Erhaltung der Menstruation, in der Regulierung des Stoffwechsels und des vegetativen Nervensystems. Es wird dann ausführlich über Kastrationserscheinungen gesprochen. Alle diese Kastrationserscheinungen bleiben aus, wenn man das exstirpierte Ovarium an einer anderen Stelle wieder einpflanzt oder durch noch lebendes Ovarialgewebe ersetzt. Es handelt sich nun weiter um die Frage, wo das Eierstockshormon gebildet wird. Es kommt in Betracht das Corpus luteum, die interstitielle Drüse und der Follikelapparat. Burcura hält den Follikelapparat für das Wesentlichste. Die Inkonstanz der interstitiellen Drüse sowohl im Ovarium des Fötus als auch des Erwachsenen spricht gegen eine Hormonbildung aus ihr. Das Corpus luteum ist nicht sicher eine Hormonbildungsstätte primär und ganz allein, sondern vermutlich ist es so, dass das Hormon im Follikel existiert, bei Follikelsprung die hormonbildenden Teile zurückbleiben und sich zu dem Corpus luteum umwandeln. Hiernach wären die inneren Sekretionen des Corpus luteum nichts anderes als eine Potenzierung der inneren Follikelsekretion.

Die interstitielle Drüse hält er nur für einen Hormonspeicher, in ihr aber ist das Hormon dasselbe, wie im Follikel, und auch die Plazenta, die Decidua funktionieren als Speicherungsstelle für das Eierstockshormon.

In drei Perioden ist nach Burcura der Eierstock arm an Hormon: Im Puerperium, in der Laktation und in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Zu dieser Zeit wäre der Ovarialextrakt nicht geeignet zur Hormongewinnung.

Burcura führt dann als Beweis noch Versuche von Okintschitz an (welcher durch Follikelextrakt die Kastrationsfolgen aufhalten konnte). Was die Herstellung von Ovarialextrakt dann weiter anlangt, so muss auch das Alter berücksichtigt werden.

Es wird nun noch auf die Brunstverhältnisse der Tiere eingegangen und hier gefolgert, dass die Kuh am ungeeignetsten zur Gewinnung von Ovarialextrakt ist. Besser wäre schon das Schaf, aber am geeignetsten das Schwein. Ausserdem ist die Verwendung nur lebensfrischen Materials bedingt unter wissenschaftlicher Kontrolle.

Die Indikationsstellung.

Indiziert sind die Eierstockspräparate im natürlichen und im künstlichen Klimakterium. Eventuell ist prophylaktische Darreichung am Platze, denn es wird die Meinung geäussert, dass hierdurch das Auftreten einer Arteriosklerose aufgehalten werden kann. Ferner kommen in Betracht die Fälle von Amenorrhoe, und seltene Menstruationen, ferner die Laktationsatrophie, da manche Fälle angeblich zur dauernden Amenorrhoe und vorzeitiger Klimax führen können. Aussichtsreich scheint auch das Verabfolgen von Eierstockspräparaten bei Fettsucht genitalen Ursprunges zu sein. Eine Heilung wirklicher Psychosen durch Eierstockspräparate kann kaum erwartet werden. Dagegen ist es vielleicht möglich, dass von Menstruationsprozessen abhängende Gemütsstimmungen günstig beeinflusst werden. Die Präparate dürfen nicht verabfolgt werden

während profuser Menses, ebenso nicht bei Tuberkulose. Vorsicht ist geboten bei Ausfallserscheinungen nach gynäkologischer Röntgentherapie.

Bei der Dosierung ist, wenn eine schnelle Wirksamkeit erwartet wird, die subkutane Injektion zu bevorzugen, bis 2 ccm pro Tag. Innerlich kommt man mit 1,5—3 g Trockensubstanz aus.

Zum Schluss wird der Wunsch ausgesprochen, dass die Technik ein Präparat in den Handel bringt, welches alle wirksamen Bestandteile des Eierstockes vereinigt, verwendet.

Zysten.

1a. Ahlström, E., Ein Fall von im kleinen Becken inkarzerierter, torquierter Parovarialzyste bei 7monatlicher Gravidität. Verhandl. d. Ges. schwed. Ärzte. (Verf. ist der Ansicht, dass der mechanische Faktor, der die Torsion verursacht hat, wahrscheinlich die hinter dem Tumor durch das Rektum ins Becken hinabpassierenden harten Fäzes gewesen sind. (Silas Lindqvist.)

1. Bar, J. Paul, Über Corpus luteum-Zysten nach Ausräumung von Blasenmole. Arch. mens. d'obst. et de gyn.
2. Edmonds, A. M., Ein Fall von einfächeriger Ovarialzyste. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 2. Juli.
3. Fleischmann, C., Adenofibroma cysticum papillare ovarii. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien. 8. Febr.
4. *Hartshom, W. M., Geplatzte Ovarialzyste in der Geburt. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. 6. p. 1108. (Operative Heilung.)
5. Ritchie, Cystic ovaries. Med. Journ. of Australia. June. p. 447.
6. Ruge, Paul, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 4.
7. Warren, Fred, Pseudomyxomzysten des Appendix und rupturierte Pseudomuzinzyste des Ovariums. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 73.
8. Work, J. A., Small Cysts of Ovary. Indiana State Med. Assoc. IX. June. W. Salisbury.

Im Anschluss an eine Demonstration von Corpus luteum, Zysten bei gleichzeitigen Resten von Blasenmole im Uterus, erwähnt Bar (1) eine Beobachtung ähnlicher Art. Vor 3 Monaten Ausräumung einer Blasenmole ohne Läsion der Adnexe. Wegen Blutungen wird Pat. nochmals untersucht, wobei die Anwesenheit grosser Adnextumoren festgestellt wird, die bis in den Douglas hinabreichen. Es wurde die Diagnose „Ovarialzyste nach Blasenmole" gestellt. Bei der Operation wurde der Uterus mit beiden Tumoren entfernt. Die histologische Untersuchung ergab in den Zysten eine Wucherung der Corpus luteum-Zellen, also dass sie als Corpus luteum-Zysten angesprochen werden mussten. Die Veränderungen im Uterus ergaben in der Tat molenartige Degeneration von Plazentarzotten mit sehr starker Wucherung der Langhansschen Zellenschicht. Die einzelnen Molenelemente waren bis in die Tiefe der Uterusmuskulatur eingedrungen. Verf. ist der Ansicht, bei Vorhandensein von Blasenmole und Ovarialzysten sich nicht mit der Entleerung des Uterus zu begnügen, sondern die Hysterektomie zu machen und wenn nach Ausräumung einer Blasenmole sich Ovarialzysten entwickeln, muss man an die Ausbreitung der Blasenmole in der Uteruswand denken.

Ruge (6). Einige bemerkenswerte geburtshilfliche Fälle. Entfernung eines ungewöhnlich grossen Ovarialtumors durch Laparotomie. Inhalt 25 Liter. Gesamtgewicht 31 kg.

Warren Bailey (7). Pseudomucinzyste des linken Ovariums war kombiniert mit einer solchen der Appendix.

Edmonds (2). Zyste von annähernd 130 Pfund entfernt, die stark mit der Umgebung adhärent war.

Fleischmann (3). 43jähr. Pat. Kindskopfgrosser Tumor, teils derb, teils zystisch-gelbbraune Flüssigkeit. Papilläre Exkreszenzen an der Grenze zwischen derbem und zystischem Tumoranteil. Frage der Herkunft ungeklärt. Ev. teratoide Bildung nach 4 Jahren. Trotz in der Bauchhöhle ergossener Flüssigkeit kein Rezidiv.

Transplantation.

1. Chalfant, G. A., Die subkutane Transplantation im Ovarialgewebe. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 21. Nr. 5.
2. De Lee, J. B., Über Autotransplantation des Corpus luteum. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 22. 1.
3. Fullerton, William D., Ovarientransplantation. Cleveland Med. Journ. April.
4. Guthrie, C. C. und M. E. Lee, Ovarientransplantation. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 22. 1915. May 29.
5. Manley, O. T. und David Merine, Transplantation der Drüsen ohne Ausführungsgang. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 67. Nr. 4. July 22.
6. Norton, Walter A., Tuffiers Ovarialtransplantation. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 4.
7. Stoecker, Über die Reinplantation der Keimdrüsen beim Menschen. Schweiz. Korrespondenzbl. Nr. 7. (3 Fälle, 2 Frauen, 1 Mann guter Erfolg.)

Fullerton (3). Am erfolgreichsten ist die Autotransplantation, allenfalls noch die Homoiotransplantation, nicht die Heterotransplantation. Es sollen dünne Scheiben von 0,5 cm Dicke in das Unterhautzellgewebe der Leistengegend oder in die Muskulatur des Oberschenkels eingepflanzt werden. Erfolg meist nur bei erhaltenem Uterus.

Manley (5). An Kaninchen zeigten transplantierte Ovarien und Thyreoiden volle Funktion.

Chalpant (1). Transplantation in 32 Fällen in die Bauchdecken. Scheinbar gute Funktion. Bei vorhandenem Uterus wurde Menstruation beobachtet.

De Lee (2). In zwei Fällen von Schwangerschaft der ersten Wochen wurde das Corp. luteum in das Lig. latum transplantiert, um die Schwangerschaft zu erhalten. Jedoch erfolgte in beiden Fällen Abort. (Operation wurde wegen Ovarialtumor ausgeführt.)

Norton (6). Autotransplantation in eine Tasche unter dem Musc. rectus. Die Resultate hier angeblich ausgezeichnet.

Dermoide. Teratome. Embryome.

1. v. Fellenberg demonstriert Ovarialdermoid einer 60jährigen Pat. mit grosser Cystocele. Mitteil. a. ärztl. Ges. Bern. 1914.
2. Holden, F. C., Verhandlungen der gynäkologischen Gesellschaft zu Brooklyn. The Amer. Journ. of Obst. (Ein Fall von Dermoidzyste. Der Fall bietet nichts Besonderes.)
3. Kaulen, K., Über einen Fall von Ovarialteratom. Inaug.-Diss. Giessen. 1914. (Der Fall erwies sich als eminent bösartig.)
4. Michinard, P., Unusually Largs Cystic Appendix Vermiformis and Dermoid Cysts of Ovary. New Orleans Med. and Surg. Journ. Vol. 79. Nr. 6. p. 457.
5. Seyfahrt, Carly, Die Dermoide und Teratome des Eierstockes im Kindesalter. Wiesbaden, Verlag Bergmann.
6. Wagner, Victor, Über Ovarialtumoren ohne Stielverbindung zum Uterus. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 6.

Unter Zuhilfenahme der bis jetzt bestehenden Literatur hat Seyfahrt (5) über die Dermoide und Teratome des Kindesalters gearbeitet. Zunächst wird ein historischer Rückblick gegeben. Der erste Fall von Dermoide im Kindes-

alter von Lamzweerde im Jahre 1686 bei einem 11jährigen Mädchen. Autoren werden nun der Reihe nach angeführt, welche von derartigen merkwürdigen Geschwülsten berichten können, wobei interessante Tatsachen, deren Anführung jedoch unmöglich ist, gefunden werden. Verf. stellt in 171 Beobachtungen 27 der ältesten Fälle von Dermoiden fest, bei denen das Kindesalter bis zum 15. Jahre gerechnet wird. Die Fälle datieren von 1867 ab. Auch hier kann auf die Einzelheiten wegen der Verschiedentlichkeiten der Fälle nicht eingegangen werden. Es folgt dann ein Überblick über den anatomischen Aufbau der 171 Dermoide.

Die Dermoide sind von den Teratomen zu trennen. Die Grösse schwankt von der einer Dattel, bis zu der dreier Kindsköpfe. Das Gewicht bis 7000 g. Sämtliche 3 Keimblätter sind an der Zusammensetzung beteiligt, besonders das Ektoderm. Hier finden wir alle Gewebe, welche vom Ektoderm ausgehen können. Die Entwicklung des Entoderms tritt dagegen zurück, so dass der Fund z. B. eines darmähnlichen Gewebes sehr selten ist. Das Mesoderm ist dagegen reichlich vertreten.

Die Teratome sind atypisch proliferierende Dermoide. Von den 171 Dermoiden sind nach dem Autor 23 zu den Teratomen zu rechnen. Diese Tumoren sind teils solide, teils kleinzystisch. Verf. meint, dass eine so scharfe Trennung zwischen Dermoide und Teratomen, wie Brünn und Pfannenstiel sie haben will, nicht recht durchführbar ist. Man findet stets Gewebe sämtlicher drei Keimblätter bunt durcheinander in starker Proliferation. Das Teratom neigt zu Bösartigkeiten.

Die Entstehung der Dermoide und Teratome.

Sicher muss die Anlage der Geschwulst angeboren sein. Sonst äussert sich der Autor nur näher über die Blastomerentheorie, welche auch noch ganz andere Fragen unaufgeklärt liesse. Es wird auf die klinischen Verhältnisse etwas näher eingegangen. Eine Erblichkeit der Tumoren konnte nicht erwiesen werden. Bezüglich des näheren muss auf das Original verwiesen werden. Was endlich die Prognose anlangt, so ist hierfür massgebend die Art des Tumors, seine histologische Beschaffenheit und die Gefahr der Komplikationen. Die Prognose der Teratome ist sehr ungünstig, die der Dermoide günstig. Als Behandlung wird sofortige Operation angeraten. Verf. rät bei Dermoiden, wenn es geht, einen kleinen Rest Ovarialgewebe zurückzulassen. Die Punktion der Dermoide wird verworfen.

Wagner (6). Fall von Dermoid, welches völlig vom Stiel losgelöst sich auf die Wanderschaft begeben und sich am Netz festgehaftet hatte. Als Ursache wird Torsion als am wahrscheinlichsten angenommen.

Karzinome. Sarkome. Maligne Tumoren. Teratome.

1a. Ahlström, E., Fall von Adenocystoma papillare psammosum mit Metastasen in Peritoneum und Bauchnarbe. Verhandl. d. obstetr.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte (Silas Lindqvist.)
1. *Buch, Rudolf, Über hochgradige Verknöcherung in einem Ovarialkarzinom, zugleich ein Beitrag zur Metaplasiefrage (mit 4 Abb.). Inaug.-Diss.
2. *Feucht, Gotthilf, Ein Fall von abortivem, koätanem Teratom des Ovariums (mit fast ausschliesslicher Bildung von nervösem Gewebe). Inaug.-Diss. München.
3. *Foulkrod, C., Report of a case of Krukenbergs tumor of the ovaries. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. p. 657 u. 694. (1 Fall, Operation, Genesung.)
4. Frankl, O., Wien. klin. Wochenschr. 24. Aug. p. 1089.
5. *Henry, R. S., Malignant Tumors of Ovaries. Report of Cases. Kansas Soc. Med. Journ. August.
6. Jung, Über Strahlentherapie. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. 27. Nov. 1915.

7. *Porter, M. F., Malignant Disease of the Ovaries. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 66. March 11. p. 806. (4 Fälle derart.)
8. Stone, W. S., Metastatic Carcinoma of ovaries. Surg., Gyn. and Obst. April.
9. *Fleischer, R., Ein Fall von geplatztem Ovarialkarzinom, der Aszites und Malignität vortäuschte. Inaug.-Diss. Erlangen.
10. *Kohlmann, M., Über die Disposition der Ovarien zu metastatischer Erkrankung bei Karzinom bzw. Sarkom eines andern Organes. Inaug.-Diss. München.

Frankl (4). 27jährige Pat., die 1914 eine Prolapsoperation, 1915 eine Pylorusresektion wegen Karzinoms durchgemacht hat. Sie hatte 2 Kinder. Bei der jetzt vorgenommenen Operation bestand Aszites. Beide Ovarien, besonders das rechte, waren in mannskopfgrosse Tumoren verwandelt. Pat. kam an Herzschwäche ad exitum. Es wird besonders auf die knorpelharte Konsistenz des Uterus hingewiesen, die als Zeichen einer karzinomatösen Degeneration desselben aufgefasst wird. Bei Karzinom des Ovariums ist eine genaue Untersuchung des Magens dringend erforderlich.

Jung (6). Zweifelhaftes Resultat bei Rezidiv nach Ovarialsarkom durch Röntgen. Geringes Zurückgehen des Tumors.

Stone (8) weist darauf hin, dass der Ursprung häufig ein primäres Magen- oder Brustdrüsenkarzinom ist.

Fibrome.

1. *Adler, O., Über Ovarialfibrome. Inaug.-Diss. Berlin. 1915. (Ein Fall. 40 Fälle aus Literatur. Oft Aszites dabei gefunden.)
2. Aschheim, Demonstration von 2 verkalkten Ovarialtumoren. Geburtsh.-gyn. Ges. Berlin. 3. Nov. 1914. (1. Verkalktes Fibrom, 2. wird als Corpus luteum-Zyste mit Knochenbildung aufgefasst.)
3. *Bégouin et Bardon, Cancer de l'estomac et des ovaires. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. 10 Mars. Ann. de gyn. Tome 12. p. 378. (Magenerscheinungen fehlten, trotzdem war der Magenkrebs der primäre.)
4. *Cabanès, J. M. E., Fibromes de l'ovaire. Réunion obst. et gyn. d'Alger. 25 Avril 1914. Ann. de gyn. Tome 12. p. 379. (Einer der Tumoren lag im Douglasschen Raum und führte zu Einklemmungserscheinungen.)
5. Efler, Das klinische Verhalten der Ovarialfibrome nach den Fällen der Breslauer Frauenklinik. Diss. Breslau.
8. Latzko, W., Fibrom eines akzessorischen Ovariums. Wien. med. Wochenschr. 1917. p. 160. (Links Adnexe entzündlich verändert, rechts dünngestielt von unverändertem Ovarium ausgehendes Fibrom. Als Ursache eines 3. Ovariums nicht deutlich.)
9. Outerbridge, Über nichtteratomatöse Knochenbildung im menschlichen Ovarium. Amer. Journ. of Med. June.

Outerbridge (9) fügt 14 Fällen der Literatur 7 eigene Beobachtungen über Knochenbildung im Ovarium ohne Tumorbildung hinzu, er nimmt Metaplasie im Corpus fibrosum an. Er hält es für häufiger, als man sonst glaubt.

Komplizierte Fälle.

1. Aranow, H., Ovarian cyst obstructing labor. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. p. 530. (2 Fälle, einmal Abortus mit nachfolgender Ovariotomie, einmal Geburtshindernis, Dermoidzyste, Punktion, spontane Geburt.)
2. Beach, R. M., Die Behandlung von Ovarialtumoren während der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Amer. Journ. of Obst. June.
3. Boldt, Fibrocyst of ovary with suppurating Tuboovarian cyst on the opposits-Side. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. p. 542. (1 Fall derart, Operation, Heilung.)
4. Cadwalleder, R., Kaiserschnitt wegen torquierten Ovarialtumors. The Amer. Journ of Obst. Vol. 14. Aug. p. 280.

5. Davis, C. H., Etiologic Study of Ovaritis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 23. p. 560. (Streptococcus viridans Hauptursache.)
6. Doyler, Fr., Dermoid Cyst of the Ovary, with twisted pedicle and acute Appendicitis, complicating pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. p. 849. (Operation, Geburt am Ende der Schwangerschaft.)
7. Evers, H., Über einen Fall von stielgedrehtem Parovarialkystom. Diss. Rostock.
8. Holden, F. C., The American Journal of Obstetrics. 2. Stielgerechte Ovarienzyste in der Schwangerschaft.
8a. Lindqvist, Silas, Ein Fall von torquiertem Ovarialkystom mit vollständiger Torsion von Gebärmutter und Adnexen. Verhandl. d. obstetr.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. (Totalexstirpation von Gebärmutter und Adnexen nebst Ovariotomie. Heilung.) (Autoref.)
9. Meyer, Leopold, Myxofibrom. cyst. ovarii. Derm. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. for Laeger. p. 1285—86. (O. Horn.)
10. Moench, H. L., Zur Tuberkulose der Ovarialtumoren. Gyn. Rundsch. Heft 1—6. (Ovarialkystom mit tuberkulöser Infektion. 24. Fall. Bisher bekannt nach Verf.: 23.)
11. Munroe, H. C., Acute Torsion on the Ovary in Young girls. Med. Soc. of Gurgia. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 66. p. 1491. (2 Fälle derart.)
12. Peterson, R., Suppuration of Large Dermoid Cyst reaching to umbilicus. Cases illustrating substitution of rectal pro vesical sphincter. Michigan State Med. Journ. Nov.
13. Ross, D., Torsion of the Pedicle of Ovar. Cysts Complicating acute appendicitis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. June 17.
14. Rossier, Ovarialtumor, der mit Extrauteringravidität verwechselt war. Mitteil. a. d. ärztl. Ges. d. Schweiz.
15. Ruge, Paul, Einige bemerkenswerte geburtshilfliche Fälle. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 4. Festschrift für C. Ruge.
16. Salisbury, 3 Cases of Labor obstructif by Ovarian cysts. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. 1915. June-Aug.
17. Shansky, O., Infection of ovarian Dermoid Cyst with typhoid bacillus. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 66. p. 888. (Zufälliger Befund 6 Wochen nach überstandenem Typhus.)
18. Thye, G., Über einen Fall von Kystoma parovarii mit Tuberkulose. Inaug.-Diss. Freiburg.
19. Vineburg, Twisted ovarian cyst with pregnancy simulating symptoms of renal calculus. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. p. 486. (Der Schatten, der bei der Röntgenaufnahme Nierensteine vermuten liess, ging von 3 verkästen Mesenterialdrüsen aus.)

Baech (2) berichtet: 1. Tumoren während der ersten Hälfte der Schwangerschaft sollen alle operiert werden. 2. Tumoren, welche während der zweiten Hälfte der Schwangerschaft diagnostiziert werden. Die Operation zu dieser Zeit hängt ganz von dem Zustand, von der Grösse vom Wachstum und von der Gegenwart von Adhäsionen ab. Wenn wir es mit einem abdominalen Tumor von irgend einer ansehnlichen Grösse zu tun haben, sollte immer die Ovariotomie gemacht werden, denn wenn der Tumor nicht entfernt wird, ist die Unterbrechung der Schwangerschaft sehr wahrscheinlich veranlasst durch den intraabdominalen Druck. Die abwartende Therapie soll in allen anderen Fällen gewählt werden, also bei folgenden Tumoren: 1. Dermoide, 2. Tumoren der breiten Mutterbänder, 3. Tumoren am Becken und 4. bilaterale Tumoren bei einer Frau, die noch nicht geboren hat. In allen diesen Fällen mit Ausnahme des 4. sind die Tumoren gewöhnlich tief im Becken und ihre Entfernung neigt zur Unterbrechung der Schwangerschaft und fördert nicht lebensfähige Kinder zutage. Die bilaterale Ovariotomie neigt zu spontanem Abort und wenn nicht etwas Ovariengewebe darin gelassen wird, macht sie Sterilität. Ovariengewebe sollte immer zurückgelassen werden, es sei denn, dass wir es mit einem bösartigen Tumor zu tun haben. Bei der Operation sollen die Gefässe separat unterbunden werden, soweit wie möglich vom Uterus entfernt und keine Massenligaturen. Grosse Dosen von Morphium sind nach der Operation zu geben. Eine abdominale Ovariotomie

kurz vor der Geburt sollte niemals gemacht werden, ausgenommen bei einer absoluten Indikation zur Operation. Vor dieser Operation, ev. nach der Operation sollte sofort der Kaiserschnitt gemacht werden, denn es besteht für die frische Bauchnarbe, die durch die Ovariotomie gesetzt wurde, durch die Wehen eine grosse Gefahr, obgleich die Ansichten hierüber verschieden sind. 3. Tumoren, welche während der Geburt entdeckt werden: Frau M., 18 Jahre alt, 2. Gebärende. Spontangeburt vor 1 Jahr. Letzte Regel 23. November. Sie stand kurz vor der Geburt, als sie eingeliefert wurde. Die Patientin kreisst seit 48 Stunden, hatte grosse Schmerzen mit guten Wehen. Die Blase war vor 24 Stunden gesprungen.

Die äussere Untersuchung erwies ein vollausgetragenes Kind, Rücken links, Herztöne 160 in der Minute. Es bestand ein Kontraktionsring in der Gegend des Nabels und der Kopf des Kindes war dicht an dessen Rand gepresst. Die vaginale Untersuchung ergab eine weiche halbfluktuierende Masse, die das hintere Becken ausfüllte und in die Vagina hervorragte. Der kindliche Kopf war eng an den Beckeneingang gepresst, aber von der fluktuierenden Masse verhindert, in das Becken einzutreten. Die Cervix war eröffnet, die Blase gesprungen und die Beckenmasse normal. Diagnose: Ovarialkystom im Douglas, das die Geburt aufhielt, ein lebendes Kind, hoher Kontraktionsring.

Ein leichter Versuch, den Tumor zu reponieren, wurde gemacht unter leichter Ätheranästhesie unter Knieellenbeuge. Es gelang nicht, da der Kopf den Beckeneingang nicht verliess, selbst nicht in Knieellenbeuge und die Gefahr nahe stand, dass entweder der Tumor zerriss oder der Uterus, wenn man den Versuch fortsetzte. Das Problem war, ein lebendes Kind zutage zu fördern ohne Inzision der Vagina oder des Uterus, weil die Blase schon lange gesprungen war und viele innerliche Untersuchungen schon gemacht waren.

Beim Öffnen des Abdomens fand er das ausgezogene untere Uterinsegment und den Stiel eines rechtsseitigen Ovarientumors, welcher an der hinteren Seite des Uterus in das Becken eingetreten war. Der Tumor selbst konnte gerade nur mit der Spitze eines Fingers an der Kopfseite des Kindes gefühlt werden. Der Teil des Tumors, der sich präsentierte, war an dem Beckenrand eingeklemmt. 1. Versuch, den Tumor aus dem Becken herauszuheben. 2. Versuch, die Zyste zu aspirieren. 3. Versuch, den Kopf vom Abdomen aus hochzuziehen, indem der Assistent von unten den Tumor hochzuschieben versuchte. Dieser gelingt. 4. Das Kind wurde von unten mit der Zange lebend entwickelt. 5. Rechtsseitige Ovariotomie mit Peritonealisierung des Stumpfes. 6. Lösung der Plazenta durch die in das Abdomen eingeführte Hand. 7. Bauchdeckenschluss. Das Kind wog 7 Pfund. Operation 1 Stunde. Heilung.

2. Fall, der zur Beobachtung kam. Frau M., 35 Jahre. Mehrgebärende, wurde am 1. April 1912 ins Krankenhaus gebracht. Die erste Geburt war operativ, die zweite normal und die Pat. litt seit einem Jahr an Rückenschmerzen. Letzte Regel am 12. Dezember 1911, $3^1/_2$ Monate, ehe sie ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Seit den letzten 14 Tagen klagte die Pat. über einen dumpfen Druck im Bauche. Zuzeiten über einen scharf stechenden Schmerz, besonders in der rechten Seite. Diese Schmerzen waren seit den letzten 24 Stunden äusserst schmerzhaft und mit Stuhlverstopfung verbunden. Die abdominale Untersuchung ergab den Uterus 3 Querfinger oberhalb der Symphyse und hinter ihm zur rechten befand sich eine weiche Masse ungefähr von der Grösse einer Weintraube. Die vaginale Untersuchung ergab denselben Befund. Ausserdem fühlte man noch im Douglas eine weiche Masse. Diagnose: Eine Schwangerschaft, die durch einen bilateralen Ovarialtumor kompliziert ist, rechts torquierter Stiel. Bilaterale Ovariotomie. Beide Tumoren befanden sich in Torsion rechts mehr als links. Die Patientin wurde unter Morphium gehalten, aber 10 Tage nach der Operation kam es zum Abort. Sie erholte sich gut.

4. Die Behandlung von Fällen, die während der Geburt beobachtet werden.

Hier muss wieder eingeteilt werden in hindernde Tumoren und nichthindernde Tumoren.

a) Tumoren, die nicht hindern, sollten während der Geburt nicht operiert werden, wenn die Geburt gut fortschreitet. Die Geburt sollte jedoch beschleunigt werden, besonders im zweiten Stadium, um den abdominalen Druck zu vermeiden. Hier kommt in Betracht die Entbindung durch Dilatation der Cervix. Voohies schlägt vor, die Geburt durch vaginale Hysterotomie oder durch Zange zu vollenden. Die Wendung ist kontraindiziert.

b) Tumoren, welche bei der Geburt hindern. Die Tumoren, welche bei der Geburt hindern, sollten der Bequemlichkeit wegen in 3 grosse Gruppen eingeteilt werden. Nichtinfizierte Fälle am Anfang der Geburt. Nichtinfizierte Fälle am Ende, 3 infizierte Fälle während der Geburt.

Nichtinfizierte Fälle können auf 3 Arten behandelt werden:

a) Durch Lagerung der Frau und Reposition des Tumors,

b) Kaiserschnitt mit Ovariotomie,

c) Abwarten, bis die vollständige Dilatation der Cervix erfolgt ist.

a) Die Lagerung der Frau mit Reposition des Tumors aus dem Becken in Anästhesie wird in vielen Fällen gelingen, ist jedoch nicht ohne Gefahr.

Sie soll niemals versucht werden bei Dermoiden, bei infizierten Tumoren und bei verwachsenen. Die Möglichkeit, einen infizierten Tumor zu zerreissen, ist stets gross und endet mit verhängnisvoller Peritonitis.

b) Kaiserschnitt und die darauffolgende Ovariotomie kann selbstredend gemacht werden in nichtinfizierten Fällen, ehe die Cervix erweitert ist. Der Erfolg dieser Fälle ist meist gross. Es sollte immer der klassische Kaiserschnitt gemacht werden und ein Stück Ovariengewebe sollte immer zurückgelassen werden, wenn keine Malignität des Tumors vorliegt. Die Exstirpation des Uterus sollte stets der bilateralen Ovariotomie hinzugefügt werden.

Bei manchen Fällen kann man bis zur Dilatation der Cervix warten, es ist aber gefährlich wegen der Möglichkeit der Ruptur der Zyste.

Nichtinfizierte Fälle am Ende der Eröffnungsperiode. Hier mag natürlich ein leichter Versuch der Reposition unter Anästhesie gemacht werden und mit der Zange die Geburt vollendet werden. Die Reposition ist nicht nur gefährlich, sondern man lässt den Tumor auch zurück, der im Wochenbett noch in 23—30% aller Fälle torquiert werden kann. Bei diesen Fällen sollte die Laparotomie gemacht werden, da sie uns die beste Übersicht über den gegenwärtigen Zustand gibt.

a) Man kann auch den Tumor vom Becken aus reponieren, die Zange anwenden und dann den Tumor entfernen. Diese Operation ist in vielen Fällen möglich und hat einen entschiedenen Vorteil vor dem Kaiserschnitt. Die Vorteile bestehen darin, dass der Uterus nicht eröffnet ist, dass wir die Gefahr der Peritonitis verringern, und dass wir bei später folgenden Geburten nicht immer den Kaiserschnitt zu machen brauchen. Als besondere Indikation für diese Manipulation darf folgende genannt werden:

Bei einer Vielgebärenden mit vollständig erweitertem Muttermund, ein Tumor, der nicht infiziert ist, nicht verwachsen und welcher verhältnismässig leicht aus dem Becken herausgebracht werden kann.

b) Wenn aber die Patientin Erstgebärende ist, die Cervix nicht vollständig erweitert, wenn das Becken etwas verengt ist, oder wenn der Tumor verwachsen ist, oder wenn ein infizierter Tumor oder ein Tumor des breiten Mutterbandes vorliegt, sollte der Kaiserschnitt gemacht werden. Nach der Geburt des Kindes durch Kaiserschnitt soll dann der Tumor entfernt werden.

3. Infizierte oder verdächtige Fälle.

In diesen Fällen, wie zur Beobachtung kam, wird der Versuch der Reposition des Tumors oft gelingen, wahrscheinlich aber nicht ohne Gefahr. Eine Laparotomie sollte sofort angeschlossen werden und wir müssen vorerst entscheiden, ob der Tumor reponiert werden kann oder nicht. Wenn er aus dem Becken herausgeschoben werden kann, wie in dem obigen Fall, und die Bedingungen zur Zange sind günstig, sollte die Zange angelegt werden und danach der Tumor operiert werden. Wenn dies Erfolg hat, ist es die idealste Operation, da der Genitaltraktus nicht eröffnet worden ist. Wenn in diesem Stadium die Cervix nicht vollständig eröffnet ist, könnte man auch an manuelle Dilatation denken, oder an Dührssensche Inzision, oder an vaginale Hystrotomie, um nicht den Uterus von oben eröffnen zu brauchen. Wenn der Tumor nicht aus dem Becken geschoben werden kann, und die Pat. ist infiziert, haben wir es mit einem sehr ernsten Falle zu tun. Die Reihenfolge der Operation sollte sein:

Entleerung des Uterus durch Kaiserschnitt, Entfernung des Tumors, und wenn das Leben der Pat. durch Infektion des Uterus bedroht ist, supravaginale Uterusexstirpation, indem man den zervikalen Stumpf extraperitoneal behandelt.

Die Behandlung der Fälle im Wochenbett. Dies beantwortet sich von selbst. Entweder sobald wie möglich den Tumor im Wochenbett entfernen, oder den abwartenden Weg einschlagen. Man darf nicht vergessen, wie die Tumoren zur Torsion neigen, veranlasst: durch die plötzliche Entleerung des Tumors, Nekrose und Infektion und wir sollten dann augenblicklich operieren, wenn Temperatur eintritt, die mit Schmerzen und Drucksymptomen anfängt.

Holden (8). Eine mannskopfgrosse Ovarienzyste macht wegen Stieldrehung die Laparotomie notwendig. Da es unmöglich war, den Uterus beiseite zu drängen und die Zyste frei zu bekommen, wird zuerst Hysterotomie gemacht, der Uterus entleert und dann die Zyste ganz entfernt. Glatte Heilung.

P. Ruge (15). Doppelseitige Ovariotomie in der Schwangerschaft, wobei trotz mechanischer Insulte die Gravidität erhalten blieb. Trotz beiderseitiger Entfernung der Ovarien hat die Mutter 7 Monate stillen können.

Cadwalloder (4). Eine Pat. von 22 Jahren bekommt Schmerzattacken in der rechten unteren Bauchgegend, die so heftig werden, dass sie in die Klinik aufgenommen werden muss. Die Untersuchung ergibt eine starke Schmerzempfindlichkeit in der rechten Bauchseite, welche in den nächsten Tagen immer schlimmer wurde. Puls- und Temperatursteigerung folgte. Die Diagnose wurde auf Appendizitis gestellt. Den Verhältnissen der Krankheit entsprechend entschloss man sich zum Kaiserschnitt. Es ergab sich nebst einem 7 Pfund schweren Kinde ein stielgedrehter rechtsseitiger Ovarialtumor, der entfernt wurde, die anderen Anhänge waren normal. Die Appendix wurde ebenfalls wegen Entzündungserscheinungen entfernt. Heilung und Entlassung.

Anatomie. Missbildungen. Allgemeines.

1. *Block, Frank Burton, Einige Beobachtungen über Dysmenorrhoe. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 6. 1915. Dez.
2. Hüssy, Neuere Anschauungen über das Wesen und den Zusammenhang der Menstruation und Ovulation. Schweiz. Korrespondenzbl. Nr. 5.
3. *Mc Glinn, John A., Endresultate der Resektion der Ovarien wegen kleinzystischer Degeneration. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. Nr. 3.
4. Meyer, Max, Zur Frage der Beziehungen zwischen Ovarien und Epithelkörperchen. Inaug.-Diss. Strassburg. 1914. (Es besteht nach Verf. kein Antagonismus.)
5. *Meyer, Robert, Zur Histogenese und Einteilung der Ovarialkystome.
6. *Rosenow, Edward C. und Carl Henry Davis, Bakteriologie und experimentelle Erzeugung der Ovariitis. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 66. Nr. 16.

7. Sampson, John A., Variations in Blood of Ovary. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. June 17. p. 2033.
8. Smith, A. J. and A. C. Wood, An Accessory Ovarium. New York Med. Journ. Oct. p. 835.
9. *Triepel, Hermann, Alter menschlicher Embryonen und Ovulationstermin. Anat. Anz. 1915.
10. Vignes, Henri, Einfluss des Lezithins und des Cholesterins auf die Giftigkeit der Eier und des Ovariums. Annal. de l'Institut Pasteur. 1914. Bd. 28. Nr. 4.
11. *Vineberg, Was ist das Schicksal der nach Hysterektomie zurückgelassenen Ovarien. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 21. Nr. 5.
12. *Ward, Geo Gray, Angeborene Mängel der linken Anhänge. The Amer. Journ. of Obst. Versammlung, April 1916 d. Verhandl. d. New-Yorker geburtshilfl. Ges.

Meyer (5) spricht zuerst von der in der Literatur mangelhaft hervortretenden Unterscheidung zwischen Zysten und echten Kystomen und weist auf das Unberechtigte der Ansicht von der Existenz sogenannter Tuboovarialkystome hin. Kombinationsgeschwülste dieser Art gibt es nicht. Man muss unterscheiden zwischen den Retentionszysten und echten Kystomen. Letztere sind als zystische Form stark sezernierender Adenome aufzufassen. Das Cystoma cerosum simplex Pfannenstiels, welches aus Follikeln entstehen soll, hält Verf. nicht für existenzberechtigt. Verf. betrachtet dann kritisch die bisher übliche Einteilung der Ovarialkystome und schlägt folgende Benennungen vor:

a) Blastoma cilioepitheliale s. serosum; 1. adenomatosum (solidum), besser adenoides, 2. cysticum, 3. papillare und 4. die Kombination der Unterarten.

b) Blastoma epitheliale pseudomucinosum; 1. adenomatosum, besser adenoides (solidum), 2. pseudopapillare (höchst selten teilweise papillär, partim papillare), 3. cysticum, 4. kombiniert.

Was die Entstehung der Kystome anlangt, so wird darauf hingewiesen, dass weder aus einem Follikel, noch aus einem Corpus luteum, noch aus einer Vereinigung von Tuben- und Ovarialgewebe ein Kystom entstehen kann. Diese sind nach Ansicht des Verf. sämtlich Retentionszysten. Die Flimmerepithelkystome stammen von Resten des Keimepithels ab, so dass man zusammenfassend von „Keimepithelblastomen" reden kann. Die „Pseudomuzinblastome" sind vorläufig als Teratome aufzufassen. Zusammenfassend äussert sich Verf. dahin, dass er die gutartigen und bösartigen Blastomformen des „Keimepithels" denen des „Pseudomuzinepithels" gegenüberstellen will. Wir hätten demnach im grossen ganzen gut- und bösartige „zilioepitheliale (Keimepithel) Blastome" und gut- und bösartige „Pseudomuzinepithelblastome" und drittens sogenannte „kombinierte Tumoren" (Blastoma cilioepitheliale fibromatosum, Sarkomkombinationen und kombinierte Keimepithelpseudomuzinmischgeschwülste).

Das Carcinoma ovarii folliculoides et cylindromatosum wäre in die Reihe der Keimepithelblastome zu rechnen, falls die Ansicht richtig ist, dass es von Resten der Granulosazellenballen ausgeht. Die tubolären Adenome gehören entweder in das Gebiet der Keimdrüsenzwitter oder leitet sich vom Rete ovarii ab. Die ausserordentlich reichhaltige Erfahrung des Autors, die die Erwähnung jeder Einzelheit wichtig erscheinen liesse, macht die Arbeit zu einer besonders wichtigen. Es muss deshalb zur näheren Orientierung ausdrücklich auf das Original verwiesen werden.

Triepel (9). Ovulationstermin sehr verschieden. Am wahrscheinlichsten vorläufig ca. 18 Tage nach Beginn einer Menstruation.

Mc Glinn (3). Angeblich keine befriedigenden Resultate nach Resektion. Nach Verf. kommt die kleinzystische Degeneration durch Retrofl. uteri zustande. Also muss in erster Linie die Lage korrigiert werden. Dann empfiehlt Verf. die Punktion der Zystchen. Er hatte damit gute Resultate.

Ward (12). Es handelt sich um eine 24jährige Patientin mit normaler 28tägiger Menstruation. Wegen der Symptome einer chronischen Appendizitis

und Cervititis wird operiert. Das rechte Ovarium ist zystisch degeneriert. Links fehlen vollständig Tube und Ovarium; ausserdem Zeichen der chronsichen Appendizitis. Normaler Heilverlauf.

Vineberg (11) ist der Ansicht, dass die nach Hysterektomie zurückgelassenen Ovarien keinen grossen Nutzen haben. Sie degenerieren oft und bewahren durchaus nicht immer die Trägerin vor klimakterischen Beschwerden. Er will nur die Ovarien zurücklassen, wenn zu gleicher Zeit etwas Uterusschleimhaut erhalten werden kann, damit noch Menstruation möglich ist.

Rosenow (6). Kaninchen und Hunden wurden aus erkrankten menschlichen Ovarien stammende Kulturen injiziert (Streptoc. viridans, diphtherieähnliche Stäbchen, Staphyl. albus, selten Gonokokken).

Die Tiere zeigten nach der Injektion solcher aus fibrozystischen Ovarien stammenden Kulturen Affektion der Genitalorgane und auch der Ovarien.

Verf. ist der Ansicht, dass eine Mandelentzündung auf dem Blutwege eine Infektion der weiblichen Beckenorgane erzeugen kann, z. B. bei Menstruation aus Angina. Die Streptokokkenperitonitis nach Angina soll auf dem Blutwege über das Ovarium entstehen.

Es wird auf Verschiedenheiten im Verlaufe der Art. uterina und ovarica hingewiesen. Sampson (7) empfiehlt schliesslich, beim Entfernen der Tube mit Zurücklassen des Ovarium möglichst wenig das Lig. latum zu verletzen. Bei Entfernung des Uterus soll, wenn möglich, Tube mit Ovarium zurückgelassen werden.

Block (1) unterscheidet 3 Formen in mechanische, ovarielle und vagotonische. Bei den ovariellen, die mit Schmerzen in den Ovarialgegenden gleich zu Anfang beginnen, Kopfschmerz und Brechreiz zeigen und Uteruskrämpfe, soll die Kokainisierung nach Fliess oder subkutane Adrenalininjektion angewendet werden.

VII.

Ligaments und Tuben.

Referent: Dr. Linnert, Halle,

z. Z. im Felde.

A. Vordere Bauchwand. Hernien.

1. Bose, du, F. G., Eine neue Operation der Nabelhernie. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 21. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 853.
2. Dieulafé, Fibrome traumatique du muscle grand droit de l'abdomen. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Févr. 1914. Ann. de gyn. Tome 12. p. 42. (1 Fall derart. Das Trauma soll geburtshilflich gewesen sein.)
3. Eastmann, J. R., Tuberkulose des Urachus. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1040.
4. Eunicke, K. W., Über Hernia uteri inguinalis bei unvollkommener Entwicklung der Genitalien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. p. 147.
5. Fairfield, Operation der Hernie zwischen den Recti abdominis. Surg., Gyn. and Obst. 21. 6.
6. Falk, Meyer, Blasenhernien der Linea alba. Inaug.-Diss. Breslau.

7. Finsterer, H., Die totale Darmausschaltung. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 421.
8. v. Franqué, O., Adenom in einer Laparotomienarbe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 953.
9. — Spaltbecken mit Blasenektopie und Prolaps. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 265.
10. Fründ, H., Unsere Erfahrungen mit der Makkarschen Operation der Blasenektopie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 1.
11. Heineck, A. P., Hernien der Harnblase. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 22. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 914.
12. Moorhead, J. J. und E. L. Moorhead, Die Ekstrophie der Harnblase; mit Bericht über 2 Fälle. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 418.
13. Oeder, Bemerkungen zur Frage der konstitutionellen Fettsucht. Berl. klin. Wochenschrift. 15. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 507.
14. Robbins, J., Enteroptose. Med Rec. Vol. 89. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 853.
15. Rupprecht, Paul, Über Sarkome der Bauchdecken und der Vulva. Inaug.-Diss. Jena. 1915. (Beschreibung eines enormen Spindelzellensarkoms der Bauchdecken. Gute Literatursammlung.)
16. Schloffer, H., Ziele bei der Behandlung der Blasenektopie. Wien. med. Wochenschr. Nr. 26. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 840.
17. de Snoo, Sehr grosses Fibrom des M. rectus abdominis sin. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. XXV. (Mendes de Leon.)
18. Stein, Nabelschnurbruch und Heilung durch Operation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 63. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 506.
19. Strassmann, P., Bauchdeckengeschwülste. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. Berlin, 26. Febr. 1915. Zentralbl. f. Gyn. p. 258. (1. Fibrom gewachsen trotz Röntgenbehandlung. Operative Heilung. 2. Sarkom rezidivierend.)
20. Thaler, Myom des Beckenbindegewebes, durch den Leistenkanal deszendiert. Geb.-gyn. Ges. Wien. 16. Mai. Sitzungsber. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. 496.
21. Zickmund, Desmoidgeschwülste der vorderen Bauchwand. Sbornik. Lek. XVII. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 28. Oct.

du Bose (1). Herstellung der Zugrichtung der Ligam. umbil. lat., der Lig. med. und teres hepat. durch eine besondere Plastik der Faszie.

Eastman (3). 19jährige Frau; kleinapfelgrosser Tumor zwischen Nabel und Symphyse. Spontane Fistelbildung. Operation. Fistelgang bis zur vorderen Blasenwand. Mikroskopisch tuberkulöses Granulationsgewebe.

Eunike (4). 21jährige amenorrhoische Nullipara mit Atresia vaginal., Herniotomie mit abdominaler Totalexstirpation.

Falk (5). Extraperitoneale Blasenhernie nach Ventrifixur infolge von Cystocele. Heilung durch Relaparotomie, Herniotomie, hohe Ventrofixation und Sterilisation durch Salpingektomie.

v. Franqué (9). Pessareinlegung und Stützen des Pessars durch T-binde, die gleichzeitig Vorrichtung zum Auffangen des Harns trägt. Operation aussichtslos.

v. Franqué (8). Vor 4 Jahren Laparotomie wegen Uterusperforation mit Tubenläsion. Herkunft des adenomatösen Tumors wahrscheinlich von Uterusschleimhautteilen als Implantationsmetastase. Wegen der Möglichkeit der malignen Entartung stets Exstirpation, auch bei Fehlen von Beschwerden, wie in vorliegendem Fall.

Fründ (10). Bericht über 5 Fälle aus der Garréschen Klinik. Die Eigenart der Operation besteht darin, dass zuerst das untere Ende des Cökum zusammen mit einem Hemmstück ausgeschaltet wird, und dass die Appendix in die Bauchwand eingenäht, eröffnet und mit Verweilkatheter armiert wird, um zur Drainage und Reinigung des ausgeschalteten Darmstückes zu dienen. In das Cökum wird dann in einer 2. Sitzung das aus der Blase herauspräparierte Trigonum mit den Ureterenmündungen eingepflanzt, das Cökum dient als Blase, die Appendix als Harnröhre, die sich im Laufe der Zeit eine gewisse Kontinenz erwirbt. Die

Operation bietet Schwierigkeiten, die aber nicht unüberwindlich sind. Der Hauptvorzug gegenüber der Maydlschen Einpflanzung des Trigonum in den Dickdarm liegt darin, dass die aszendierende Pyelitis ausbleibt, und dass der Urin direkt ausgeschieden wird, ohne erst den Dickdarm zu passieren und seine Schleimhaut zu reizen, und dass endlich das Urinreservoir einer Reinigung zugänglich ist. Zwei Fälle sind gestorben im Anschluss an die Operation, zwei gelangten zum angestrebten Erfolg, beim dritten wurde der Erfolg durch eine nicht zu heilende Urinfistel aufgehoben. (Calmann.)

B. Haematocele. Douglastumoren.

1. Amann, J. A., Über Fibroadenome fornicale. (Serositis fibroadenomatosa recto-cervicalis.) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 6.
2. Chavannaz et Loubat, Hématocèle souspéritonéale développée dans l'épaisseur du ligament large. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. 10 Mars. Ann. de gyn. Tome 12. p. 375. (Ätiologie Tubenschwangerschaft. Ausstrahlende Schmerzen im Bein.)
3. Hartz, H. J., Verschiedene Ausgänge ektopischer Schwangerschaft. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 278.
4. Spaeth, Über Geschwulstbildungen im hinteren Parametrium — Karzinom vortäuschend. Geburtsh. Ges. zu Hamburg. Sitzungsber. 19. Dez. Zentralbl. f. Gyn. 9. 17. p. 227.

Amann (1). Ätiologisch kommt neben einer Serositis die Herkunft vom Wolffschen oder Müllerschen Gang in Betracht, daneben spielen vielleicht tuberkulöse und sonstige chronische Entzündungen im Douglasschen Raum eine Rolle. Bei Wachstum der Tumoren und Druckerscheinungen auf die Umgebung wird man in vielen Fällen nicht ohne Operation auskommen.

Spaeth (4). Vaginale Probeinzision und Inzision eines Gewebsstückes. Bei fehlender Malignität Verzicht auf Operation.

C. Adnexe im allgemeinen. Ligamentum latum. Ligamentum rotundum. Beckenperitoneum. Prozessus vermiformis.

1. Albeck, Behandlung en af Salpingooophoritis. (Die Behandlung der Salpingooophoritis.) Jütländ. Med. Ges. Ref. Ugeskr. for Laeger. p. 678—86. Kopenhagen. (O. Horn.)
2. Amann, Stieltorquiertes Fibrom des Lig. latum. Münch. gyn. Ges. Sitzungsber. 20. Mai 1915. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 136. Operation eines Falles.
3. Babler, Ed. A., Akute Beckenappendizitis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 23. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 933.
4. Behan, R. J. und W. A. Nealon, Intraperitoneale Adhäsionen und ihre Verhütung. New York Med. Journ. Vol. 104. Nr. 4. 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 17. Nr. 11. p. 279.
5. Bovin, E. und J. Olow, Die Behandlung der Genitaltuberkulose. 11. Kongr. d. nord. chir. Ver. Gothenburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1011.
6. Bowers, Beckeninfektion und Beckendrainage. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 15. Vol. 65. Nr. 23. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 462.
7. Brinsmade, W. B., Postoperative Verwachsungen in der Bauchhöhle. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 11. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 559.
8. Brunzel, A. F., Über die kryptogenetische Peritonitis mit besonderer Berücksichtigung des peritonealen Infektionsmodus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 133. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 28. p. 557.
9. Chaput, M., Le traitement des salpingites par la salpingotomie longitudinale. R. Presse méd. Nr. 55. p. 443. Soc. de chir. 20 Sept.
10. Connel, F. G., Pseudoappendizitis. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 67. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 933.

11. Crille, G. L., Die Behandlung der Peritonitis. Clevel. méd. journ. 16. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 896.
12. Cubbins, W. A. und J. A. Abt, Bericht über die Wirkung fremder Substanzen in der Peritonealhöhle. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 22. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 896.
13. Deaver, J. B. und D. B. Pfeiffer, Peritonitis. New York Med. Journ. Vol. 102. Nr. 20. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 460.
14. Derganz, Franz, Beitrag zur Peritonitistherapie. Münch. med. Wochenschr. 16. 5. Feldärztl. Beil. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 467.
15. Doerfler, H., Beitrag zur Symptomatologie und Therapie der Pneumoperitonitis. Münch. med. Wochenschr. 15. 51. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. 16. p. 461.
16. Eising, E. H., Pericystitis als Komplikation akuter Appendizitis. Med. Rec. Vol. 134. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 638.
17. de Fine Licht, Disk. Bemerkungen zu „Albeck: Die Behandlung der Salpingo-oophoritis". Jütländ. Med. Ges. Ref. Ugeskr. for Laeger. p. 735. Kopenhagen. (O. Horn.)
18. v. Franqué, Tuberkulöse Tuboovarialzyste, mit der Leber verwachsen. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Sitzungsber. Deutsche med. Wochenschr. 1915. Nr. 29. p. 876.
19. Funk, V. A., Dermoidzysten der Regio sacrococcygea. Interst. Med. Journ. Vol. 22. Nr. 1. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 509.
20. Grant, W. V., Ein ungewöhnlicher Wurmfortsatz. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 707.
21. Haggard, W. D., Die Anwendung der verschiedenen Theorien bei der Behandlung der Peritonitis. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 13. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 895.
22. Hartmann, S. P., Experimentelle Untersuchungen über die Eingangspforten und die Ausbreitung der Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane. 11. Kongr. d. nord. chir. Ver. in Gothenburg. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1013.
23. Hellman, A. M., Fibroid des Lig. ovarii prop. New York Med. Journ. Vol. 102. Nr. 19. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 509.
24. Henneberg, Über die Wahl der Operationsmethode bei entzündlichen Adnexerkrankungen. Gyn. Helvet. 1914.
25. Henschen, K., Entstehung eines grossen Hautwassersackes nach subkutaner Aszitesdrainage. Arch. f. klin. Chir. Bd. 107. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 11. p. 280.
26. Herb, F., Pelvic Massags for Post-operative Adhesions. Amer. Journ. of Surg. XXX. p. 342.
27. Hesselberg, Trygoe, Von Entzündungen in Adnexa uteri. Norsk. Mag. f. Laeg. Jahrg. 77. p. 1125. (Aus der Frauenklinik in Kristiania.) (Kr. Brandt.)
28. Kaarsberg, Tuberculosis tubas et Cystie caseosa. Laparotomi. Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 1476—77. (O. Horn.)
29. Khaum, E., Über ein primäres Karzinom des Urachus. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 508.
30. Klindl, Disk. Bemerkungen zu „Albeck: Die Behandlung der Salpingooophoritis". Jütländ. Med. Ges. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 736. Kopenhagen. (O. Horn.)
31. Kouwer, Fall eines eigenartigen Tumors einer multilokulären Pseudozyste, gelegen um ein tuberkulöses linkes Adnexum, das fast bis zum Nabel reichte. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. XXV. 3. (Mendes de Leon.)
32. Kröner, M., Beitrag zur Therapie der Genitaltuberkulose. Arch. f. Gyn. Bd. 105. Heft 2.
33. Kroher, K., Beiträge zur Frage der Drainage bei Peritonitis nach Appendizitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 134. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 558.
34. Kumaris, J., Milzdermoid und Wandermilz. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 559.
35. Lacina, J., Pneumokokkenperitonitis. Časopis lékarnoceskych. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 895.
36. Latzko, V., Linksseitiges Tubenkarzinom, rechtsseitige karzinomatöse Tuboovarialzyste. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien. Sitzungsber. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1124 u. Wien. med. Wochenschr. 1917. p. 160.
37. Malcolm, J. D., Pneumoperitoneum. Ref. Soc. of Med. Sect. Obst. and Gyn. May 4. Journ. Obst. Gyn. Br. Emp. Vol. 27. p. 202.

38. Martin und d'Arcis, Doppelseitige Pyosalpinx mit Adhäsionen am Kollum und am Rektum. Ges. f. Geb. u. Gyn. d. rom. Schweiz. Sitzungsber. 11. Febr. 1915. Gyn. Zeitschr. 16. Jahrg. p. 1. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 5. p. 434.
39. Mayer, A., Beitrag zu der operativen Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen und ihre Beziehungen zur Peritonitis. Zeitschr. f. klin. Chir. Bd. 104. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 558.
40. Müller, J. W., Gegen die Hämoglobinnatur der eosinophilen Zellen, ihre Beziehungen zu den Russelschen Körperchen und ihre differential-diagnostische Bedeutung bei eitrigen Adnexentzündungen. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 25. p. 241.
41. Montgomery, E. E., Infection of Uterine Appendages; Its Sequelae; Its Nonsacrificial Treatment. New York State Journ. of Med. July.
42. Moore, Salpingitis secundary to Appendicitis. Surg., Gyn. and Obst. XXII. 70.
43. Moro, N., Zur Kasuistik der stumpfen Bauchverletzungen. Wien. klin. Wochenschr. 1915. 40. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 25. p. 508.
44. Neermann, Disk. Bemerkungen zu „Albeck: Die Behandlung des Salpingooophoritis". Jütländ. Med. Ges. Ref. Ugeskr. for Laeger. p. 73 —36. Kopenhagen. (O. Horn.)
45. Nixon, P. J., Können wir die Appendizitis diagnostizieren. Med. Rec. Vol. 89. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 790.
46. Paus, N., Milzabszess. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 133. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 560.
47. Phemister, D. B., Ein Fall von pseudomuzinöser Zyste des Wurmfortsatzes. Ihre Beziehungen zum Pseudomyxoma ex appendicite. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 22. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 706.
48. Pielsticker, L., Ein Fall von Uterusabszess mit Durchbruch in die Bauchhöhle. Heilung durch Totalexstirpation des Uterus und Drainage. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 835.
49. Polak, Review of five hundred Cases of Pelvic Infection with End Results. New York State Journ. of Med. July.
50. Prior, Disk. Bemerkungen zu „Albeck: Die Behandlung der Salpingooophoritis". Jütländ. Med. Ges. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 733—35. Kopenhagen. (O. Horn.)
51. Pulvermacher, Tubenerkrankung und Sterilität. Allg. med. Zentralztg. Nr. 20. Ref. i. d. Frauenarzt Heft 12. 330.
52. Rahlff, Dsk. Bemerkungen zu „Albeck: Die Behandlung der Salpingooophoritis". Jütländ. Med. Ges. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 733. Kopenhagen. (O. Horn.)
53. Reder, Fr., Drainage for Pus Conditions in Pelvis During Pregnancy. Journ. Amer. med. Assoc. Vol. 67. p. 1257. Amer. Assoc. Obst. and Gyn. Sept. 25.—27. (Ursache meist Appendizitis. Drainage durch den Douglasschen Raum empfohlen.)
54. Schepelmann, E., Klinische Erfahrungen mit meiner Methode der plastischen Aszitesdrainage. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 559.
55. Schöne, G., Strengere Indikationen für die Ausgestaltung der operativen Peritonitisbehandlung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 135. Heft 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 11. p. 279.
56. Seedorf, Ein Fall von torquiertem Adnextumor bei einer vierjährigen Patientin. Ugeskrift for Laeger. 1915. Nr. 46. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 708.
57. Shoemaker, G. E., Impacted Tumor of the Pelvis with acute Urinary Obstruction. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. p. 660 u. 692. (Es handelte sich um einen karzinomatösen, im Becken liegenden Tumor. Operation heilt die Harnverhaltung.)
58. — Pelvic Pneumococcus Abscess. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. p. 661 u. 692. (Ursache vielleicht eben überstandene Pneumonie.)
59. Simmet, Rudolf, Zur Frage der Radikaloperation bei einseitiger Pyosalpinx. Inaug.-Diss. München.
60. Spaeth, Abgerissenes Lig. rot. uteri. Geburtsh. Ges. zu Hamburg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 996.
61. Stanton, Mac E. D., Reihenfolge der pathologischen Veränderungen bei akuter Appendizitis und folgender Peritonitis. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Vol. 149. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 706.

62. Stolz, Grosser Beckenabszess, pararektale Freilegung und Eröffnung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 957.
63. Strandgaard, Disk. Bemerkungen zu „Albeck: Die Behandlung der Salpingo-oophoritis". Jütländ. Med. Ges. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 730—32. Kopenhagen. (O. Horn.)
64. Stratz, C. H., Zur Behandlung von Beckeneiterungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 811.
65. Strauss, D. C., Der Wert von Sodiumzitratlösung zur Verhinderung peritonealer Adhäsionen. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 22. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 896.
66. Sympson, E. M., Ein Fall von Netzfibrom. Lancet. 29. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 896.
67. Tage-Hausen, Disk. Bemerkungen zu „Albeck: Die Behandlung der Salpingo-oophoritis". Jütländ. Med. Ges. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 732—33. Kopenhagen. (O. Horn.)
68. Taylor, H. C., Die Tuberkulose der Adnexe. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 710.
69. Veit, J., Appendizitis und Schwangerschaft. Med. Klin. Nr. 4.
70. Vogel, K., Zur Frage der Verhütung der Rezidive peritonealer Adhäsionen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 37. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 11. p. 280.
71. Wagner, Uterusabszess nach Appendizitis. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien. Sitzungsber. 20. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 607.
72. Ward, G. G., Klinische Beobachtungen über die Behandlung akuter Beckenentzündungen. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 509.
73. Watkins, Thomas J. M. D., Pelvic Infections in Women. Comments on some special Pathology with Application to Treatment. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 67. Nr. 15. Oct. 7. p. 1076.
74. Wilder, Russel M., Peritonitis als Folge akuter Oophoritis nach Tonsillitis. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 66. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 708.
75. Williams, J. T., Viszerale Ptosis. Boston Med. Surg. Journ. 1915. Nr. 1. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 28. p. 560.
76. Zachariae, Om akut diffus Peritonitis ved den gonorrhoiske Salpingo-Oophoritis. (Über akut diffuse Peritonitis bei gonorrhoischer Salpingo-Oophoritis.) 3 operierte Fälle. Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 417—27. (O. Horn.)
77. Zahlmann, Disk. Bemerkungen zu „Albeck: Die Behandlung der Salpingooophoritis". Jütländ. Med. Ges. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 735. Kopenhagen. (O. Horn.)
78. Zikmund, E., Zur Therapie der Tuberkulose des Peritoneums und des Genitaltraktus. Wien. med. Wochenschr. Nr. 31. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 205.

Bovin und Olow (5). Im frühesten Stadium sei die Behandlung nicht operativ, ebenso bei zweifelhaften Fällen. Fortgeschrittene, namentlich durch konservative Behandlung nicht gebesserte, und Fälle, bei denen eine Therapie nicht durchführbar, sollen operiert werden. Bei resistenten, auf Tuberkulose verdächtigen Fällen baldige Operation und zwar Laparotomie und doppelseitige Salpingektomie. 55 Fälle, 7,27% postoperative Mortalität. Olow: Bei auf die Genitalien lokalisierter Tuberkulose ist die Operation indiziert. Bei Adhäsionsbildung kein Operationsversuch. Jeweilige Entfernung des erkrankten Teiles.

Chaput (9). Laparotomie, Tubenlängsschnitt, Säuberung, Drainage. 100 Fälle, 1% Mortalität. Ohne Angabe des funktionellen Erfolgs.

v. Franqué (18). Übermannskopfgrosse tuberkulöse Corpus luteum-Zyste, die käsige Massen enthält. Im Innern eines präformierten, von dem Ovarialgewebe abgegrenzten Hohlraums reichliche Tuberkel und tuberkulöse Riesenzellen. Beide Tuben tuberkulös. Starke Adhäsionsbildung.

Malcolm (37). Laparotomie wegen entzündlicher Adnexerkrankung; am 3. Tage Metrorismus. Relaparotomie: nur Gas zwischen den Därmen. Annahme — also nicht Nachweis — der aërogenen Heilung.

Hartmann (22). Meerschweinchenversuche. Spontanaufwanderung der Keime per vaginam zweifelhaft, möglicherweise nur bei Sekretstauung. Wahr-

scheinlicher ist die Infektion auf dem Wege der Lymphbahnen. Die Möglichkeit der Kohabitationsgenese wird zugegeben.

Henneberg (24). Eine Vorherbestimmung der Methode ist unmöglich. Bei ausgedehnten und fest fixierten Tumoren wurde durch die Hemisectio uteri die Entfernung des ganzen entzündlichen Uterusadnextumors am leichtesten und vollständigsten erreicht.

Hesselberg (27). Bericht über 59 Fälle von Adnexerkrankungen entzündlicher Natur mit besonderer Berücksichtigung auf die verschiedenen Prinzipien der Behandlung. Sowie die Ätiologie festgestellt werden konnte, waren $^2/_3$ der salpingoophoritischen Tumoren gonorrhoischer Natur, die übrigen puerperalen oder unsicheren Ursprunges, während von den peritonitischen Adhäsionen $^3/_4$ puerperal waren gegen $^1/_4$ aus gonorrhoischer oder unsicherer Ätiologie. — Parametriten und parametritische Narben waren beinahe alle puerperal entstanden, kein Fall war gonorrhoisch, einige Fälle unsicher. Die entzündlichen Adnextumoren wurden als Regel nicht operiert, da eine exspektative Behandlung sich nutzlos oder unzureichend erwiesen hatte. Die Behandlung war: Bettruhe durch mehrere Wochen (durchschnittlich 45 Tage), Alvus apsta, Umschläge, Heissluftbehandlung.

Leichte peritonitische Adhäsionen wurden massiert, schwere Fälle mit Retrofixation des Uterus wurden laparotomiert.

Parametritische Narben sind für operative Eingriffe nicht zugänglich. Sie wurden mit Erfolg massiert. Verf. empfiehlt die vorsichtige Massage in geeigneten Fällen. Dass die Methode missbraucht werden kann, darf derselben als solcher nicht zur Last gelegt werden.

Die Resultate der Behandlung waren durchaus gut. Viele Adnextumoren wurden vollständig geheilt, während bei einigen wenigen Fällen die subjektiven Symptome zwar verschwanden oder bedeutend gebessert waren, aber kleine Adnextumoren noch nachweisbar waren, die vielleicht später noch operiert werden müssen. — Verf. findet, dass die grossen salpingoophoritischen Tumoren von der konservativen Behandlung schnell und günstig beeinflusst werden, während kleine Tumoren als Reste der grösseren öfter operative Eingriffe verlangen. —

Eine nicht kleine Prozentzahl ist doch gleich operiert worden. Es waren dies Fälle, wo die Diagnose unsicher war. Besonders ist es nicht immer leicht, die Diagnose zwischen Salpingoophoritis und einer extrauterinen Gravidität zu stellen. Auch die Appendizitis macht Schwierigkeiten. Auch die Operationen gaben gute Resultate. Ebenso die Behandlung der peritonitischen Adhäsionen und der Parametritiden. (Kr. Brandt.)

Kröner (32). 32 Fälle von Genitaltuberkulose, von denen 25 durch Operation dauernd als geheilt anzusehen sind. Im Gegensatz zu Krönig, Bumm, Döderlein begründet Verf. die Operation dadurch, dass die Genitaltuberkulose, die unter dem Bilde der entzündlichen Adnexerkrankung verläuft und ausgedehnte Zerstörungen der Genitalien mit grosser Pyosalpinx und Pyovarium hervorruft, keine nebensächliche Organerkrankung, sondern häufig ein schweres Krankheitsbild darstellt und für die Trägerin dauernd die Gefahr der Ausbreitung der Tuberkulose per contiguitatem und der Miliartuberkulose in sich birgt.

Steht also die Genitalerkrankung im Vordergrund des Krankheitsbildes, so ist die abdominale Radikaloperation zweckmässig vorzunehmen, selten kann per Uterus und ein Ovarium erhalten werden. Das dadurch erzielte Resultat gewährleistet in den meisten Fällen subjektive Heilung und Herstellung der Arbeitsfähigkeit und Wiederherstellung des Wohlbefindens, objektiv die weitgehendst mögliche Entfernung alles erkrankten Gewebes.

Latzko (36). 39jährige Frau, die seit 1 Jahr an Erscheinungen einer entzündlichen Unterleibserkrankung litt. Palpationsbefund der eines doppelseitigen Adnextumors. Abgang eines bernsteingelben, serösen Sekretes aus dem Uterus,

was Verf. bereits bei einem analogen Fall früher beobachtet hatte. Diagnose zweifelhaft. Abdominale Totalexstirpation. Pat. wird geheilt entlassen. Das Karzinom hat papillär-adenomatösen Bau, im rechten Ovarium Wucherungen von rein adenomatösem Bau, während die Wand der rechtsseitigen Zyste papilläre Massen enthält. Das Karzinom im Ovarium ist als Metastase anzusehen.

Mayer (39). Verteidigung des konservativen, resorbierenden Standpunktes in der Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen gegenüber einer Arbeit Ambergers in Beiträge z. klin. Chir. Bd. 59. Heft 2. Verf. begründet seinen Standpunkt durch den Hinweis auf die schlechten Dauererfolge bei Teiloperationen, die Ausfallserscheinungen bei Totalexstirpation und die Operationsgefahr im akuten Stadium überhaupt. Ein Vergleich zwischen der Adnexerkrankung mit ihren Folgeerscheinungen und der Appendizitis ist bezüglich der Indikation zur Operation keineswegs angängig und stichhaltig.

Pulvermacher (51). 10 Fälle von Heilung bei Einkindsterilität infolge von Salpingitis und Perisalpingitis adhaesiva durch dehnende Pessarbehandlung als Ersatz der Massage.

Stolz (62). 40jährige Frau mit grossem linksseitigen Tumor, Probelaparotomie. Pararektaler Schnitt, Resektion des Steissbeins, Freilegen und Eröffnen des Abszesses; Entleerung von mehreren Litern Eiter. Mikroskopisch keine Tuberkelbazillen. Auch in den Gewebsschnitten kein Anhaltspunkt für Tuberkulose, daher Ätiologie zweifelhaft.

Seedorf (56). Diagnose auf Appendizitis gestellt. Bei der Sektion wurde ein um 180° gedrehter, hämorrhagisch infarzierter Ovarialtumor gefunden. Mikroskopische Diagnose fehlt.

Spaeth (60). Abreissen des Ligamentum anlässlich einer Alex Ad. Oper Laparotomie und Umstechung der blutenden Abrissstelle. Heilung.

Stratz (64). Fall von retrovesikalem Abszess im Beckenbindegewebe mit beweglich darin liegendem Fremdkörper (Granatsplitter). Extraktion des Splitters nach temporärer Steissbeinresektion unter Vermeidung einer Mastdarmläsion ohne Isolierung des Rektum aus einem dicht unterhalb der Prostata gelegenen Abszess. Empfehlen des sakralen Eingriffes unter Ausführung von Pararektalschnitten auch für parametritische Abszesse und retrouterine Hämatocelen wegen seiner guten Übersichtlichkeit und der glatten Wundheilung.

Taylor (68). Seltenheit der primären tuberkulösen Tubenerkrankung Basis für die Lokalisation in den Tuben häufig in einer vorangegangenen Infektion zu sehen. Therapie: Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. Aszendierende Infektion per vaginam sehr selten. Prognose bei alleiniger Tuberkulose der Adnexe relativ gut. Fraglichkeit der sekundären Infektion des Bauchfells und der benachbarten Organe.

Watkins (73). Bei den akuten Infektionen interne und mehr als früher Unterstützung der Abwehrkräfte des Körpers durch immunisierende Therapie. Indikationsstellung für den chirurgischen Eingriff.

Veit (69). Die Behandlung der Appendizitis in der Schwangerschaft ist im allgemeinen nach denselben Grundsätzen zu leiten wie ausserhalb derselben. Differentialdiagnostisch kommt hauptsächlich die rechtsseitige Pyelitis in Frage. In den meisten Fällen schafft das Kystoskop Klarheit. In manchen Fällen ist die sichere Erkenntnis einer Appendizitis erst nach Eröffnung des Abdomens möglich. Erscheint das Leben bedroht, so soll auch bei nicht sicherer Diagnose operiert werden. In manchen Fällen führt Hyperästhesie der Haut zur fälschlichen Diagnose der Appendizitis. Eine Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Appendizitis oder überstandener Appendizitis ist unter allen Umständen abzulehnen, dagegen die Operation der Appendizitis vorzunehmen. Eine Appendizitis kann unter Umständen zur Fehlgeburt führen. Prognostisch ernst sind die Fälle, bei denen durch septische Infektion, welche von der Appendizitis aus-

geht, die Fehlgeburt eintritt. Hier ist die Fehlgeburt ein Zeichen der allgemeinen Sepsis. Die Patientin kann weder durch die Ausräumung noch durch die Operation gerettet werden. Auch im Wochenbett kann Appendizitis auftreten und zur Operation zwingen. (Hohl.)

D. Tuben.

1. Abelio, G., Strangulated Fallopian Tube, ovary and intestine in an infant. Journ. Amer. Med. Assoc. p. 813. (11 Monat altes Kind. Leistenbruch-Tube und Ovarien eingeklemmt. Operative Heilung.)
2. Andrews, H. R., Bilateral carcinoma of Fallopian Tube. Ref. Soc. of Med., Sect. of Obst. and Gyn. May 4. Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 27. p. 200. (55 Jahre alte Frau. Blutig wässeriger Fluor. Operation.)
3. Audebert et Faure, Note sur un cas de perméabilité de la trompe après ligatures simples. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Mars. Ann. de gyn. T. 12. p. 180. (Anatomisch nachgewiesen, dass drei Jahre nach der Tubenunterbindung das Tubenlumen völlig durchgängig war.)
4. Barrett, Primary squamous-celled carcinoma arising in a tuberculous Fallopian Tube. Ref. Soc. of Med., Sect. of Obst. and Gyn. May 4. Journ. Obst. Gyn. Brit. Emp. Vol. 27. p. 200. (46 Jahre alt, steril abdominale Radikaloperation. Uterus frei von Karzinom.)
5. Farrar, Resection of Pars interstitialis in Diseases of Fallopian Tubes with View of of preserving Uterus. New York Stats Journ. of Med. July.
6. Fleischmann, Carcinoma tubae. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien. 8. Febr. Gyn. Rundsch. 10. p. 1292. Wien. klin. Wochenschr. p. 632. (39 Jahre alt, vor 13 Jahren Ovarialsarkom, jetzt unter Metrorrhagie Tubenkarzinom operiert.)
7. Frankl, O., Zur Kenntnis der Salpingitis nodosa. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien. Sitzungsbericht. Nov. Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 2. p. 48. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 6. p. 526.
8. Goldstine, Betrachtungen über die operative Behandlung der Salpingitis. Surg., Gyn. and Obst. XXI. 2. (Muss man wegen Salpingitis überhaupt operieren, dann am besten abdominale Radikaloperation.)
9. Gutt, Über Lymphfollikelbildung an der menschlichen Tube. Inaug.-Diss. Basel. 1914. (Unter 181 Fällen nur 2 mal gefunden bei Verdacht auf Tuberkulose.)
10. Hartz, H. J., Primary Chorio-Epithelioma of Fallopian Tube Following Ruptured Ectopia Gestation. Surg., Gyn. and Obst. p. 602. Zentralbl. f. Gyn. 1917. p. 37. 48.
11. Hoffmann, Laurence H., Ein Fall von Tubenpolyp. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 16. 15. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 708.
12. Lehmacher, H., Zur Kenntnis der Knochenbildung in den Tubae uterinae. Arch. f. Gyn. Bd. 105. Heft 2.
13. Levy, Hysterectomy for double Pyosalpingitis. New Orleans Med. and Surg. Journ. Vol. 79. Nr. 6. p. 443.
14. Llewellyn, Th. H. und Block Frank Benton, Hydrops tubae profluens. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 66. Nr. 14. p. 1018. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 708.
15. Mantel, W., Ein Fall von primärem Tubenkarzinom mit Metastasenbildung in der Leber. Inaug.-Diss. Erlangen.
16. Muret, Schwangerschaft bei einer Sterilisation durch Tubenunterbindung. Gyn. Ges. d. franz. Schweiz. Sitzungsber. 1914. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 343.
17. Ravenstein, H. v., Über die Ätiologie der Tubenruptur. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1.
18. Renny, Die linke Tube als Inhalt einer Femoralhernie. Lancet. 21. Okt. (1 Fall, operative Heilung.)
19. — Left Fallopian Tube Found in Left Femoral Hernia. Lancet, London. Oct. p. 713. (Heilung durch Operation.)
20. Ruge II, C., Über primäres Tubenkarzinom. Arch. f. Gyn. Bd. 106. Heft 2. p. 207.
21. Schweijkart, Carl, Ein Fall von primärem Tubenkarzinom mit Metastasenbildung in den Bauchdecken. Inaug.-Diss. München.

22. Scudder, Ch., Salpingitis; the results of treatment by the abdom. approach. Ref. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 31 Mars. p. 80. The Bost. Med. and Surg. Journ. July 16. 1914. (Laparotomie erst nach Abklingen der akuten Symptome.)
23. Spencer, H., Primary Cancer of the Fallopian Tube. Ref. Soc. of Med., Sect. of Obst. and Gyn. May 4. Journ. Obst. Gyn. Brit. Emp. Vol. 27. p. 200. (Operation, Rezidiv.)
24. Stanton, Enderfolge nach Operation wegen Salpingitis. Amer. Journ. of Obst. July.
25. — Enderfolge nach Operationen wegen Salpingitis. Amer. Journ. of Obst. LXXIII. Nr. 6. p. 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1917. p. 31.
26. Stone, Conservation of the Tube. Washington. Obst. and Gyn. Soc. May 16. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. p. 863. (Verf. will durch Desinfektion der Uterushöhle und sofort angeschlossener Desinfektion der Tube nach Laparotomie mehr erreichen als durch Kastration.)
27. Thaler, H., Primäres Tubenkarzinom bei Uterus myomatosus, Metastasierung im Ovarium und Appendix. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1122. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien. 16. Mai. (37 Jahre alte Frau. 4 Monate vorher Abortus. Operation. Vorläufige Heilung.)
28. Tweedy, H., Case of Pus Tubes removed for the Cure of Sterility. Ref. Acad. of Med. Ireland. Dec. 17. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 27. p. 203.
29. Vest, M. C. W., A clinical study of prim. carcinoma of the Fallop. tube. R. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 31 Mars. p. 80. Bull. of the Johns Hop. Hosp. Oct. 14. p. 305. (Differentialdiagnose gegen Ca. corpus uteri schwer. Abdominale Totalexstirpation. Prognose schlecht.)
30. Wagner, H., Ein Fall von Salpingitis isthm. nodosa, kombiniert mit multiplen Myomen, Entwicklungshemmung, Adenomyositis und einem metastasierenden, intramuralen, teleangiektatischen Alveolärsarkom. Inaug.-Diss. Breslau. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 709.

Wagner (30). Die Faktoren, die das Auftreten der Salpingitis isthmica beweisen, sind Infantilität, Neigung zu Myombildung und chronische Entzündung. Die Gewebswucherungen sind epithelialer Natur und stammen vom Tubenepithel ab. Die Fälle der Literatur von Angiosarkom, Peritheliom und Blutgefässendotheliom sind nicht als solche anzuerkennen, insofern die Geschwulstentwicklung auf eine primäre Wucherung der Gefässwandzellen zurückgeführt wird. Vielmehr handelt es sich um perivaskuläre Wucherung der Sarkomzellen, wobei die günstigen Ernährungsverhältnisse in der nächsten Umgebung der Gefässe ausschlaggebend sind. Die Gefässneubildung hängt mit dem Wachsen der Geschwulst zusammen. Ausser den Blutgefässen waren in dem Fall auch die Lymphgefässe vermehrt. (Hohl.)

Frankl (7). Die knotige Anschwellung sitzt nicht stets in der Pars isthmica, sondern auch in der Pars ampullaris und interstitialis. Ätiologie: Tuberkulose und Gonorrhoe. Bei palpatorischer Diagnosestellung Möglichkeit der Verwechslung der Salpingitis interstitialis mit Tubenwinkelmyomen. Erklärung des mikroskopischen Bildes durch chronisch entzündliche rezidivierende Prozesse.

Hoffmann (11). Menorrhagische und dysmenorrhoische Beschwerden. Annahme einer rupturierten Tubengravidität. Operation, bei der eine Tubenruptur mit einem von Blutkoagula umgebenen Polypen gefunden wurde. Keine Angabe über mikroskopischen Befund.

Lehmacher (12). Zwei einschlägige Fälle. Im ersten Fall Kombination mit einem Uterusmyom bei einer 47jährigen Frau, im anderen Fall keine Uteruserkrankung. Makroskopisch mehrere bis erbsengrosse harte, beim Durchschneiden knirschende Knotenbildungen. Mikroskopisch Knochenkortikalis und Markräume, kein Knorpel, aber reichlich kalkhaltiger Detritus. Ätiologie: Chronische Tubenentzündungen.

Llewellyn (14). 33jährige Frau mit stechenden Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend und Ausfluss. Die Schmerzen waren intermittierend und

verschwanden mit Einsetzen des Ausflusses, der von wässeriger Beschaffenheit war. Heilung durch vaginale Totalexstirpation. Diagnose zweifelhaft.

Ravenstein (17). Bisher im ganzen etwa 70 einschlägige Fälle in der Literatur vorhanden. Einteilung in 2 Klassen: Einnistung der As 1. nach dem Fundus uteri zu, 2. nach der seitlichen Uteruswand und nach unten zu. Eingehende makroskopische und mikroskopische Beschreibung eines Falles. Die sichere Diagnose wurde erst durch das Mikroskop gestellt.

Ruge II (20) beschreibt 4 einschlägige Fälle, die er zu den in der Literatur bekannten annähernd 150 Fällen hinzufügt. Bei der Frage der Ätiologie wägt er die autochthone und die Entzündungstheorie gegeneinander ab. Gegen die letztere sprechen neben der häutigen Einseitigkeit des Tubenkarzinoms die relative Seltenheit des Karzinoms bei der grossen Häufigkeit der entzündlichen Erkrankungen allgemeiner Art und der Tuberkulose im besonderen. Möglicherweise gibt die voraufgegangene Entzündung eine gewisse Disposition ab.

Wegen der uncharakteristischen klinischen Symptome ist die Diagnose selten möglich. Am ersten gibt das Alter der Frau, da die grosse Mehrzahl der Tubenkarzinome zwischen dem 40. und 55. Lebensjahre beobachtet wurden, einen Anhaltspunkt ab.

Eine eingehende Beschreibung erfährt das mikroskopisch pathologisch-anatomische Bild der einzelnen Fälle. Als häufigste Form wird papillär-alveoläre Struktur angesehen, die auch einem vollkommen regellosen Wachstum mit medullärem Charakter Platz machen kann. Die Neigung zu Metastasenbildung ist relativ hochgradig, ursächlich bedingt ist sie in dem Reichtum der Lymphgefässe der inneren Genitalien und in der Möglichkeit der direkten Implantation durch Verschleppung von Krebspartikeln, wobei die durch Einimpfung entstandenen Formen zu Polypenbildung neigen. In therapeutischer Hinsicht ist die möglichst frühzeitige, mit weitgehender Drüsenausräumung einhergehende abdominale Totalexstirpation des Uterus und der beiden Adnexe für alle Fälle zu fordern; zweifelhafte Adnextumoren im Klimakterium ohne Fieber sind stets durch die Laparotomie zu klären. 10 Tafeln.

Muret (16). Unterbindung beider Tuben in der Pars ampull. mit nachfolgender Überdeckung des Stumpfes durch eine Bauchfellfalte. Die eine Tube erwies sich als Saktosalpinx, die andere zeigte eine feine abdominale Öffnung. 3 Jahre vor der abermaligen Schwangerschaft.

VIII.

Physiologie und Pathologie der Menstruation.

Referent: Prof. Dr. Reifferscheid, Bonn.

1. Amann, A., Uterustuberkulose (tuberkulöser Uteruswandabszess), kombiniert mit Amenorrhoe. Münch. med. Ges. 16. Dez. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. (Mitteilung des Falles, bei dem es sich um eine 22jährige, nie menstruierte Pat. handelte.)
2. Balard, P. und J. Sidaine, Des modifications du pouls et de la tension artérielle pendant la période menstruelle. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Mars. (In den der Menstruation vorangehenden Tagen und am ersten Tage derselben findet sich fast

regelmässig ein plötzliches Ansteigen des Pulses, das meist plötzlich, einige Male lytisch unter die Norm absinkt, um schnell wieder zur Norm zurückzukehren. Weniger charakteristisch ist der Einfluss auf die arterielle Spannung. Die Zahl der Beobachtungen (5) ist eine sehr kleine.)

3. Beckmann, Frühzeitige Reife bei Mädchen mit Bericht über einen einschlägigen Fall. Arch. f. Pädiat. XXXII. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. (Bericht über ein 6jähriges Mädchen, bei der bereits die Periode eingetreten war, mit eigenartigen Anfällen von Zwangslachen während dieser Zeit. Die Epiphysenentwicklung war der Pubertät entsprechend. Die Sella turcica schien etwas erweitert. Psychisch und sexuell entsprach die Pat. der Pubertät nicht.)

4. Block, F. B., Einige Beobachtungen über die Behandlung der Dysmenorrhoe. Amer. Journ. of Obst. Bd. 72. Nr. 6. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. (In Amerika leiden 50—80% der Mädchen an Dysmenorrhoe. 3 Formen sind zu unterscheiden: 1. die mechanische Dysmenorrhoe infolge Stenose der Cervix, die durch Dilatation zu beseitigen ist, 2. die ovarielle Dysmenorrhoe, die auf einer Hypersekretion des Ovariums beruht und durch intranasale Kokainisierung oder subkutane Adrenalininjektion zu behandeln ist, 3. die vagotonische Form, für die grosse Dosen von Atropin 1—2 Tage vor Eintritt der Menses empfohlen werden.)

5. Christides, D. und P. Besse, Le cycle de la muqueuse utérine. Schweiz. Korresp.-Blatt. 1915. Nr. 50. (Bericht über histologische Untersuchungen der ausgeschabten Uterusschleimhaut ohne Schlussfolgerungen.)

6. Condit. W. H., Kompensatorische (vikariierende, ektopische) Menstruation. Amer. Journ. of Obst. Bd. 73. Nr. 2. (Im Anschluss an eine abdominelle Totalexstirpation mit Entfernung der Adnexe traten regelmässig zur Zeit der Menses Blutungen auf in einem kleinen Nävus im Interkostalraum, der sich allmählich vergrösserte und nach 21 Monaten bei einer solchen menstruellen Blutung platzte und exstirpiert wurde. Darauf traten regelmässig ein Jahr lang menstruelle Schwellungen der linken Mamma auf das Doppelte ihrer Grösse mit ausgedehnter Ekchymosenbildung auf. Dann blieb diese Schwellung weg und statt dessen traten ausgedehnte Ekchymosen an den Streckseiten beider Oberschenkel und in den Leisten auf, die sich aber nicht mehr so regelmässig wiederholten, zuletzt 7 Jahre nach der Operation beobachtet wurden.)

6a. Culbertson, C., Study of Menopause with Special Reference to its Vagomotor Disturbances. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 23. p. 667. (Menopause macht Störung endokriner Drüsen. Die vasomotorischen Störungen bestehen nach Culbertson (6a) in Veränderlichkeit der arteriellen Spannung. Die psychischen Erscheinungen gehören in das Gebiet der Dysfunktion der Thyreoidea. Er empfiehlt Corpus luteum-Präparate.)

7. Engelhorn, E., Zur Behandlung der Ausfallserscheinungen. Münch. med. Wochenschrift. 1915. Nr. 45. (Verwendung des Aderlasses zur Behandlung klimakterischer Beschwerden. In einer Reihe von Fällen, in denen es sich um Störungen von seiten des Herzens und der Gefässe handelte, bewirkte die Blutentnahme ein Schwinden der Beschwerden. Manchmal war eine Wiederholung des Aderlasses nach 8—14 Tagen nötig. Auch bei den durch Dysfunktion des Ovars bedingten nervösen Störungen der Entwicklungsjahre ist vom Aderlass Besserung zu erwarten.)

7a. Franke, Verhalten des vegetativen Nervensystems während der Menstruation nebst Bemerkungen über den Zusammenhang zwischen der inneren Sekretion und Menstruation. Zentralbl. f. klin. Med. Bd. 84. 1. 2. (Ursache der menstruellen Störungen und der menstruellen Vagotonie in Störungen der inneren Sekretion.)

8. Franz, K., Die Behandlung der klimakterischen Blutungen mit Röntgenstrahlen. Therap. d. Gegenw. März. (Die klimakterischen Blutungen sind nicht durch eine Erkrankung der Uterusschleimhaut bedingt, sondern ovariellen Ursprungs, wahrscheinlich durch eine Störung der inneren Sekretion. Während medikamentöse Mittel und die Ausschabung nutzlos sind, bringt die Röntgenbehandlung sichere und gefahrlose Heilung. Franz gibt von 9 Feldern aus insgesamt 300 × unter 3 mm Aluminiumfilter mit 23 cm Focushautabstand; 4 solcher Serien in Zwischenräumen von 14 Tagen genügen zur Herbeiführung der Amenorrhoe, die erreicht werden muss, da eine sichere Dosierung zur Erreichung einer regelmässigen und nur verminderten Menstruation nicht zu erzielen ist. Nach der Bestrahlung treten stets Ausfallserscheinungen ein, da gerade die innere Sekretion des Eierstockes durch die Röntgenstrahlen unterdrückt wird.)

9. Füth, H., Über den Einfluss unlustbetonter Affekte auf die Entstehung uteriner Blutungen. Festschr. z. Feier des 10jährigen Bestehens d. Akad. f. prakt. Med. in Köln. Bonn, A. Marcus und E. Weber 1915. (Unter dem Einfluss unlustbetonter Affekte dilatieren sich aktiv die Blutgefässe der inneren Genitalien, insbesondere die in der Wand und in der Schleimhaut des Uterus ebenso wie die der anderen Bauchorgane. Ist die Reizung der Vasodilatatoren unter dem Einfluss tiefer Depressionen sehr stark, dauert die Hyperämie lange an, so ergibt sich daraus ohne Zusammenhang mit der Periode eine Blutung oder eine blutigseröse Absonderung, oder es bildet sich ein chronisch hyperämischer Zustand aus, so dass der menstruelle Reiz ein bereits hyperämisches Organ antrifft. Mitteilung von 5 derartigen Fällen. Wenn die medikamentöse und lokale Behandlung auch nicht entbehrt werden kann, insbesondere muss eine maligne Erkrankung ausgeschlossen werden, so ist besonders wichtig die psychische Behandlung, die schon allein die menstruelle Störung beseitigen kann. Andererseits sind stärkere körperliche Anstrengungen von grossem Vorteil, da sie die Hyperämie der Bauchorgane beseitigen.)

10. Hagemann, J. A., Die Korrelation zwischen Riech- und Genitalregion bei der Frau. Med. Record. Bd. 88. Nr. 26. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. (Die unleugbar bei manchen Frauen bestehenden Beziehungen zwischen Nasenschleimhaut und Genitalien sind als Atavismus aufzufassen unter Berücksichtigung der Veränderungen bei Tieren bei der Brunst.)

10a. Hirsch, J., Behandlung der Amenorrhoe und Oligomenorrhoe mit Glanduovin unter gleichzeitiger Arsenbehandlung. Leipzig.

11. Hoffmann, E., Die Toleranz gegen Galaktose in der Norm und während der Menstruation. Zeitschr. f. exp. Path. u. Therap. Bd. 16. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. (Während der Menstruation ist die Toleranz gegen Galaktose erhöht. Diese Toleranzerhöhung scheint sich auch auf andere Zuckerarten zu erstrecken. Die Hormone der Ovarien stehen in Beziehung zum Zuckerstoffwechsel.)

12. Hofmann, Nierentuberkulose und Menstruation. Berl. klin. Wochenschr. p. 1219. (Mitteilung eines Falles, bei dem sich der prämenstruelle Typus und der kritische Abfall des Fiebers bei Eintritt der Menses mit voller Deutlichkeit zeigte. Auch die prämenstruelle Verschlimmerung des Gesamtbefindens ging mit dem Eintritt der Menses zurück.)

13. Horrower, Emetine bei schwerer Dysmenorrhoe, verbunden mit Erkrankung der Thyreoidea. Pacif. med. Journ. Mai. (Mitteilung eines Falles, bei dem die Möglichkeit eines rein suggestiven Erfolges vorhanden ist.)

14. Hüssy, P., Neuere Anschauungen über das Wesen und den Zusammenhang von Menstruation und Ovulation. Schweiz. Korrespondenzbl. Nr. 5. (Nichts Neues.)

15. Kauffmann, Zur Behandlung der Dysmenorrhoe mit dem Hefepräparat Menstrualin. Med. Klin. Nr. 27. (Täglich zweimal 2—3 Tabl. à 0,5 g, einige Tage vor und während der Menstruation. Gute Erfolge, wenn die Dysmenorrhoe nicht auf schweren organischen Erkrankungen beruht.)

16. Kennedy, J. W., Dysmenorrhoe. Amer. Journ. of Obst. Juli.

17. Kisch, H., Fettleibigkeit und weibliche Sexualtätigkeit in ihren Wechselbeziehungen. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 1. Heft 12. 1915. (Menarche und Menopause gehen mit einer auffälligen allgemeinen Zunahme des Fettgewebes einher. Auch in der Menakme finden sich wesentliche Veränderungen des Fettbestandes, verursacht durch verschiedene abnorme Menstruationsvorgänge, ferner durch Gravidität, Puerperium, Laktation. Bei lipomatösen Mädchen und Frauen sind Störungen der Menstruationstätigkeit vorhanden, so Amenorrhoe und Oligomenorrhoe, selten heftige Menorrhagien. Sehr gross ist das Prozentverhältnis der Sterilität bei lipomatösen Frauen.)

18. Kroemer, P., Die medikamentöse Behandlung der Dysmenorrhoe. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 4. (Eine wirklich spezifische Behandlung der Dysmenorrhoe gibt es nicht. Prophylaktisch kommt vor allem die Allgemeinbehandlung in Betracht und gleichmässige Verteilung geistiger und körperlicher Tätigkeit bei den heranwachsenden Mädchen. Besprechung der verschiedenen Behandlungsmittel.)

19. de Langenhagen, R., Einige Beobachtungen über die Scheidenausspülungen in der Gynäkologie. Journ. de méd. de Paris 1914. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. (Empfehlungen der Thermen von Luxeuil für die Behandlung uteriner Blutungen. Anwendung von Bädern von 15—25 Minuten Dauer, dazu Scheidenspülungen von 10—20 Minuten.)

20. Latzko, W., Ein Fall von rudimentärer Hämophilie. Geburtsh.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. 14. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. (Bei einem 12jährigen Mädchen trat bei der ersten Menstruation eine so hochgradige nicht zu bekämpfende Blutung ein, dass Latzko aus vitaler Indikation die supravaginale Amputation machen musste, die Heilung brachte. Am Ovarium war eine ausgedehnte, kleinzystische Degeneration auffallend. Das Endometrium zeigte das Bild einer menstruierenden Schleimhaut. In der Diskussion erwähnt O. Bürger einen ähnlichen Fall, bei dem er die vaginale Uterusexstirpation ausführen musste. Auch hier fand sich kleinzystische Degeneration der Ovarien. Wertheim und Werner empfehlen die Röntgenbehandlung bei schweren menstruellen Blutungen junger Mädchen.)

21. Lüdin, M., Röntgenologische Beobachtungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 23. Heft 6. (Lüdin hat unter anderem auch Untersuchungen über das Verhalten des Magens während der Menstruation angestellt. Es zeigte sich bei vielen, nicht bei allen, Untersuchten eine mangelhafte Peristole des Magens zu Beginn der Periode; der Magen war schlaff, atonisch; die Peristaltik ganz mangelhaft, zugleich war die Entleerungszeit des Magens beträchtlich verlängert. 2—3 Tage nach Beginn der Periode war der Magenbefund wieder normal. Dieses Verhalten des Magens während der Menstruation muss bei der röntgenologischen Magenuntersuchung berücksichtigt werden.)

22. Müller, Innere Menstruationsblutung aus reifen Graafschen Follikeln. Ärztl. Ges. Zürich 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19.

23. Novak, E., Eine Studie über die Beziehungen zwischen dem Grade der menstruellen Reaktion des Endometriums und dem klinischen Charakter der Menstruation. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 21. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. (Mikroskopische Untersuchungen des Endometriums in 339 Fällen, die die Lehre von Hitschmann und Adler bestätigen. Die Hypertrophie ist um so ausgesprochener, je stärker die menstruelle Blutung ist. Die Hypertrophie ist also Folge desselben ovariellen Reizes, der durch seine Stärke die Stärke der Menstruation bedingt. Eine Ausnahme bilden die Fälle von sog. kongenitaler Anteflexio, die meist spärliche menstruelle Blutung, dagegen über das gewöhnliche Mass hinaus hypertrophische Schleimhautveränderungen zeigen. Es ist hier also nicht eine funktionelle Unterentwicklung der Ovarien, sondern eine andere Ursache für die geringe Blutung anzunehmen. Die Anstauung von Blut in den Gefässen der Uterusschleimhaut in diesen Fällen ist als Ursache der dysmenorrhoischen Schmerzen anzunehmen.)

24. — J., Zur Theorie der Corpus luteum-Funktion und der ovariellen Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. (Die Funktion des gelben Körpers besteht darin, dass er die prämenstruelle Schleimhaut, bzw. bei eingetretener Befruchtung des Eies die zur Einidation nötige Vorbereitung der Uterusschleimhaut bedingt. Seine Funktion ist keineswegs im Prinzip von der Follikeltätigkeit bzw. von der Funktion der Granulosazellen verschieden. Es bewirkt ähnlich wie diese, aber in gesteigertem Masse, eine Hypertrophie und Hyperämie der Uterusschleimhaut. Zur Auslösung der Menstrualblutung bedarf es keiner neuen Triebkraft, es genügt dazu die Ausschaltung der Corpus luteum-Funktion. Es setzt um diese Zeit die regressive Phase des Corpus luteum ein, wie die Fettfärbung beweist. Das Corpus luteum dient einerseits der Fortentwicklung der Eizelle, es ist andererseits von der Eizelle abhängig, was nur durch die Annahme innersekretorischer Vorgänge zu erklären ist.)

25. Pelnarz, J., Über die sogenannte klimakterische Neurose. Zeitschr. f. klin. Med. Heft 3 u. 4. Ref. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 12. (Beim Versiegen der Ovarialfunktion kommt es fast stets zu funktionellen Störungen im Blutkreislauf, die ähnlich sind den vasomotorischen Störungen bei beginnender Arteriosklerose, und aus denen sich in mehr als der Hälfte der Fälle sichere Gefäss- und Herzkrankheiten entwickeln. Die anatomischen Veränderungen im Gefässsystem dürften die Folge endokriner chemischer Einflüsse sein, deren Ursprung aber noch nicht festzustellen ist (Thyreoidea, Adrenalin?). Der Organismus vermag die verlorene Funktion der Ovarien zu ersetzen, aber nicht immer und nicht vollständig. Grad und Qualität des Ersatzes bestimmen den Grad der Intensität der Krankheit.)

26. Pittler, C., Das zeitliche Verhalten der Konzeption zur Ovulation und Menstruation. Inaug.-Diss. Breslau. (Die Mehrzahl der Frauen, wenn nicht alle, konzipieren nach der Ovulation vor der Menstruation, und nicht nach der Menstruation vor der Ovulation.)

27. Pok, J., Über menstruationsähnliche Blutungen in der Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. (Bericht über 6 Fälle von Schwangerschaftsblutungen mit periodischem, menstruationsähnlichen Charakter, bei denen es sich niemals um echte menstruelle Blutung handelte, sondern die Quelle der Blutung eine gutartige Erosion einer Muttermundslippe war. Diese Pseudomenstruationen können regelmässig auftreten und die echte Menstruation vortäuschen; sie unterscheiden sich in den ersten 3—4 Monaten der Gravidität nicht wesentlich von der gewöhnlichen Menstruation, werden dann schwächer, um eventuell im weiteren Verlauf der Schwangerschaft aufzuhören.)

28. Pulvermacher, D., Drei Fälle von vikariierender (komplementärer) Menstruation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. (Blutungen, welche an Stelle der fehlenden Menstruation nach mehr oder minder regelmässigem Typus treten, sind als vikariierende, bei nur verminderten Uterusblutungen jedoch als komplementäre Menstruation zu bezeichnen. In dem 1. Fall handelt es sich um eine 22 Jahre alte Pat., bei der nach der Operation einer Perityphlitis Kotfisteln zurückgeblieben waren, aus deren einer es regelmässig alle 4 Wochen 2—3 Tage blutet, während die Menses sistieren. Fall 2. Dauernde Blutung aus der rechten Brustwarze bei 43jähriger Frau, die zur Zeit der Menses verstärkt auftritt, während die Menstruationsblutung vermindert ist. Fall 3. Blutung aus der linken Brustwarze, die zur Zeit der im übrigen nicht verminderten Menstruation sich verstärkt. In beiden Fällen keine Tumorbildung in der Brust.)

29. — Die Therapie der Menorrhagien. Med. Klin. Nr. 7. (Das stundenlange Sitzen und Stehen der Frauen in den Fabriken während des Krieges führt häufiger zu Menorrhagien. Pulvermacher behandelt Menorrhagien ohne pathologischen Befund mit Injektion von Natrium cacodylicum und während der Menses mit Injektionen von Hypophysenpräparaten oder Luteoglandol, von denen beim erstenmal 4, bei der nächsten Periode nur 2 nötig waren, um eine monatelang anhaltende Besserung zu erzielen.)

*30. Reusch, W., Das Verhalten der Menstruation nach gynäkologischen Eingriffen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 6.

31. Royston, Dysmenorrhoea. Missouri State Med. Journ. Oct.

32. Schmitz, Uterine Haemorrhages; with special reference to actinotherapie. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 5.

33. Specht, A., Über die Geburt bei Minderjährigen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. (Bei minderjährigen Erstgebärenden lässt sich feststellen, dass die Menstruation früher auftritt, und zwar ergab sich bei dem zugrunde gelegten Material der Kieler Klinik ein Unterschied von 4,7 Jahren gegen die Norm.)

34. Spencer-Shell, Vikariierende Menstruation. Practitioner. 1914. Juli. (Die Blutung erfolgte aus der linken Axilla.)

35. Taitza, B., Experimentelle und therapeutische Studien über Amenorrhoe und ovarielle Blutungen. Inaug.-Diss. Halle a. S. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. (Novarial ist zur Bekämpfung der Amenorrhoe zweckmässig anwendbar. Diathermie steigert alle Behandlungsformen zur Hyperämisierung der Uterusschleimhaut in ihrer Wirkung. Tierversuche von Lindemann und Orlovius ergaben, dass rein mechanische Einwirkung, wie das Einlegen eines Glasstäbchens in den Uterus, hypertrophische und hypersekretorische Vorgänge hervorrufen, also sehr wohl zu Blutungen Veranlassung geben können. Ähnliche Veränderungen wurden durch Einspritzen von destilliertem Wasser wie auch von Lipoidextrakten aus Corpus luteum und Plazenta in den Uterus hervorgerufen.)

36. Thaler, H., Menstruatio praecox und Pseudohermaphroditismus femininus bei einem fünfjährigen Mädchen. Geburtsh.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 16. Mai. Ref. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 36. (Es ist der erste Fall, bei dem Menstruatio praecox bei einem Individuum mit Pseudohermaphroditismus zur Beobachtung gelangte. Die Röntgenuntersuchung des Schädels ergab Anhaltspunkte für die Annahme einer schweren endokraniellen Veränderung. Es fand sich ein Hydrocephalus mit starker Druckerhöhung. Ferner war das Symptom der Polydipsie vorhanden. Es ist also nicht unwahrscheinlich, dass sich in diesem Falle vorzeitige Geschlechtsentwicklung mit einer noch nicht näher bestimmbaren zerebralen Erkrankung kombiniert.)

37. Triepel, H., Alter menschlicher Embryonen und Ovulationstermin. Anat. Anz. 1915. Nr. 5 u. 6. (Es kommen beträchtliche Schwankungen in der Lage der Ovulationstermine vor. Der mittlere Wert, der nach den Untersuchungen Fränkels der 18. bis 19. Tag nach der Menstruation ist, muss etwas verkleinert werden, aber wohl nur wenig. Die Erscheinungen der Ovulation und Menstruation des Menschen haben sich aus den Erscheinungen der tierischen Brunst unter Eintritt tiefgreifender Ver-

änderungen entwickelt. Die grossen Variationen in der Lage des Ovulationstermins sind vielleicht darauf zurückzuführen, dass der Prozess der Abänderung noch nicht abgelaufen ist.)

38. Vignes, H., Mechanism of Menstruation. Ann. de gyn. et d'obst. Jan., Febr., März u. April. Ref. Amer. Journ. of Obst. Nr. 4. (Ursache zur Isolierung der Hormone des Ovariums, die die Hyperämisierung des Uterus herbeiführen, insbesondere der Lipoide des Ovariums. In den ersten 4 Tagen der Menstruation findet sich im Blute eine dem Cholesterin ähnliche Substanz. Die Menstruation nicht allein „a cellular abortion", sondern auch „a chemical abortion".)
39. Walther, K., Appendizitis und Dysmenorrhoe. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.
40. Ward, W. D., Die Bildung einer künstlichen Scheide mit Herstellung der menstruellen Funktion. Surg., Gyn. and Obst. XXI. Nr. 5.

Reusch (30). Die der Arbeit zugrunde gelegten Beobachtungen wurden an laparotomierten Frauen angestellt, bei denen die Menstruation vor und nach der Operation und der Zustand der Ovarien im Moment der Operation genau festgestellt wurde. Die Fragestellung war, ob durch Belassung oder Entfernung eines Follikels oder eines Corpus luteum die Menstruation reguliert, beschleunigt oder verzögert werden kann und ob ein direkter Kausalzusammenhang zwischen dem jeweiligen Zustand des Follikels und der Menstruation besteht. Das Material besteht aus 18 Fällen mit Entfernung des Corpus luteum und 12 Fällen ohne Entfernung desselben.

Es ergaben sich folgende Schlüsse: 1. Wird ein frisches, d. h. im progressiven Stadium befindliches Corpus luteum exstirpiert, so tritt spätestens am 4. Tage nach der Operation eine Blutung auf, die an Dauer und Stärke dem bei der Pat. üblichen Menstruationstypus entspricht. Dasselbe gilt, wenn das ganze Ovarium, das dieses Corpus luteum enthält oder wenn ein frisches Corpus atreticum entfernt wird. Auch wenn beide Ovarien entfernt werden, tritt diese Blutung auf. 2. Durch Exstirpation eines Ovariums, das reifende oder reife, aber uneröffnete Follikel, jedoch kein frisches Corpus luteum enthält, gelingt es, die nächstfällige Periode zum Ausfall zu bringen. Eine Blutung direkt nach der Operation tritt nicht ein.

Der reifende Follikel gibt den Anstoss zur Menstruation; wird er entfernt, so kann sie nicht zustande kommen. Das aus dem geplatzten Follikel sich entwickelnde Corpus luteum reguliert den Zeitpunkt des Eintritts der Menstruation. Wird es exstirpiert, so tritt sofort die Periode auf. Der reifende Follikel ist der Feder der Uhr, das Corpus luteum der Hemmung der Uhr zu vergleichen. Beseitigt man den Follikel, so bleibt die Uhr eine Zeitlang stehen, beseitigt man das Corpus luteum, so läuft sie sofort ab.

IX.

Pathologie des Beckenbindegewebes.

Referent: Prof. Dr. Fritz Kermauner, Wien.

1. Ahlström, E., Fälle von Myomata vaginae und Myomata portionis vaginalis. Hygiea 1915. p. 538. Ref. Monatsschr. f. Geb. Bd. 44. Heft 3. p. 242. (4 Fälle von Myom der Scheide, 2 der vorderen Wand, eines im Septum rectovaginale. Operation vaginal.)

2. Albersheim, Vorstellung eines Falles von starken Venektasien der rechten Bauchseite. Allg. ärztl. Ver. zu Köln. 18. Okt. 1915. Münch. med. Wochenschr. Nr. 2. p. 54. (Soldat mit dichtem Netz stark entwickelter Venen, offenbar infolge von Thrombose im Verlaufe eines vor kurzem abgelaufenen Typhus.)
3. Balewsky, Josef, Ein Fall von Sarkom im Beckenbindegewebe. Inaug.-Diss. Berlin 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 251. (36 Fälle aus der Literatur, ein eigener. Abdominale Totalexstirpation nach sehr schwieriger Auslösung des Tumors. Heilung. Rezidiv nach 6 Monaten. Als Ausgangspunkt embryonale Keime angenommen. Von Symptomen bemerkenswert krampfhafte Schmerzen in den Beinen infolge von Druck auf den N. femoralis, und Behinderung der Darmpassage. Prognose ungünstig.)
4. Baruchow, Avram, Ein Fall von Vereiterung der Ileosakralgelenke und der Symphysis ossis pubis im Wochenbette. Inaug.-Diss. Berlin 1915.
5. Beneke, Retroperitonealer Tumor. Ver. d. Ärzte in Halle a. S. 8. Dez. 1915. Münch. med. Wochenschr. Nr. 7. p. 242. (Vortr. gibt eine genauere Beschreibung des von Graefe operierten Falles. Bei einem Aufbau aus schon makroskopisch scharf getrennten Knollen zeigt ein Knollen den Bau eines reinen Lipoms, ein anderer den eines dichten, grauweissen Sarkoms, ein dritter eine Mittelform. Bei den Lipomen fällt nur eine gewisse Straffheit des Bindegewebes auf, das an einzelnen ödematösen Stellen schon offenbar in den straffen, durchkreuzten Fibrillen die Anfänge des Fibrosarkoms darstellt. In anderen Abschnitten sind neben reinen Fettzellen solche mit feintropfigem Fettzerfall bis zu staubförmiger Zersplitterung. Eine Neubildung von Fettzellen fehlt, ebenso fehlen hier Riesenzellen. Die rein sarkomatösen Abschnitte bestehen aus Spindelzellen in typischer bündelförmiger Durchflechtung; keine Fettzellen, hie und da noch Fettkörnchenzellen als Überreste; nicht selten Riesenzellen mit vielen Kernen, von unregelmässiger Gestalt, offenbar aus den Fettzellen hervorgegangen. Das Lipom dürfte der älteste Geschwulstteil sein; in ihm entwickelte sich Sarkomstroma, sowie gelegentlich in Sarkokarzinomen; unter dieser Entwicklung erfolgt der Untergang der Lipomzellen unter Bildung von Riesenzellen. — Diese interessante Beobachtung erinnert Beneke an eine andere bei einer alten Frau, bei welcher er 5 pfirsich- bis apfelgrosse isoliert nebeneinanderliegende retroperitoneale Geschwülste gefunden hatte. Die eine war ein ganz altes Lipom; die anderen zeigten alle Stadien der Umwandlung in sehr maligne Sarkome. Offenbar war die ursprünglich geringfügige Blastomatose zu erheblicher Steigerung der Wachstumsenergie gelangt; ähnlich wie man das manchmal bei angeborenen Tumoren, Keimversprengungen beobachtet.)
6. Brunzel, H. F., Zur Kasuistik der perforierenden Pfählungsverletzungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15 u. 16.
7. Calmann, Hufeisenartig geformtes Myom des Beckenbindegewebes. Geburtsh. Ges. zu Hamburg. 7. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 3. p. 84. (Gleichmässige, strausseneigrosse Tumoren rechts und links vom Uterus; Druck auf Blase und Mastdarm. Operation. Die Tumoren nehmen die Basis der Ligamenta lata ein, scheinbar von der Scheide ausgehend. Erst bei der Ausschälung findet sich ein etwa kastaniengrosses Mittelstück als Verbindung zwischen ihnen, unter dem Douglas und den Lig. sacrouterinis gelegen; also Hufeisenform, keine Verbindung mit Uterus und Scheide. Es sind serös durchtränkte, weiche Myome, vom Beckenzellgewebe ausgehend.)
8. Chatillon, F., Intern vereitertes Myom des Ligamentum rotundum. Gyn. Helvet. Frühlingsausgabe. p. 107.
9. Clark und Norris, Endresultate der operativen Behandlung pelviner Entzündungsprozesse. Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Juni. p. 2091.
10. Coqui, Beitrag zur Kasuistik, Diagnose und Therapie der Meningocele sacralis anterior. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 3. p. 609. (Zugleich Retroflexio uteri gravidi mit Retentio urinae. Operation per laparotomiam.)
11. Cullen, Adenomyoma lig. rotundi und Incarceratio omenti herniae inguinalis als einheitliche Geschwulst. Southern Surg. and Gyn. Assoc. Dec. 13.—15. 1915. Med. Rec. Febr. 5. p. 526.
12. — Adenomyoma septi rectovaginalis. Amer. Med. Ges. Abt. f. Geburtsh. June 13. Journ. Amer. Med. Assoc. June 24. p. 2091. (Diskussion: Culbertson.)
13. Dahl, W., Die Innervation der weiblichen Genitalien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 539. (Diese sehr eingehende Arbeit sei auch an der Stelle erwähnt, weil sie auch genauere Angaben über die im Beckenbindegewebe verlaufenden, das Genitale ver-

sorgenden Nervenbahnen enthält. Verf. nimmt an, dass der Plexus hypogastricus und der Plexus ovaricus hauptsächlich motorische, aber sicher auch sensible, daneben vasokonstriktorische Funktionen hat, der Nervus erigens sensible und motorische Fasern besitzt und Vasodilatator ist. Im Frankenhäuserschen Plexus, der alle Eigenschaften vereint, können auch kurze Reflexe zustande kommen. Die Headschen hyperästhetischen Zonen lassen sich bei Erkrankungen des inneren Genitales nicht so scharf und überzeugend feststellen, wie dies bei manchen Erkrankungen der Nieren oder bei der arteriosklerotischen Angina pectoris möglich ist.)

14. Dahlmann, A., Beitrag zur geburtshilflichen Bedeutung des Frakturbeckens. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 108.
15. Flatau, Mehr als 30 Pfund schweres intraligamentäres Myom. Demonstration. Ärztl. Ver. Nürnberg. 3. Febr. Münch. med. Wochenschr. p. 1267.
16. Forssner, Hj., Hydrocele muliebris. Hygiea 1915. p. 1052. Ref. Monatsschr. f. Geb. Bd. 44. Heft 3. p. 244. (26jährige Frau.)
17. v. Franqué, O., Vollständige Anurie infolge Kompression beider Ureteren durch Narbengewebe, entstanden nach lokaler Ausheilung eines inoperablen Kollumkarzinom, bewirkt durch kombinierte Röntgen- und Radiumbestrahlung. Deutsche med. Wochenschrift. 2. Dez. p. 1474.
18. Funk, V. A., Dermoidzysten der Regio sacro-coccygea. Interstate Med. Journ. 1915. Vol. 22. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 509. (2 Fälle.)
19. Graefe, Retroperitonealer Tumor. Ver. d. Ärzte in Halle a. d. S. 8. Dez. 1915. Münch. med. Wochenschr. Nr. 7. p. 242. (33jährige Patientin bemerkt die Geschwulst seit 5 Monaten. Derzeit ist die Geschwulst mannskopfgross und liegt unbeweglich rechts hinter dem normal grossen Uterus. Kein Zusammenhang mit letzterem. Operation bestätigt die Diagnose. Colon ascendens und Appendix liegen vor dem Tumor. Ausschälung, Peritonisierung des grossen Geschwulstbettes, Abtragung des Wurmes. Mikroskopisch Lipom, z. T. bindegewebsreich, z. T. (in weissgrauen Abschnitten) Spindelzellensarkom. Auch scheinbar reine Lipome können rezidivieren. Vor kurzem hat Graefe ein solches Rezidiv 11 Monate nach Exstirpation eines retroperitonealen Lipoms, kindskopfgross, operiert. Es war ein Myxom ohne ausgeprägten Sarkomcharakter. Der Primärtumor war nicht untersucht worden.)
20. Heimann, Kongenitale Nierendystopie. Gyn. Ges. in Breslau. 26. Okt. 1915. Monatsschrift f. Geb. Bd. 43. p. 285. (Diagnose Ovarialtumor. Operation.)
21. Hellmann, A. M., Fibroid des Ligamentum ovaricum. New York Med. Journ. 1915. Vol. 102. Nr. 19. Nov. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 509. (44jährige Frau, 6 Geburten, 5 Abortus. Tumor ist 14 : 16 cm gross, hart, glatt. Mikroskopisch sehr zellreiches Fibroid. — Operation, glatte Heilung.)
22. Hollaender, Retroperitoneales Lipom. Vereinigte ärztl. Ges. zu Berlin. 13. Dez. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 1. p. 18. (50jährige Patientin; Tumor von der Hinterfläche des Bauches bis zum Gekröse entwickelt; der Ureter liegt der vorderen Bauchwand an. Operation, Heilung.)
23. Latzko, Metastase eines Korpuskarzinoms unter dem Bilde eines parametranen Abszesses. Gyn. Ges. in Wien. 14. Dez. 1915. Zentralbl. f. Gyn. p. 105.
24. Lindemann, Über Diathermiebehandlung gynäkologischer Erkrankungen. Ver. d. Ärzte in Halle a. S. 24. Nov. 1915. Münch. med. Wochenschr. Nr. 2. p. 54. (Apparat von Siemens und Halske. Gute Erfolge bei allen chronischen Entzündungen des Beckenbindegewebes, des Bauchfells und der Adnexe. Für akute Entzündungen nicht zu empfehlen. Ovarielle Reizerscheinungen, die bei Durchwärmung des Beckens auftreten, können mit Röntgenstrahlen oder Luteinpräparaten bekämpft werden. Bei hartnäckigen Schwielen Kombination mit Fibrolysin und Belastung. Auffallend ist in allen Fällen die schnelle Beseitigung der Schmerzen. — Graefe empfiehlt gegenüber diesem kostspieligen Apparat das Flatausche Pelveotherm (ca. 1400 Mk. gegenüber 32 Mk.)
25. Oberst, Über Schussverletzungen des retroperitonealen Spaltraumes und ihre Beziehungen zur Bauchhöhle. Münch. med. Wochenschr. Nr. 11. Feldärztl. Beil. p. 397 (169). (Die Erörterungen umfassen den ganzen retroperitonealen Raum vom Zwerchfell bis ins kleine Becken, und zwar speziell Schüsse, die von hinten eindringen, und zwar Schüsse, bei welchen das Projektil in diesem Raum stecken bleibt, oder aber noch das Peritoneum durchschlägt, ohne jedoch hier schwere Läsionen zu setzen. Am ausgeprägtesten sind die Veränderungen bei Schüssen in Längsrichtung des Körpers

oder bei schräg von der Seite her eindringenden. Das hervorstechendste Symptom ist der schwere Schock. Die Pat. werden nahezu pulslos, mit verfallenem Aussehen, bei erhaltenem Bewusstsein eingeliefert, ohne besondere Blutung nach aussen. Auch wirkliche Anämie, Zeichen schwerer innerer Blutung sehr selten. Starke Muskelspannung an einzelnen Abschnitten der Bauchwand, oft ausgesprochene Druckempfindlichkeit in umschriebenen Bezirken, Erbrechen nicht regelmässig. Ein grosser Teil der Verletzten geht im Schock zugrunde. Die Autopsie ergab dann mehr oder weniger ausgedehnte blutige Durchtränkung des Gewebes, ev. auch Blutbeulen, besonders in der Umgebung der Niere; aber nur in einem Fall war die Blutung so stark, dass innere Verblutung in Frage kam. Die Darmtätigkeit ist oft stark behindert, bis zum Bild des mechanischen Ileus. Häufig wird die schwierige Differentialdiagnose veranlassen, aktiv vorzugehen (Probelaparotomie).)

26. Oehlecker, Pfählungsverletzung eines 12jährigen Mädchens. Ärztl. Ver. in Hamburg. 5. Okt. 1915. Med. Klin. 28. Nov. p. 1332.

27. Pock, Josef, Ein seltener Beckentumor als Geburtshindernis. Gyn. Rundsch. Heft 7 bis 8. (In einem Falle von Neurofibromatosis Recklinghausen, der durch Obduktion klargestellt worden, bildete ein mannsfaustgrosser, vor dem linken Kreuzdarmbeingelenk sitzender Tumor des Nervus ischiadicus ein Geburtshindernis. Sectio caesarea.)

28. Riedel, Retro- und pararenale Abszesse; Nephritis purulenta. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. Heft 3. (Riedel nimmt gegen die bisherige Nomenklatur Stellung. Als paranephritisch bezeichnet er nur die von bisher gesunden Nieren und deren Kapseln ausgehenden Abszesse (51 Fälle in tabellarischer Zusammenstellung, davon 19 Frauen) und stellt ihnen gegenüber Eiterungen, die von chronisch kranken Nieren ausgehen, perforierten Sacknieren, Tuberkulose; sie enthalten Harn im Eiter; er spricht hier von paranephritischem Abszess ex perforatione (12 Fälle auf 85 derartige operativ behandelte Erkrankungen); und die von anderen Organen, hauptsächlich vom Wurmfortsatz in die Umgebung der Niere übergreifenden Prozesse, die meist retronephritisch bleiben. Überhaupt bleiben die meisten Abszesse retrorenal und machen dann auch kaum besondere diagnostische Schwierigkeiten, im Gegensatz zu den sehr viel selteneren pararenalen Abszessen.)

28a. Schedding, Über ein grosses retroperitoneales Liposarkom. Inaug.-Diss. Bonn.

29. Seitz, Ernst, Über die Retroperitonealphlegmone. Münch. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 654. Feldärztl. Beil. p. 286. (Durch Projektile, welche von hinten her die Wand des Beckens durchschlagen, im Retroperitonealraum stecken bleiben und hier zur Vereiterung des Gewebes führen, entsteht das im Frieden nicht bekannte Krankheitsbild der primären retroperitonealen Phlegmone. Verf. bringt Krankengeschichte und Obduktionsbefund eines solchen Falles aus einer gleichartigen Serie von 4 Fällen. Zunge feucht, Puls relativ langsam, mässig hohes remittierendes Fieber, leichte Zyanose und Benommenheit, Darmparese, die jedoch therapeutisch nicht unzugänglich ist. Keine Druckempfindlichkeit des Leibes, Fehlen von Psoaskontraktur. Alle 4 Fälle sind nach 3—4 Tagen gestorben. Nur in einem weiteren Fall mit ähnlichen Symptomen waren die Erscheinungen vorübergehend. Auch in den anderen war das Befinden tagelang nicht schlecht; erst im letzten Moment Kollaps. Die Sektion (2 mal) zeigte bei unversehrtem Peritoneum an der hinteren Beckenwand die graugrüne Verfärbung durch das Peritoneum durchschimmernd. — Verf. glaubt, das Krankheitsbild auch in einem Fall von traumatischer Darmzerreissung (Hufschlag), der 5 Tage p. op. gestorben war, zu erkennen und aus dem Symptomenbild der Peritonitis ausscheiden zu können. Vielleicht lässt sich auch ein Teil der postoperativen sog. Darmlähmungen hier einreihen.)

29a. Speicher, Über einen Fall von retroperitonealem Tumor (Fibrosarkom). Inaug.-Diss. Bonn.

30. Stolz, M., Grosser Beckenabszess, pararektale Freilegung und Eröffnung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 951. (40jährige Pat., die vor 20 Jahren geboren, vor 10 Jahren an Gelbsucht gelitten hatte, klagt seit einigen Tagen über Harnbeschwerden. Uterus und Rektum nach rechts vorn verdrängt durch einen grossen, bis 3 Finger über den Beckeneingang reichenden derben Tumor, der auch den Levator nach abwärts drängt. Kein Fieber. Probelaparotomie; Appendektomie. Parasakraler Schnitt, Resektion des Steissbeines. Eröffnung der Geschwulst; es entleeren sich grosse Mengen gelblicher käsiger Flüssigkeit. Die Wand des Hohlraumes gelblich belegt, nirgends eine Fistel zu sehen. Verlauf glatt bis auf eine noch bestehende Fistel. Die histologische

Untersuchung exzidierter Stücke gab keinen Aufschluss über die Natur des Prozesses. Stolz schliesst sich der Ansicht von Stratz an, dass pararektale und parakolpale Eiterungen und Neubildungen auf diesem Wege leicht zu erreichen sind.)

31. Stratz, C. H., Zur Behandlung der Beckeneiterungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 811. (Granatsplitterverletzung am Rücken, in der ersten Zeit durch 2 Monate Katheterismus, Heilung; nach ca. 3 Monaten neuerliche Erkrankung. Stuhl- und Harnverhaltung, Fieber. Inzision eines Abszesses in der alten Narbe. Wiederholte Röntgenaufnahmen erweisen einen grossen und mehrere kleine Granatsplitter im Becken; der grosse wechselt seine Lage. Diagnose: Retrovesikaler Abszess im Beckenbindegewebe. Parasakraler Schnitt, Resektion des Steissbeins, pararektales Vordringen erst links, dann, da von hier aus nicht der ganze Abszess ausgetastet werden kann, auch rechts. Entfernung der Splitter. Heilung in kurzer Zeit. Verf. empfiehlt dieses recht übersichtliche Verfahren auch für parametrane Abszesse oder vereiterte Hämatocelen.)

32. Thaler, H., Myom des Beckenbindegewebes, durch den Leistenkanal deszendiert. Gyn. Ges. in Wien. 16. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 495. Wien. klin. Wochenschrift. Nr. 35. p. 1122. (Die 41jährige Pat. hat seit 12 Jahren eine Vorwölbung in der rechten Leiste. Sechs Schwangerschaften; die zwei letzten wegen hochgradiger, auf den Tumor zu beziehender Beschwerden unterbrochen. Seit einigen Monaten ist Pat. im Gehen behindert. Tumor reicht wie eine Hernie bis zur Misse des Oberschenkels, und setzt sich gegen die Bauchhöhle fort in eine harte Resistenz, die bis zum Zwerchfell reicht. Operation in Sakralanästhesie. Zunächst Ausschälung des äusseren Abschnittes, dann Verlängerung des Schnittes bis Nabelhöhe, worauf die Exstirpation in toto gelang. Wegen einer linksseitigen Ovarialzyste wird auch das ganze innere Genitale in Zusammenhang mit der Geschwulst entfernt. Abtragung des verdickten Hautsackes, Verschluss des äusseren Leistenringes. — Gewicht des Tumors 7 kg. Form walzenförmig. Ausgangspunkt anscheinend das Lig. latum; keine Beziehung zum Uterus und zum Lig. rot. Histologisch ödematöses Myofibrom ohne drüsige Einschlüsse. In vielen Präparaten reichliche Anhäufung eosinophiler Granulationen.)

32a. Vénot et Coiquand, Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. 10 Mars. Ann. de gyn. Tome 12. p. 379. (Tumor im Ligamentum latum von 2100 g Gewicht. Enukleation leicht. Darauf abdominale subtotale Uterusexstirpation. Der Tumor war völlig unabhängig vom Uterus.)

33. Ward George Gray, Klinische Beobachtungen über die Behandlung akuter Beckenentzündungen. Amer. Journ. of Obst. 1915. Vol. 71. Nr. 6. (Sehr ausführliche Arbeit. Inzision parametraner Exsudate ist erst am Platze, wenn abgegrenzte Eiteransammlung nachweisbar ist.)

34. Watkins, Pelvine Entzündung der Frau. Bemerkungen zu einigen Formen derselben. Journ. Amer. Med. Assoc. 24. Mai. p. 2091.

35. Werner, E., 2 Fälle von Myom im Septum vesico-, bzw. urethrovaginale. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 698. (Im Anschluss an die Mitteilung von Giesecke (Zentralbl. 1915. p. 81) werden 2 Fälle beschrieben. a) 53jährige IX para, Beschwerden seit 14 Tagen. Hühnereigrosser, z. T. belegter Tumor im Introitus, breitbasig der vorderen Scheidenwand aufsitzend, d. h. aus einem scharf begrenzten Fenster der Schleimhaut herausragend, selbst ohne Schleimhautüberzug. Ausschälung; an zehnpfennigstückgrosser Stelle muss die Muskulatur der Blase mit entfernt werden. Naht, Dauerkatheter. Heilung. Gewicht der Geschwulst 48 g. Typisches Leiomyom, an der freien Fläche stark infiltriert und sehr gefässreich. b) 25jährige Ipara, seit Mitte der Schwangerschaft Vorfall (jetzt $^3/_4$ Jahre). Beim Pressen wird ein 3,5 cm langer Tumor der vorderen Scheidenwand sichtbar. Operation $3^1/_2$ Monate nach der Geburt; beträchtliche Blutung. Heilung. Pflaumengrosses, reines Myom.)

X.

Krankheiten der Harnorgane beim Weibe.

Referent: Professor Dr. Stumpf.

a) Allgemeines.

1. Detre, Das Tuschverfahren bei der Untersuchung des Harnsediments und die Anwendung der Tusche als eines neuen Reagens für freie Säure. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. v. 7. Juli. Wien. med. Wochenschr. Bd. 66. p. 1229. (Empfiehlt Tusche zur besseren Sichtbarmachung von Harnzylindern und Schleimfäden; bei stark sauer reagierenden Harnen ballt sich die Tusche zusammen.)
2. Edelmann, A., Eine portative Eiweissprobe für den Truppenarzt. Wien. klin. Wochenschrift. Bd. 29. p. 901. (Unterschichtung des Harns mit konzentrierter Resorzinlösung; bei Eiweissgehalt entsteht ein weisser Ring an der Berührungsstelle; die Probe wird als empfindlicher bezeichnet als die Ferrozyankalium- und die Sulfosalizylprobe.)
3. *Eicke, Zum Eiweissnachweis im Urin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1039.
4. Horváth, B. und H. Kadletz, Die Bestimmung des Ureumgehaltes im Urin mit Urease. Orvosi Hetilap. Nr. 1.
5. Indemans, J. W. M., Die Benzidinprobe zum Blutnachweis in Fäzes und Harn. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1915. I. p. 2077. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 523. (Betont zur Ausführung der Probe die Notwendigkeit der vorherigen Erhitzung des durch Zentrifugierung gewonnenen Harnrückstandes.)
6. Josefson, A., Nachweis von Geschwulstzellen in Exsudaten, Harn und Lymphdrüsen. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 82. Heft 3/4. (Harn wird mit Alkohol versetzt, ev. zentrifugiert und das erhaltene feste Material eingebettet und geschnitten.)
7. Kilduff, R., Urinanalyse und der praktische Arzt. Arch. of Diagn. Bd. 8. p. 313. (Übersichtliche Darstellung.)
8. Knack, A. V., Über eine Blutprobe im Urin mit Trockenreagentien. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 708. (Modifikation der Adlerschen Blutprobe; Blaugrünfärbung mit Benzidinazetat und Perhydrit; auch bei kleinsten Blutmengen empfindlich.)
9. Krogh, Klinische Methode für Stickstoffbestimmung im Harn. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 120. Heft 2/3. (Bestimmung der Stickstoffmenge, die 1 cm des Tagesharns mit Natriumhypobromid entwickelt, multipliziert mit einem Konstanten, dessen Grösse von Temperatur, Druck und Zusammensetzung des Reagens abhängig ist, und mit der Harnmenge, dazu addiert einen zweiten Konstanten, dem widerstandsfähigen Überrest entsprechend.)
10. Lenk, E., Schnellmethoden zur quantitativen Bestimmung von Eiweiss und Zucker im Harn. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 41. Nr. 43. (Für Eiweiss in Esbach-Röhrchen unter Zusatz von einer kleinen Messerspitze gepulverten Bimssteins; ablesbar nach 10 Minuten.)
11. Lewis und Bartlett, Kaudale Anästhesie bei urogenitalen Operationen. Med. Rec. New-York. 5. Febr. p. 256.
12. Liebers, Zum Eiweissnachweis im Urin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 323. (Empfehlung der Pandyschen Probe: $10^0/_0$ige Karbolsäure, Aufträufeln von 1—2 Tropfen Harns darauf in einer Uhrschale, Entstehung einer weissglasigen Trübung bei Eiweissgehalt.)
13. Munk, F., Untersuchung des Urinsediments mit dem Polarisationsmikroskop mit Differentialdiagnose der verschiedenen Nierenkrankheiten (Nephrose-Nephritis). Med. Klin. Bd. 12. p. 1104. (Kurze Gebrauchsanweisung.)
14. Norgaard, A., Om Claudius' kvantitative Aeggekvide bestemmelse. Ugeskr. f. Laeger. 1915. Nr. 47. Ref. Zentralbl. f. innere Med. Bd. 37. p. 534. (Die kolorimetrische Claudiussche Eiweissprobe eignet sich nur für Harne von über $1^0/_{00}$ Eiweissgehalt.)

15. *Ujlaki, P., Ein empfindliches und sehr leicht verwendbares Eiweissreagens. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1031.

Ujlaki (15) benützt zum Eiweissnachweis eine 25%ige Lösung von Sulfosalizyl, das in 1—2 Tropfen dem Harn beigesetzt wird. Die Probe ergibt noch Trübung, wo die Kochprobe keine solche hervorruft.

Eicke (3) macht geltend, dass die von Liebers empfohlene Pandysche Probe der Salpetersäureprobe an Leistungsfähigkeit nachsteht.

---

b) Harnröhre.

1. *Asch, P., Die moderne Therapie der Gonorrhoe beim Manne. Bonn 1915, Markus und Weber.
2. *Baer, Th., Über Versuche mit dem neuen Gonorrhoikum „Choleval". Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 954.
3. Bender, Über Versuche mit dem Nicolleschen Antigonokokkenvakzin „Dmégon". Ärzteverein Wiesbaden, Sitzg. v. 20. Mai 1914. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 230. Die örtliche Urethralgonorrhoe wird nicht beeinflusst, wohl aber Komplikationen und Metastasen.)
4. *Bernart, W. F., The intravenous use of antiseptics in gonorrhoea. New York Med. Journ. 1915. 5. Juni. Ref. Zeitschr. f. Urologie. Bd. 10. p. 115.
5. *Burty, Über suburethrale Abszesse bei der Frau. Journ. de méd. de Paris. 1914. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 374.
6. *Caesar, V., Spuman und Tampospuman in der Therapie des Urogenitalapparates. Med. Klin. Bd. 12. p. 1179.
7. *Deissner, U., Der Wert des Ammonpersulfats und Cholevals für die Behandlung der akuten Gonorrhoe. Dermat. Wochenschr. Bd. 62. Nr. 18.
8. Di Chiara, Localisation et traitement actuel de la blennorragie chez la femme. Journ. d'Urol Bd. 4. Nr. 1.
9. *Dommer, Beiträge zur abortiven Behandlung der männlichen Gonorrhoe. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. v. 30. Okt. 1915. Münch. med. Wochenschr Bd. 63, p. 354.
10. *Dufaux, L., Das neue Injektionsmittel zur Gonorrhoebehandlung Choleval in fester, haltbarer (Pulver- und Tabletten-) Form. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 1196.
11. *Engleson, H., Über die Behandlung der Gonorrhoe bei Frauen. Dermat. Wochenschrift. Bd. 62. Nr. 9.
12. *Fischer, A., Über Wesen und Wert der Immunitätstherapie bei Gonorrhoe. Dermat. Wochenschr. Bd. 63. Nr. 35ff.
13. *Frieboes, W., Erfahrungen bei Cholevalbehandlung der männlichen und weiblichen Gonorrhoe. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 785.
14. *Görl, Über Gonorrhoe. Nürnberg. med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. v. 9. März. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 871.
15. Goldmann, M., Kanüle für intraurethrale Injektionen. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 21. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 638. (Metallkatheter mit Schraubengewinde zum Ansetzen einer Rekordspritze.)
16. *Janovsky, V., Die Beziehung des Colliculus cervicalis zur Pathologie der weiblichen Urethra. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 123. Heft 3.
17. *Jersild, O., Die Resultate einerm Abortivbehandlung (Kupferiontophorese) der Gonorrhoe. Hospitalstid. Nr. 14. Ref. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1195.
18. *Joachimsthal, Diathermie bei Gonorrhoe. Wissensch. Zusammenkunft d. Kriegsärzte in Sofia. Sitzg. v. 14. April. Wien. med. Wochenschr. Bd. 29. p. 936.
19. *Kuznitzky, E., Über die Behandlung der Frauengonorrhoe mit Protargolsalbe. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1613.
20. *Latzko, Metastase eines Korpuskarzinoms unter dem Bilde eines paraurethralen Abszesses. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 14. Dez. 1915. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 107.
21. *Meyer, J., Blenotin bei Gonorrhoe. Klin.-therapeut. Wochenschr. 1915. Nr. 25ff.
22. — K., Über Argaldin, ein neues Silbereiweisspräparat. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53 p. 749.

23. Mezo, B., Die Thermopenetrationsbehandlung der Gonorrhoe. Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 9.
24. *Nobl, G., Ergebnisse der ätiologischen Blennorrhoebehandlung. Dermat. Wochenschrift. Bd. 62. Nr. 15.
25. *Odstrcil, J., Behandlung der Gonorrhoe mit Joddämpfen. Casop. lek. cesk. 1914. Nr. 34. Ref. Wien. med. Wochenschr. Bd. 66. p. 182.
26. *Oppenheim und Schlifka, Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Tierkohle. Demonstrationsabend im Vereinsreservespital Nr. 1 des Roten Kreuzes Wien. Sitzg. v. 7. Dez. 1915. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 25 u. Wien. med. Wochenschr. Bd. 66. p. 1055.
27. v. Planner, R., Zur Vakzinebehandlung akuter Gonorrhoen. Wien. med. Wochenschrift. Bd. 66. p. 1081.
28. *Rosenbach, Tuberkulose der Urethra und der Blase bei der Frau; Exstirpation der Blase. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 940.
29. v. Rottkay, K., Die Hypospadie beim Weibe. Inaug.-Diss. Breslau 1915.
30. *Saalfeld, Über Thigan. Münch. med. Wochenschr. Bd. 62. Nr. 8.
30a. Schmieden, Inkontinenz der Harnblase. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. v. 29. März. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 758.
31. *Scholtz, W., Über die Fieberbehandlung der Gonorrhoe nach O. Weiss. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1057.
32. *Schumacher, Ammoniumsulfat und Gonorrhoe. Dermat. Wochenschr. Bd. 60. p. 208.
33. *— Über den Wert des Hydrargyrum oxycyanatum zur Desinfektion der Harnwege. Dermat. Wochenschr. Bd. 60. p. 169.
34. Schumburg, Die Geschlechtskrankheiten, ihr Wesen und ihre Verbreitung, Bekämpfung und Verhütung. Leipzig u. Berlin 1915, B. G. Teubner. 3. Aufl. (Populäre Darstellung.)
35. *Shoemaker, G. E., Primäres Urethralkarzinom, Urinverhaltung durch Wegverlegung, Funktionswiederherstellung durch Radium. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 22. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 915.
36. *Smilovici. Ammoniumpersulfat bei Gonorrhoebehandlung. Dermat. Wochenschr. 1915.
37. Die Überschwefelsäure und ihre Salze als Antigonorrhoica. Dermat. Wochenschr. Bd. 62. Nr. 5. (Die Überschwefelsäure kommt in der Desinfektionskraft und -schnelligkeit den Silberpräparaten vollständig gleich.)
38. *Tröscher, H., Arhovin bei Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1606.
39. *Weiss, Versuche, die Gonorrhoe des Mannes durch Überhitzen des Körpers zu heilen. Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg. Sitzg. v. 8. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 731.
40. *Werner, E., Zwei Fälle von Myom im Septum vesico- bzw. urethro-vaginale. Zentralblatt f. Gyn. Bd. 40. p. 698.
41. Wolff, P., Über eine sehr zweckmässige, möglichst frühzeitige lokale Gonorrhoebehandlung mit „Sanabo"-Spülkatheter. Med. Klin. Bd. 12. p. 809. (Die Blase mittelst Olive abschliessender Spülkatheter mit Spülung der Harnröhre von hinten nach vorne — ähnlich dem Skeneschen Katheter.)
41a. Wüsthof, A., Über einen Fall von beginnender gummöser Erkrankung der weiblichen Urethra. Inaug.-Diss. Bonn 1914.
42. *Wyeth, G. A., Die prompte Heilung der Gonorrhoe. New York Med. Journ. Nr. 6. Ref. Med. Klin. Bd. 12. p. 547.

Missbildungen.

Schmieden (30a) beseitigte bei einem 16jährigen Mädchen eine Epispadie durch eine Plastik aus der Bauchmuskulatur am Blasenhals und durch Torsion der Harnröhre um 270°; die Kontinenz war eine vollständige.

Gonorrhoe.

Janowsky (16) macht auf die Beziehungen des Längswulstes der hinteren Harnröhrenwand, der von Burkow als Colliculus cervicalis bezeichnet worden ist, zur Urethritis, besonders zur akuten und chronischen Gonorrhoe, aufmerksam.

Asch (1) empfiehlt bei akuter und chronischer Gonorrhoe besonders die Janetschen Spülungen und schreibt die Technik derselben genau vor.

Dommer (9) spricht sich bei akuter Gonorrhoe gegen die Anwendung starker Lösungen und gegen Janetsche Spülungen, sondern für exspektative Behandlung aus.

Engleson (11) empfiehlt zur Behandlung der weiblichen Urethral- und Zervikal-Gonorrhoe die Almkvistsche Methode (Einspritzung von 1%iger Albargin-Gallerte).

Kuznitzky (19) schlägt zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe neben Einführung von Neissers Novinjektolsalbe (6,0 Protargol in 24,0 Wasser gelöst auf Eucerin anhydr. und Ad. lanae āā 35,0) in die Scheide, die Einführung von Protargolstäbchen (20,0 Protargol in Wasser gelöst auf 10,0 Gummi arab. und Amylum und Milchzucker āā 25,0) in die Urethra vor. Nach Entfernung des Tampons soll mit möglichst heissem Wasser ausgespült werden.

Nach K. Meyers (22) Versuchen fand sich das Argaldin (gewonnen durch die Einwirkung von Hexamethylentetramin auf proteinsaures Silber) in bezug auf die Fähigkeit der Abtötung der Gonokokken dem proteinsaurem Silber gleichwertig. Es hat dagegen den Vorzug der grösseren Haltbarkeit seiner Lösungen und der Reizlosigkeit.

Wyeth (42) empfiehlt zur raschen Beseitigung der akuten Urethralgonorrhoe Harnröhrenspülungen und daran anschliessend Injektionen mit 0,5%iger Protargollösung. Bei frühzeitiger Behandlung waren am 3. Tage keine Gonokokken mehr nachweisbar.

Görl (14) erklärt beim Weibe Gonokokkenträger nach Abheilung der primären und sekundären Veränderungen für häufig. Als zuverlässigste Medikamente werden Silbernitrat und Ichthargan erklärt, Protargol ist wenig wirksam, dagegen Choleval von günstiger Wirkung.

Saalfeld (30) empfiehlt Thigan (haltbar gemachte Lösung von Thiganolsilber) als verhältnismässiges reizloses und sekretionsbeschränktes Mittel bei Gonorrhoe.

Odstrčil (25) empfiehlt zur Gonorrhoebehandlung die Einblasung von Jod in statu nascendi in die Harnröhre, besonders bei subakuten und chronischen Fällen, bei akuten nur, wenn die Sekretion bereits spärlich und schleimig oder serös geworden ist; meistens musste die Methode mit anderen Behandlungsarten kombiniert werden, um Heilung zu erzielen.

Deissner (7) schreibt bei akuter Gonorrhoe dem Ammoniumpersulfat eine nährbodenverschlechternde Wirkung zu, so dass nachher durch Protargol oder andere Silberpräparate die endgültige Heilung leichter bewirkt werden kann.

Schumacher (32) empfiehlt 1—2%ige wässerige Ammoniumpersulfatlösung in Form von Janetschen Spülungen und Einspritzungen; sie tötet im Kulturversuch die Gonokokken, vermindert die Sekretion und ist völlig reizlos.

Smilovici (36) verwirft das von Schumacher empfohlene Ammoniumpersulfat zugunsten des Protargols.

Caesar (6) wandte bei weiblicher Urethralgonorrhoe das Spuman in Form von Stäbchen (0,5 pro dosi) an, die sich die Frauen selbst in die Harnröhre einführen können. Das Mittel hat die Eigenschaft, bei Berührung mit der Schleimhaut einen umfangreichen, für etwa eine Stunde haltbaren engmaschigen Schaumkörper aus kleinsten CO_2-Bläschen zu bilden und sich mit einer gewissen Gewalt durch Gasdruck nach allen Seiten auszudehnen. Das Mittel kann mit verschiedenen Zusätzen (Ichthyol, Kokain, Silbernitrat, Protargol, Tannin, Zinksulfat, Sublimat) versehen werden. Der Erfolg bestand in Verhütung des Übergreifens der Entzündung auf die übrigen Ostien, in der Beseitigung der subjektiven Beschwerden, in der Umwandlung des Sekrets in einen glasigschleimigen Zustand und in dem Verschwinden der Gonokokken. Gleichzeitig sind Vagina und Cervix zu behandeln.

Jersilds (17) Methode besteht darin, dass die Harnröhre mit Kupfersulfatlösung (1‰) gefüllt wird, durch welche von einer in die Harnröhre eingeführten Anode ein konstanter Strom (8—10 Milliampère) in das Gewebe geleitet wird. Die Methode ergab bei frischen Fällen sehr gute Resultate. Stark entzündliche Erscheinungen geben eine Gegenindikation.

Schumacher (33) bezweifelt den Wert des Quecksilberoxyzyanats in der Gonorrhoebehandlung, weil dessen antiseptische Wirkung der anderer Mittel, wie Albargin, Ammoniumpersulfat mit Jodkalium und Hegonon, nachsteht.

Baer (2) erklärt das Choleval für das wirksamste aller bekannten Gonorrhoemittel und hebt ausserdem seine völlige Reizlosigkeit und seine bequeme Anwendbarkeit (Haltbarkeit usw.) hervor.

Dufaux (10) bezeichnet das feste Choleval als das zur Zeit am schnellsten und zuverlässigsten wirkende Mittel bei der Urethralgonorrhoe von Männern und Frauen.

Frieboes (13) fand besonders bei gonorrhoischer Urethritis bei Frauen Injektionen von $^1/_2$%iger Cholevallösung von sehr guter Wirkung. Stets wurde, auch wenn im Zervikalkanal Gonokokken nicht gefunden worden waren, zur Verhütung der Kontaktinfektion die Scheide nach vorausgegangener Kaliumpermanganatspülung mit in 1%ige Cholevallösung getauchtem Tampon tamponiert.

Oppenheim und Schlifka (26) erzielten durch Einspritzung von 100 ccm einer Suspension von Tierkohle in abgekochtem Wasser (ein gestrichener Kaffeelöffel auf $^1/_2$ Liter Wasser) mittelst Janetscher Spritze rasche Klärung des Harns. Besonders wird die absolute Reizlosigkeit hervorgehoben. Die beste Anwendungsweise besteht in einem Abwechseln mit Kaliumpermanganat-Spülungen. Die Gonokokken und die mit ihnen beladenen Leukozyten sollen durch die Kohlenpartikelchen absorbiert und mechanisch abgeschwemmt werden.

Weiss (39) wandte bei frischer Gonorrhoe Vollbäder von 43—43,5° an, wodurch die Körpertemperatur auf 42,6—42,75° erhöht wurde und konnte drei Gonorrhoekranke durch ein einziges Bad heilen. Bei Erhöhung der Körpertemperatur auf 39,9—41,5° waren mehrere Bäder erforderlich und bei geringerer Temperaturerhöhung mussten die Bäder mit Lokaltherapie kombiniert werden.

Scholtz (31) prüfte die Wirkung der von O. Weiss empfohlenen heissen Bäder auf Gonorrhoekranke nach und wandte jedoch etwas niedrigere Temperaturen an, bei denen die Körpertemperatur auf 40—41° erhöht wurde. Bei frischen Gonorrhoefällen konnte jedoch eine vollständige Ausheilung nur in wenigen Fällen erzielt werden, dagegen ergab die Kombination der Bäderbehandlung mit energischer Lokalbehandlung sehr günstige Resultate.

Joachimsthal (18) hat ein Instrument konstruiert, mit dem in der Harnröhre eine Temperatur von 40—50° erreicht werden kann; während der Behandlung kann jederzeit die erreichte Temperatur abgelesen werden.

Tröscher (38) erklärt die innere Behandlung bei Gonorrhoe nur bei übermässig starker Sekretion und bei sehr heftigen anhaltenden Schmerzen für angezeigt. In solchen Fällen wurden mit Arhovin sehr gute Erfolge erzielt und dieses Mittel wird als Ersatz der Balsamica empfohlen, deren unangenehme Nebenwirkungen es nicht hat. Auch bei gonorrhoischer und nichtgonorrhoischer Cystitis und Cystopyelitis wirkte es harnklärend und rief saure Reaktion des Harns hervor.

J. Meyer (21) erklärt das Blenotin als wertvollste Santalöl-Präparate für die Behandlung der Gonorrhoe; es wirkt entwicklungshemmend auf die Gonokokken und zugleich adstringierend auf die Schleimhaut. Über 6 erfolgreich behandelte Fälle wird berichtet.

Bernart (4) konnte durch intravenöse Injektionen von Borophenylsäure (1 : 30) und von Natriumbenzoat (1 : 2) mit gleichzeitiger milder Lokalbehandlung bei akuter Gonorrhoe Heilung in durchschnittlich 23 Tagen erzielen.

Fischer (12) fand die Vakzinetherapie ohne Einfluss auf die gonorrhoisch erkrankte Schleimhaut.

Nobl (24) kommt zu dem Schlusse, dass die Versuche, mittelst Vakzinebehandlung das erste Stadium der Gonorrhoeinfektion zu beseitigen, gescheitert sind.

v. Planner (27) setzt bei der Behandlung der akuten Gonorrhoe die antiseptische Lokalbehandlung an erster Stelle; nur wo diese erfolglos bleibt, weil sie die Krankheitserreger nicht zu erreichen imstande ist, soll die Behandlung mit Gonokokkenvakzine hinzutreten, aber stets kombiniert mit der antiseptischen Lokalbehandlung. Die Lokalbehandlung soll 6 Wochen fortgesetzt und ihr Erfolg stets durch Gonokokkenuntersuchung kontrolliert werden; wenn Sekretion und Gonokokken zeitweilig verschwinden, um nach kurzer Zeit wiederzukehren, soll die Lokaltherapie mit der Vakzinebehandlung und zwar mit mittleren Dosen, nach Bedarf zu starken Dosen übergehend, kombiniert werden.

Suburethrale Abszesse.

Burty (5) beobachtete einen Jahre lang bestehenden paraurethralen Abszess, der auf Druck Eiter und Gonokokken durch die Harnröhre entleerte. Nach vollkommener Exzision und Argyrolspülung erfolgte Heilung per primam intentionen. Es ward offen gelassen, ob es sich um Urethrocele oder eitrige Zyste der Skeneschen Drüsen handelte.

Tuberkulose.

Rosenbach (28) beschreibt einen Fall von Tuberkulose der Urethra bei einer 61 jährigen Frau, bei der anfangs ein Karzinom der Harnröhre vermutet wurde. Die äussere Harnröhrenöffnung stellte sich als ein von kleinen unregelmässigen Wärzchen und Geschwüren umkleideter ulzeröser Trichter dar mit infiltrierter Umgebung, die bis zur Blase reichte. Die ganze infiltrierte Gegend war sehr schmerzhaft und die Einführung des Katheters war kaum ausführbar. Die Operation — Ovalär-Schnitt oberhalb der Symphyse beginnend, seitlich die kleinen Labien umfassend, die vordere Scheidenwand halbierend und bis zur Portio reichend — ergab, dass der Prozess auf den grössten Teil der Blase übergegangen war. Die Blase wurde von Scheide und Uterus abpräpariert, die Gefässe unterbunden und die Ureteren durch Haltefäden gesichert und an der Blase durchtrennt, dann durch festes Anziehen der Blase das Peritoneum nach oben breit eröffnet und tamponiert, und durch Abtrennung von unten und seitlich die Blase in das Operationsfeld gebracht und am Scheitel geöffnet. Schliesslich wurde die Blase bis auf ein fünfmarkstückgrosses gesundes Stück der Hinterwand exstirpiert und in dieses Stück wurden die Ureter-Mündungen eingenäht. Nach 2 Monaten hatte sich die Wundhöhle bis auf einen kleinen Granulationsraum geschlossen, das erhalten gebliebene Blasenstück füllte das vordere Scheidengewölbe aus und die Ureter-Mündungen liegen am unteren Rande, von der Schleimhaut etwas überdeckt. Von seiten der Nieren waren keine Beschwerden vorhanden. Rosenbach erklärt die Versorgung der Ureteren nach der Scheide für prognostisch besser als auf anderem Wege und die Gefahr der aufsteigenden Infektion als geringer. Eine Kolpokleisis ist nicht notwendig, weil dadurch Stagnationen, Krustationen und Zersetzungen bewirkt und die Scheidenspülungen unmöglich gemacht werden.

Der vorliegende Fall wird als primäre Harnröhren- und Blasentuberkulose erklärt, da die Harnleiter völlig unbeteiligt waren.

Geschwülste.

Werner (40) beschreibt ein pflaumengrosses Myom des Septum urethrovaginale, bei dem der Ausgangspunkt, ob von Urethra oder Scheide, unentschieden blieb. Es bestand vermehrter Harndrang. Operation, Heilung.

Shoemaker (35) beschreibt ein primäres Urethralkarzinom bei einer 50jährigen Negerin mit Harnverhaltung, das mit Radium behandelt wurde, so dass die Miktionsfähigkeit wieder eintrat.

Latzko (20) beschreibt einen länglichrunden elastischen Tumor im Bereiche des Urethralwulstes mit Entleerung von blutigem Eiter aus der Harnröhre bei Druck auf den Tumor. Nach Inzision und Eiterentleerung rezidivierte die Geschwulst wieder und nach nochmaliger Inzision erwies der Tumor sich als eine mit bröckligen weisslichen Gewebsmassen ausgefüllte Höhle und er wurde als von einem Korpuskarzinom metastasierendes Adenokarzinom erkannt.

---

c) Blase.

1. Anatomie und Physiologie.

1. *Bab, H., Die Hypophyse als Regulator der Diurese und des spezifischen Gewichts des Harns. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1685.

Bab (1) studierte die Wirkung innersekretorischer Organe auf die Harnabsonderung und fand von allen Organen nur das Extrakt der Hypophyse von Einfluss, so dass sie als Zentralorgan für die Regulierung der Harnsekretion angesprochen wird. Pathologische Polyurie, z. B. bei Diabetes insipidus wird als Folge einer Hyposekretion der Pars intermedia erklärt, bzw. als Folge einer Störung der Sekretionsaufnahme im Hinterlappen oder der Sekretfortleitung in die zerebralen Lymphlakunen. Subkutane Injektionen von Hinterlappenextrakt (Koluitrin) erzielen bei Diabetes insipidus Hemmung der Diurese, Steigerung des spezifischen Gewichtes des Harns und Hebung des Allgemeinbefindens. Hinterlappenextrakt steigert ferner nicht nur bei Diabetes insipidus, sondern auch für gewöhnlich auch bei anderweitig erkrankten und bei normalen Individuen die molekulare Konzentration des Harns, besonders bei niedrigem spezifischem Gewicht. Tumoren und Verletzungen des Hinterlappens bedingen Diabetes insipidus. Auch Nebennierenextrakt kann das spezifische Gewicht des Harns steigern, aber schwere Nebennierenschädigung bei Morbus Addisonii führt nicht zu Diabetes insipidus; dabei reguliert wohl die intakte Hypophyse die Diurese, während umgekehrt Nebennierenmark für eine geschädigte Hypophyse nicht kompensatorisch eintreten kann, so dass hinsichtlich der Diurese die Hypophyse das übergeordnete Organ ist. Die Hypophyse muss als Hauptregulator der Nierengefässe angesehen werden.

2. Allgemeine Diagnostik und Therapie.

1. *Churchman, J. W., Die Verwendung der Saugung bei der postoperativen Behandlung von Blasenfällen. Bull. of the Johns Hopk. Hosp. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 723.
2. *Grebe, E., Über die Verwendung von Myrmalyd als Prophylaktikum gegen Cystitis und Katheterismus. Inaug.-Diss. Marburg 1915.
3. Heimann, F., Kystoskopie und Bestrahlungserfolge beim inoperablen Uteruskarzinom. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. v. 11. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 306 u. Med. Klin. Bd. 12. p. 300. (Verlangt dauernde kystoskopische Kontrolle für die Beurteilung der Bestrahlungswirkung.)
4. *Kolopp, P., Über einige seltenere Hautveränderungen bei Erkrankungen der Harnorgane. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 169.
5. *Posner, C., Perkaglyzerin in der Urologie. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 577.
6. v. Rohr, M., Zweiter Nachtrag zu den Kystoskopsymptomen, enthaltend die Entwicklung der kystophotographischen Apparate. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 49. (Schilderung der in den letzten Jahren eingeführten Verbesserungen für die Kystophotographie.)

7. *Vineberg, H. N., The advantage of Kellys method of cystoscopy in women. Med. Record. New York 1915. 14. Aug. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 445.

Posner (5) empfiehlt als Gleitmittel für Katheter und Kystoskope das Perkaglyzerin, entweder in Vermischung mit Wasser oder als Creme (20% mit 3% Traganth); es genügt allen Ansprüchen bezügl. Schlüpfrigkeit, Sterilisierbarkeit, Reizlosigkeit und Wasserlöslichkeit.

Grebe (2) hält die puerperale und postoperative Cystitis für Folge einer Infektion durch den Katheterismus und beobachtete, dass nach prophylaktischer Anwendung von Myrmalyd (Hexamethylentetramin-Natriumformikat) die Katheterisationscystitis an der Marburger Klinik von 20% auf 0,7% heruntergegangen ist. Für prophylaktische Zwecke genügen 1,5 g als Tagesdosis (3 Tabletten). Das Mittel wurde auch bei Ureterenkatheterismus als prophylaktisch wirksam befunden.

Kolopp (4) beobachtete bei Blasenerkrankungen als Begleiterscheinungen von seiten der Haut Atrophia cutis idiopathica, Erysipel, Quinckes Ödem der Haut, Myxödem, Herpes zoster, diffuse Sklerodermie mit Raynaudscher Krankheit, Pemphigus, Purpura haemorrhagica und teleangiektatische Angiome der Haut.

Vineberg (7) hebt bei Frauen die Vorteile der Kellyschen direkten Kystoskopie wegen der leichten Ausführbarkeit, der Möglichkeit einer direkten Behandlung der Trigonitis und der leichten Entfernbarkeit von Fremdkörpern und Geschwülsten aus der Blase hervor.

Churchman (1) empfiehlt zur Nachbehandlung nach suprapubischen Operationen eine an ein Bauchwundendrain angeschlossene elektrische Saugpumpe, meist zu kombinieren mit dauernder Tropfenirrigation der Blase entweder durch die Harnröhre oder durch einen durch die Bauchwunde eingeführten Dauerkatheter.

3. Missbildungen.

1. Ekkert-Petersen, Ein Fall von totaler Ectopia vesicae mit Defekt der Vagina und sekundär entwickeltem Blasenkrebs bei einer 62jährigen Frau. Ugeskr. f. Laeger. 1915. Nr. 28. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 724. (Sektionsbefund; ausser den genannten Anomalien linksseitige Pyonephrose und rechterseits geringgradige Hydronephrose; karzinomatöse Infiltration der Bauchwand.)
2. *Frank, Ectopia vesicae. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. v. 11. Febr. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 86.
3. *v. Franqué, O., Spaltbecken mit Blasenektopie und Prolaps. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 265 u. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn, Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 42. p. 1497.
4. *Fromme, Blasenektopie bei zwei Mädchen. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. v. 20. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 1039.
5. *Fründ, H., Unsere Erfahrungen mit der Makkasschen Operation der Blasenektopie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 1.
6. *Moorhead, J. J. und E. L. Moorhead, Die Exstrophie der Harnblase, mit Bericht über 2 Fälle. Journ. of Amer. Med. Assoc. 5. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 418.
7. Nakagawa, K., Über zwei Fälle von Blasenektopie. Inaug.-Diss. München 1915.
8. Petersen, E., Ein Fall von totaler Ectopia vesicae mit Vaginaldefekt und sekundärem Carcinoma vesicae bei einer 62jährigen Frau. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 77. p. 1141. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 184. (Exstirpation des Karzinoms mit Exitus; bei der Sektion fand sich links Pyonephrose mit total geschwundenem Nierengewebe; rechts Hydronephrose mit reichlichem funktionsfähigem Gewebe.)
9. *Rovsing, Th., Eine Methode der Operation von Ectopia vesicae. 11. Vers. d. Nord. chir. Ver. in Göteborg v. 6.—8. Juli. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 862.
10. *Schloffer, H., Ziele bei der Behandlung der Blasenektopie. Wien. med. Wochenschrift. Bd. 66. p. 963.

11. Schloffer, H., Zur Behandlung der Blasenektopie. Ver. deutsch. Ärzte. Prag. Sitzg. v. 17. März. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 63. p. 472. (Demonstration.)
12. Stevens, A. R., Exstrophy of Bladder; Report of Case of 5 Years After Implantation of Ureters in the Rectum. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 23. p. 702. (Erwerbsfähigkeit hergestellt.)

J. J. und A. L. Moorhead (6) erklären das Zustandekommen der Blasenektopie durch Überfüllung der Harnblase infolge von intrauteriner Atresie der Harnröhre. Sie berechnen einen Fall auf 29 000 Geburten und die Häufigkeit bei Knaben 5 mal höher als bei Mädchen. Zur Therapie wird die Maydlsche Operation vorgeschlagen. Mitteilung zweier Fälle, und zwar von einem bei einem Mädchen, bei welchem zugleich wegen Prolapses des Uterus amputiert wurde — mit Genesung, während der andere Fall an Embolie starb.

Frank (2) beschreibt ein neugeborenes Kind mit Blasenektopie und pilzförmigem Prolaps der Blase durch die Bauchspalte, gewulsteter und auf Berührung leicht blutender Schleimhaut, vollständigem Fehlen der Symphyse, Epispadie, Spaltung des Skrotums und Insertion der Nabelschnur am kraniellen Rande der Spalte. Die Ureteren sollen in den Dünndarm eingepflanzt und die Blase exstirpiert werden.

Schloffer (10) unterzieht die Operationsmethoden bei Blasenektopie einer kritischen Besprechung und sieht in der Trendelenburgschen Operation das idealste Verfahren, bei dem allerdings die Schliessung des Sphinkterrings und die Herstellung der Kontinenz auf grosse technische Schwierigkeiten stösst. Die Methoden Subbotins und Gersunys stossen ebenfalls auf grosse technische Schwierigkeiten und stellen schwere Eingriffe dar, die in mehreren Zeiten erledigt werden müssen. Die Maydlsche Operation ist mit der Gefahr einer Pyelitis belastet, so dass in Fällen, wo es technisch möglich ist, an ihrer Stelle eine sehr breite vesikorektale Anastomose in Frage kommt. Die Makkas-Lengemannsche Operation bedeutet bei Erwachsenen, besonders solchen, die sich alle Sorgfalt angedeihen lassen können, einen Gewinn, während bei Kindern zur Zeit das Maydlsche Verfahren vorzuziehen ist, solange kein besseres an seine Stelle gesetzt werden kann.

Rovsing (9) glaubt nach Kritik der gebräuchlichen Operationsmethoden bei Blasenektopie, dass man die Hoffnung fallen lassen müsse, natürliche Verhältnisse herzustellen, und schlägt vor, die Blase um einen Pezzerschen Katheter zusammenzuschliessen. In einem Falle, in welchem dies infolge von Narbengewebe nach früheren Operationsversuchen nicht möglich war, machte er links eine Kolostomie, exstirpierte die Blase und pflanzte das Trigonum vesicae in das nach oben abgeschlossene Rektum ein — mit befriedigendem Erfolg.

v. Franqué (3) beschreibt einen Fall von Blasenektopie bei einem 24 jährigen Mädchen, das im Kindesalter von Trendelenburg nach dessen Methode zu operieren versucht worden war, jedoch hatten die Operationsversuche nicht zur Kontinenz geführt. Die Symphyse klafft, die Urethra fehlt vollständig und die Klitoris ist gespalten, ausserdem besteht Totalprolaps des Uterus. — Da die Makkassche Operation abgelehnt wurde, wurde von einer weiteren Operation abgesehen.

Fromme (4) berichtet über 2 Fälle von Blasenektopie bei Mädchen von 4 und 7 Jahren, die nach der Methode von Makkas erfolgreich operiert wurden.

Fründ (5) gibt auf Grund von Erfahrungen an 5 Fällen der Makkasschen Operation bei Blasenektopie den Vorzug vor den anderen Methoden.

4. Funktionsstörungen und Neurosen.

1. *Bab, H., Bemerkungen zur hypophysären Pathologie und Therapie in der Gynäkologie. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. Nr. 12 u. Gyn. Ges. München. Sitzg. v. 16. Dez. 1915. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 72.

2. Bauer, L., Die diätetische Behandlung der Enuresis nocturna des Kindesalters. Orv. Hetilap. Nr. 12.
3. *Blum, V., Kriegserfahrungen über Erkältungskrankheiten der Harnorgane. Med. Klin. Bd. 12. p. 8.
4. Böhme, F., Nephritiden und Blasenstörungen in der Kriegsliteratur. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. April. (Übersicht über die Häufigkeit dieser Erkrankungen.)
5. *Erkes, F., Zur manuellen Expression der Blase bei Rückenmarksverletzungen. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 255.
6. *Esch, P., Über die Ätiologie der puerperalen Ischurie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 37.
7. *Fuchs, A. und S. Gross, Incontinentia vesicae und Enuresis nocturna bei Soldaten. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 1483 u. 1377. (Diskussion.)
8. Jancke, Über eine Bettnässerfamilie, zugleich ein Beitrag zur Erblichkeit der Spina bifida. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 54. Heft 1. (Blasenschwäche in einer Familie durch 4 Generationen hindurch; in 3 Fällen war Spina bifida röntgenologisch festzustellen.)
9. *Keyser, T. S., Ein durch Syphilis verursachter Fall von Urinverhaltung ohne andere Symptome. Cleveland Med. Journ. Bd. 14. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 632.
10. *Landsberger, O., Über Blasenlähmungen nach intralumbalen Optochin-Injektionen. Wien. med. Wochenschr. Bd. 66. p. 1685.
11. *Lipschütz, Blasenschwäche im Kriege. Dermat. Abend d. militärärztl. Ver. Lemberg. Sitzg. v. 11. März. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 19. p. 602.
12. Mezö, B., Eigenartiger Fall von Blasentonismus, der durch ein gewohntes Medikament verursacht wurde. Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 34.
13. Neuhäuser, Blasenlähmung. Wissensch. Abend d. Militärärzte Ingolstadt. Sitzg. v. 20. Nov. 1915. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 404. (Durch stumpfes Trauma gegen die Blasengegend; träge Mastdarmfunktion, anästhetische Zone über der Symphyse; Heilung durch Katheterismus, Blasenspülungen und Galvanisation.)
14. *Pässler, Enuresis beim Heere. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzung vom 11. März. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1631.
15. *v. Sarbó, A., Epidurale Injektion bei Ischias und Enuresis nocturna. Therap. d. Gegenw. Nr. 9.
16. *Sauer, W., Enuresis und Hypnose im Felde. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 102.
17. Schultze, M., Beitrag zur operativen Behandlung der Blaseninkontinenz. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 367. (Knabe mit Spina bifida; Harnträufeln seit der Kindheit.)
18. *Schwarz, O., Über Störungen der Blasenfunktion nach Schussverletzungen des Rückenmarks. Mitteil. a. d. Grenzbeg. d. Med. u. Chir. Heft 2.
19. *Schwoner, J., Zur militärärztlichen Konstatierung der sogenannten Blasenleiden. 4. Demonstrationsabend i. k. k. Garnisonsspital Nr. 2. Wien. Sitzg. v. 15. Juni. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 1093.
20. Spitzer, J., Die Störungen der Harnentleerung. Budapesti Orvosi Ujsag. Nr. 20.
21. *Taylor, H., Incontinence of urine in women. Amer. Soc. 41. Jahresversamml. Amer. Journ. of Obstetr. Juli. p. 97.
22. Thaler, H., Prolaps bei jugendlicher Nullipara mit Spina bifida occulta. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 16. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 493. (Bis zum 6. Jahre Enuresis.)
23. *Ullmann, K., Über Enuresis militarium. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 1193 u. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. v. 5. Mai. Ebenda p. 628.
24. — Zum Artikel: Über Enuresis militarium. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 1305. (Errata und Nachträge.)

Taylor (21) fand in etwa 15% der gynäkologisch Kranken die Harnkontinenz erheblicher beeinträchtigt, und zwar unter den an entzündlichen Erkrankungen im Becken Leidenden in 13%, unter den Myomkranken in 20% und unter den Prolapskranken in 45%. Als Ursache wird Blasenreizung zentralwärts vom Sphinkter angeführt; diese Fälle sind nur temporär und leicht zu bessern. Im Gebiet des Sphinkter wirken teilweise Zerstörung und Überdehnung der

Muskelfasern als Ursache; hier muss die Behandlung in Wiederherstellung der Harnröhre und Wiedervereinigung der durchtrennten Muskelenden bestehen, bei Überdehnung in Faltung des Sphinkters und der umgebenden Gewebe mittelst Matratzennähte.

In der Diskussion empfiehlt Taussig die Verwendung von benachbarten Levatorfasern zur Verstärkung oder zum Ersatz des Sphinkters. Harris fand operative Eingriffe als wenig erfolgreich und ist zu typischen Massnahmen zurückgekehrt. Boldt verengert die Urethra in der Sphinktergegend über einem Glaskatheter durch Nähte. Watkins fixiert bei Inkontinenz in Fällen von Uterusprolaps den Sphinkter an normaler Stelle. Dickinson schlägt bei Spasmen der Urethra deren Dilatation vor. Noble fand bei jungen Frauen den Hypothyreoidismus als Ursache, bei älteren dagegen Veränderungen im Becken, Erschlaffungszustände mit Drehung der Urethra unter dem Schambogen, Spannung der Venen, Veränderung der Nervenversorgung und Ödem usw.; in diesen Fällen ist die Urethra unter dem Schambogen zu fixieren oder eine Interpositionsoperation oder Anheftung der rektovesikalen Faszie auszuführen. Miller fürchtet von einer Interpositionsoperation Verschlimmerung der Erscheinungen.

Esch (6) unterwirft die bisherigen Deutungen des Zustandekommens der puerperalen Ischurie einer Kritik und bezweifelt zunächst die Schädigung des Blasenhalses und der Urethra bei der Geburt, von denen letztere vielmehr eine Inkontinenz verursachen würde, ferner den tonischen Sphinkterkrampf oder eine Detrusorlähmung als Ursache; auch die Knickung der Harnröhre (Olshausen) und die Torsion (Zangemeister) und Verschiebung der Harnröhre kann für sich nicht Ursache sein, da in mehreren von Esch beobachteten Fällen von Knickung und Torsion keine Ischurie bestand. Auch das Ödem des Trigonum und die Blutungen in die Blasenwand (Stöckel, Ruge) wird als Ursache angezweifelt, da oft nach langdauernden schwierigen Geburten die Ischurie nicht auftritt, sondern oft gerade nach leicht- und schnellverlaufenden Entbindungen und da in einem Falle von schwerer Blasenschädigung (grosser Blasendekubitus auf dem Blasenboden, übergreifend auf den Fundus und geschwüriger Defekt an der Vorderwand) eine Ischurie nicht bestand. Eine kurz mitgeteilte Kasuistik beweist, dass in Fällen von ausgedehntem Ödem und Blasenwandblutungen im Sinne Stöckels keine Ischurie bestand und dass andererseits Ischurie bei nur geringfügigen derartigen Befunden sich einstellte. Unter Hinweis auf den mangelhaften Harndrang der Wöchnerinnen, auf das späte Zustandekommen der ersten Harnentleerung nach der Geburt und den häufigen Resturin (Holste), der von den Wöchnerinnen nicht gefühlt wird, endlich auf das erhöhte Fassungsvermögen der Blase im Wochenbett sucht Esch die Grundursache der Ischurie in einer Störung der Leitung der zentripetalen Nerven infolge von Druck auf den Sakralplexus während der Geburt. Dieser Zustand stellt die Grundlage und erhöhte Disposition dar, zu denen andere Momente — Erschwerung der Blasenentleerung im Liegen, Ödem des Blasenhalses, Deviation der Harnröhre, Funktionsuntüchtigkeit der Blasenmuskulatur als auslösende Momente hinzukommen und eine Rolle spielen.

Aus den Beobachtungen von Schwarz (18) über Blasenstörungen nach Schussverletzungen des Rückenmarks ist hervorzuheben, dass die typische Miktionsform die automatische Entleerung ist; komplette Retention wurde in einer sehr grossen Zahl von Fällen, Residualharn von schwankender Menge in der grossen Mehrzahl der Fälle, dagegen permanentes Harnträufeln niemals gefunden. Die Blase war zuweilen ausdrückbar, aber niemals vollständig. Anomalien der Schleimhautsensibilität waren bald vorhanden, bald nicht, zuweilen konnten dissoziierte Empfindungslähmungen, zuweilen Empfindlichkeitsunterschiede von Harnröhre und Blase beobachtet werden. Stets fehlte das spezifische Gefühl des Harndrangs. Der Detrusor kann bei automatischer Entleerung seinen Tonus beibehalten, oft ist er mehr oder weniger hypertonisch, sehr selten

hypotonisch. Dieselben Funktionsstörungen zeigt der glatte Sphinkter. Komplette Retention ist durch Hypotonie des Detrusor und Verlust der aktiven Relaxation des Sphinkters verursacht. Die Miktion scheint durch Erschlaffung des Sphinkters, nicht durch Kontraktion des Detrusors eingeleitet. Für das Zustandekommen der willkürlichen, wenn auch unbewussten Kontinenz dürfte dem quergestreiften Sphinkter eine grössere Bedeutung, als bisher angenommen wurde, zukommen; seine Lähmung bewirkt Blasenautomatismus. Die Höhe der Läsion im Rückenmark ist für die Form der Miktionsstörung ohne Bedeutung. Die Blasenstörung ist in jeder Beziehung völlig unabhängig von den übrigen neurologischen Symptomen. Gelegentlich werden Reflexe vom N. ischiadicus auf dem Detrusor oder Sphinkter beobachtet. Die Tonusveränderungen des Detrusors und Sphinkters wurden auf Innervationsveränderungen im N. erigens, bzw. hypogastricus zurückgeführt, wobei manchmal das Gesetz der gekreuzten Innervation zutage tritt.

Sauer (16) führt im Gegensatz zu Boehme (s. Jahresbericht Bd. 29, p. 156) die Enuresis auf neurogene, nicht auf organische Ursache zurück und erzielte durch Suggestionsbehandlung günstige Heilresultate.

Blum (3) erwähnt als Erkältungsschädigungen der Blase: 1. Änderungen des Harndranges ohne nachweisbare anatomische Läsion (einfache Kälte-Pollakiurie), 2. Erkältungsharndrang mit kompletter oder inkompletter Harnverhaltung, 3. Pollakiurie bei pathologischer Harnbeschaffenheit (siehe ferner Jahresbericht Bd. 29, p. 156).

Fuchs und Gross (7) halten an der Trennung der Enuresis nocturna, die auf eine kongenitale Insuffizienz der unteren Rückenmarksabschnitte zurückgeführt wird, und der erworbenen Inkontinenz fest. Von den Fällen von erworbener Inkontinenz hatte nur bei einem kleinen Prozentsatz früher Enuresis bestanden. Es werden daher 4 Gruppen von Fällen unterschieden: 1. Kongenitale Enuresis, 2. erworbene Inkontinenz, 3. Mischformen, d. h. Fälle von Inkontinenz bei früher bestandener Enuresis, endlich 4. nächtlich Kontinente, aber tagsüber nur bedingt Kontinente, die immer beim Gehen oder in der Kälte an Pollakiurie oder an Harnträufeln gelitten hatten und jetzt im Kriege Steigerung der Beschwerden oder volle Inkontinenz dauernd oder gelegentlich aufwiesen. Für die erworbene Inkontinenz wurden als Ursachen Traumen, Kälteeinwirkung und Infektionskrankheiten festgestellt. Die Untersuchung der Blase ergab verringerte Kapazität, Schmerzhaftigkeit des Versuches der Füllung, Fehlen der Ausdrückbarkeit der Blase und erschwerte Reizbarkeit des Fundus, so dass stets nicht eine Lähmung des Blasenmuskels, sondern ein Krampfzustand, eine Steigerung der tonischen Innervation anzunehmen und der Zustand als „Blasenstarre“ zu bezeichnen ist. Von 28 Fällen wurden durch Steigerung der Temperatur der Flüssigkeit bei der Blasenspülung 12 geheilt und 9 entschieden gebessert. Ebenso wurden bei der 4. Gruppe, Pollakurie mit relativer Inkontinenz, 5 in wenigen Tagen geheilt. Auch bei Enuresis bei Kindern bis zum Pubertätsalter ergaben sich bei dieser Behandlung viel bessere Resultate, als bei allen bisher bekannten Behandlungsmethoden, desgleichen bei erwachsenen Enuretikern und bei solchen, die in der Kindheit an Enuresis, die später verschwunden war, gelitten hatten.

In der Diskussion hebt Blum bei kongenitaler Enuresis den Befund der Trabekelblase und in schweren oder veralteten Fällen den einer inkompletten Harnretention (Residualharn) hervor, und schliesst daraus auf eine krankhafte Überlastung der motorischen Blasenfunktionen. Therapeutisch wurden günstige Erfolge mit epiduralen Injektionen und mit Ruhigstellung der Blase mittelst 6 bis zu 10tägiger Einlagerung eines Dauerkatheters beobachtet. Zappert hebt auch für Kinder den deutlichen Unterschied zwischen kongenitaler und erworbener Enuresis hervor und erklärt unter Hinweis auf das schliessliche Ver-

sagen aller anfangs Erfolg versprechender Mittel die Heilung stets für eine psychisch erfolgende. Ullmann konnte die Merkmale der lumbalen Myelodysplasie selbst bei schwerer Enuresis nur relativ selten nachweisen und bestätigt als wertvolle Anhaltspunkte für Enuresis die Trabekelblase und die Verringerung der Blasenkapazität, weist aber darauf hin, dass bei früherer, auch bei familiärer Enuresis fast alle objektiven Merkmale fehlen können. Grossmann betont, dass in einzelnen Fällen die Enuresis mit einer Nasenerkrankung — Hypertrophie der Muscheln, Polypen oder adenoide Vegetationen an der Schädelbasis — zusammenhängt.

Lipschütz (11) führt die Blasenschwäche bei Kriegern auf eine gewisse Organminderwertigkeit zurück, da er bei einer Reihe von Kranken das Bestehen von typischem Bettnässen in der Jugend nachweisen konnte. Erkältung und Durchnässung können die Blasenerscheinungen zwar begünstigen, nicht aber direkt bewirken.

Pässler (14) ist geneigt, das gehäufte Vorkommen von Enuresis im Heere auf chronisch-septische Infektion des gesamten uropoëtischen Apparates mit Reizzuständen, die sich in gesteigertem Harndrang und Pollakiurie äussern, zurückzuführen. Die chronisch-septische Infektion wird auf chronische Tonsillitis zurückgeführt und es wird die therapeutische Entfernung der chronisch erkrankten Tonsillen empfohlen. In der Besprechung macht Rietschel demgegenüber geltend, dass die grösste Mehrzahl der kindlichen Enuresisfälle psychogener Natur sind, und Fiebiger rät für diese Fälle die Suggestionsbehandlung.

Schwoner (19) unterscheidet 2 Hauptgruppen von Blasenstörungen, eine auf Grund anatomischer Veränderungen zentraler Art (Syringomyelie) oder örtlicher organischer Veränderungen (früher Gonorrhoe, Pyelocystitis, Bakteriurie) beruhende und eine Hauptgruppe von rein funktionellen Störungen. Die letztere teilt sich in 5 Gruppen: 1. Fälle von Enuresis nocturna in der Kindheit und als Erwachsene, 2. Fälle von Enuresis im Kindesalter, Enuresis nocturna mit Pollakiurie und Inkontinenz als Erwachsene; 3. Fälle von Pollakiurie, Inkontinenz und Enuresis als Erwachsene ohne Enuresis im Kindesalter; 4. Fälle von Pollakiurie und Incontinentia urinae und 5. Fälle von Ischuria nervosa. Als auslösende Momente werden bei der zweiten Hauptgruppe Erkältungen, Traumen und Überanstrengungen beschuldigt.

In der Besprechung betont O. Sachs, dass es für die Enuresis ausser dem unfreiwilligen Harnlassen keine charakteristischen Symptome, die in jedem Falle vorhanden sind, gibt, auch nicht Spina bifida occulta, Schädelasymmetrien, Rombergsches Symptom. Daher ist bei der Beurteilung dieser Fälle grosse Vorsicht geboten. Jellinek unterscheidet 2 Gruppen von Enuretikern, solche, bei denen der Harn in einzelnen Tropfen (echte Enuresis) und solche, bei denen er im Strahl abgeht. In den meisten Fällen ist die Enuresis eine rein funktionelle Störung, die durch starke Faradisation rasch zum Schwinden gebracht werden kann. Schwab fand bei Enuresis sehr häufig eine Steigerung des Blaseninnendrucks. Drastich fand bei echter Enuresis den hinteren Teil der Harnröhre gegen den faradischen Strom ziemlich unempfindlich und hält den Nachweis von Degenerationszeichen für belanglos.

Ullmann (23) unterzieht 131 Fälle von Blasenstörungen bei Soldaten einer kritischen Sichtung, darunter 48 Fälle von essentieller aus der Kindheit stammender nächtlicher Enuresis (12 reine Fälle, 29 Fälle mit Pollakiurie, 3 Fälle mit anderweitigen schweren Veränderungen des Knochen- und Nervensystems und 4 Fälle von Enuresis nocturna und diurna), ferner 83 Fälle von Harninkontinenz, darunter 9 von erworbener Enuresis, 68 von nervöser Pollakiurie, 4 Fälle von nervöser Pollakiurie mit besonders hochgradiger Polyurie und 2 Fälle von Diabetes insipidus mit Pollakiurie. Spina bifida occulta fand sich in nur

4 Fällen, dagegen in 26 Fällen Anomalien, Asymmetrien oder Spaltungen der Wirbeldornfortsätze (Myelodysplasie). Von Schädeldifformitäten bei essentieller Enuresis (42 von 56 Fällen) fanden sich Mikrozephalie, Prognathie, Hydrozephalie, Turmschädel, Caput quadratum, auffallend kurze Stirne, ganz flacher Hinterkopf und andere Anomalien, vielfach mit Veränderungen des Gesichtsschädels und Kieferspaltung vergesellschaftet, in manchen Fällen geistige Minderwertigkeit, Verworrenheit, selbst Psychosen. Ullmann kommt zu dem Schlusse, dass unter Enuresis nocturna eine reizbare Nervenschwäche des Rückenmarkszentrums für die willkürliche die Blase abschliessende Muskulatur zu verstehen ist. Die Pollakiurie beruht auf einer ähnlichen Erkrankung des vegetativen Systems, und zwar entweder aut einer gesteigerten Reizbarkeit der vegetativen Zentren gegenüber normalen Reizen oder auf einer erhöhten Empfindlichkeit der Blasenschleimhaut. Beide Erkrankungen sind voneinander unabhängig, obwohl Pollakiurie, wenn sie mit Enuresie einhergeht, zur Schwere der Erkrankung beitragen kann. Bei Pollakiurie sind die autonomen Blasennervenapparate im Lendenmark überempfindlich, d. h. vorübergehend oder dauernd krankhaft gereizt, bei Enuresis essentialis nocturna ausserdem noch die zerebralen Hemmungszentren, deren Überempfindlichkeit die normale automatische Verschlussfähigkeit im Schlafe aufhebt.

In der Besprechung hebt Zappert hervor, dass er in der Enuresis eine rein funktionelle Störung erblickt und dass der Myelodysplasie und ebenso auch den Schädelveränderungen ein allzu hoher Wert nicht beizumessen ist; dennoch hält er es für möglich, dass aus der grossen Zahl kindlicher Bettnässer vorwiegend solche ihr Leiden nicht verlieren, welche auch durch sonstige Degenerationszeichen als unterwertig gekennzeichnet sind. Jellinek fand viele Fälle von Schädelmissbildungen und Asymmetrien, die in ihrem Status nervosus nichts Pathologisches erkennen liessen.

Landsberger (10) beobachtete nach lumbalen Optochin-Injektionen bei Zerebrospinalmeningitis in einem grossen Teil der so behandelten Fälle Blasenlähmungen, die er auf die spezifische Giftwirkung des Optochins zurückführt.

v Sarbó (15) erklärt die Wirksamkeit der epiduralen Injektionen bei Enuresis durch Anästhesierung der sensiblen Blasennerven im Sakralkanal.

Bab (1) hebt die günstige Wirkung des Pitruitins bei postoperativer und postpuerperaler Blasenschwäche hervor und konnte in einem Falle nach Plastik und Alexander-Adams-Operation, nachdem 14 Tage nicht spontan uriniert werden konnte, durch zweimalige Koluitrininjektion die selbsttätige Harnentleerung wieder in Gang bringen.

Erkes (5) empfiehlt die Einschränkung der manuellen Expression der Blase bei Rückenmarksverletzungen auf die allererste Zeit nach der Verletzung, wenn noch keine Cystitis mit Veränderungen der Blasenwand besteht; in späteren Fällen kann die Expression der Blase zur Perforation führen und ist daher zu unterlassen.

Keyser (9) beschreibt einen Fall von Harnverhaltung bei einer seit 27 Jahren syphilitisch infizierten Frau. Objektiv fand sich lediglich eine Balkenblase. Die Störung wird als Frühsymptom einer Tabes angesehen.

5. Cystitis.

1. Bessau, Chronische Streptokokkencystitis. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Breslau. Med. Sekt. Sitzg. v. 15. Dez. 1915. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 263. (10jähriges Mädchen; chronische Cystitis 5 Jahre nach dem akuten Einsetzen, mit starker Pyurie und vermehrtem Harndrang ohne schwerere anatomische Prozesse in der Niere; als Erreger wurde ein kurzer Streptococcus gefunden; örtliche und interne Behandlung und Behandlung mit Autovakzine bisher wenig erfolgreich.)
2. *Curtis, A. H., Stasis of vesical urine. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 19. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 900.

3. *Eising, E. H., Pericystitis complicating appendicitis. Med. Record. New York. 29. Jan. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 445.
4. *Newman, D., The treatment of cystitis by intravesical injections of lactic bacillus cultures. Lancet 1915. 14. Aug. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 520.
5. *Nilson, Blasensyphilis. Hygiea. Bd. 78. Heft 9. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 863.
6. *Praetorius, G., Über chronische Cystitis. Med. Klin. Bd. 12. p. 312.
7. *Schumacher, Über den Wert des Hydrargyrum oxycyanatum zur Desinfektion der Harnwege. Dermat. Zeitschr. Bd. 22. Heft 4.
8. *Walter, H. W. E., Chronic trigonitis. Med. Record. New York. Bd. 89. Nr. 20. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 900.

Curtis (2) beobachtete, dass nach der Kystoskopie selten Cystitis auftritt, häufig dagegen nach Katheterismus bei gefüllter Blase, und schliesst daraus, dass der zurückgehaltene Harn zur Zersetzung neigt, woraus sich viele Fälle von Cystitis unbekannter Entstehung erklären, so die postoperative Cystitis und die Cystitis und Pyelitis bei Schwangeren.

Newman (4) benützte die Eigenschaft von Milchsäurebazillen, in flüssigen Medien die Vermehrung von Staphylo- und Streptokokken und Kolibazillen zu beeinträchtigen und selbst aufzuheben und die Giftigkeit ihrer Toxine zu verringern, und machte Injektionen von Milchsäurebazillen in die Blase bei Cystitis und Pyurie mit ammoniakalischer Harnstoffzersetzung. Die Blase muss vorher zur Beseitigung des Schleims mit Kaliumhydratlösung und dann mit sterilem Wasser ausgespült werden. Die sich bildende Milchsäure ist ein gutes Lösungsmittel für die Phosphate. Desgleichen wird die Methode bei inkrustierender Cystitis mit Ulzerationen und Hämaturie nach suprapubischer Eröffnung und Drainage der Blase empfohlen.

Schumacher (7) erklärt den Wert des Hydrargyrum oxycyanatum für die Desinfektion der Harnwege gleich null, weil die Desinfektionskraft der Metallsalze von dem Vorhandensein freier Metall-Ionen abhängt und solche in Lösungen des Quecksilberoxyzyanats nur in verschwindend geringen Mengen vorhanden sind. Er empfiehlt für die meisten Fälle Albargin- oder Chinosol-Lösung (1 : 1000) für genügend und 1%ige Ammoniumpersulfat-Lösung als besonders reizlos. Eine starke Desinfektionskraft wird erreicht, wenn man der letzteren Lösung auf einen Liter 0,1 g Jodkalium zusetzt, so dass naszierendes freies Jod entsteht; diese Lösung kommt dem Sublimat nahezu gleich.

Praetorius (6) verwirft die Unterscheidung der Cystitis nach der Zeitdauer des Krankheitsverlaufs in akute und chronische Cystitis und schlägt an deren Stelle die Unterscheidung nach den vorhandenen Komplikationen in einfache und komplizierte Cystitis vor. Die einfache, unkomplizierte Cystitis, d. h. die isolierte Entzündung einer bis dahin anatomisch und physiologisch intakten Blase, zeichnet sich durch schnelle Heilbarkeit nach Einleitung einer zweckmässigen, reizlosen Lokalbehandlung aus. Die komplizierte Cystitis teilt sich in eine durch Verletzungen, Tumoren, Fremdkörper oder Steine komplizierte, ferner in eine mit Retention (mechanische Abflusshindernisse, nervöse Erkrankungen von Tabes usw., Erkrankungen der Blasenmuskulatur und Divertikelbildung) einhergehende und in eine fortgeleitete Entzündung und zwar entweder per continuitatem (Niere, Ureter, Harnröhre, Geschlechtsorgane, Fisteln zwischen Blase und Nachbarorganen) oder per contiguitatem (Oophoritis, Appendizitis, Douglasabszesse, Tumoren der Nachbarschaft usw.). Beim Weibe wird das Vorkommen gutartiger, wenn auch oft hartnäckiger Formen echter chronischer Cystitis ohne Komplikationen — so durch Komplikationsstörungen bei Uterusverlagerungen oder Schwangerschaft, ferner Cystitis trigoni — hervorgehoben.

Walter (8) glaubt, dass die als Cystitis colli vesicae, Cystitis papillomatosa und Cystitis colli proliferans beschriebene Cystitis eine Trigonitis ist, die beson-

ders bei Frauen häufig ist. Die Prophylaxe besteht in Vermeidung von Infektion, Harnretention und Erkältung. Spülungen haben therapeutisch mässigen Wert.

Eising (3) beschreibt 2 Fälle von Pericystitis infolge von Appendizitis. Im ersten Falle bestand Hämaturie und die Kystoskopie liess ein Blasenkarzinom vermuten, bei der Operation fand sich aber ein gangränöser, mit der hinteren Blasenwand verwachsener Wurmfortsatz. Im zweiten Falle bestanden heftige Blasenschmerzen bei der Miktion und zeitweise Hämaturie, kystoskopisch fand sich hinter dem rechten Ureter ein injizierter Fleck mit bullösem Ödem; auch hier fand sich bei der Operation ein gangränöser mit der Blase verwachsener Wurmfortsatz.

Nilson (5) zählt als Symptome der Blasensyphilis auf: Cystitis, oft mit geringeren Beschwerden, als dem Befunde entsprechen, Fehlen von Tuberkelbazillen, andere syphilitische Erscheinungen, positive Anamnese, Wassermannreaktion und Erfolglosigkeit anderer als der antiluetischen Behandlung. In 2 mitgeteilten Fällen (tertiäre Lues) waren rezidivierende Blutungen und kystoskopisch nachweisbare geschwürige Veränderungen vorhanden.

6. Verlagerungen der Blase.

1. *Falk, M., Blasenhernien der Linea alba. Inaug.-Diss. Breslau u. Gyn. Rundsch. Bd. 10. Nr. 11/12.
2. Finsterer, Operierte Blasenhernie. Demonstrationsabend i. k. k. Garnisonsspital Nr. 2. Wien vom 22. Jan. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 19. p. 241. (Rezidiv einer vor 12 Jahren operierten Blasenhernie mit apfelgrosser Vorwölbung, welcher die prolabierte Blase enthielt; Versorgung des kleinen Bruchsackes, Reposition der Blase, Nahtschluss des Spaltes der Fascia transversa, Bassini. Mann.)
3. Heineck, A. P., Hernien der Harnblase. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 22. Nr. 5.

Falk (1) bespricht im Anschluss an die Mitteilung eines von L. Fränkel operierten Falles von ventraler Blasenhernie die Ätiologie dieser Anomalie, die bei gegebener Schwäche einer Stelle der vorderen Bauchwand (Narbe, Gewebslücke, Rektusdiastase) in Dilatation der Blase, Behinderung ihrer Ausdehnung nach oben, hinten und unten und in Erschwerung ihrer prallen Füllung besteht. Charakteristische Symptome brauchen nicht zu bestehen, jedoch sprechen allgemeine Blasensymptome, besonders Cystitis, für eine Beteiligung der Blase. Zur Diagnose ist Einführung des Katheters und Einspritzung von Flüssigkeit notwendig. Isolierte Inkarzeration der Blase ist in der Regel an der Verbindung von Blasensymptomen mit reflektorischen Darmerscheinungen zu erkennen. Während der Operation lässt das Vorhandensein netzförmiger Muskelfasern in der Wand des Bauches die Blasenwand erkennen. Die Behandlung besteht in Operation, und zwar bei unverletzter Blase in Reposition ohne Eröffnung, bei partieller Nekrose oder Divertikelbildung in Resektion und Naht, in diesem Fall mit Drainage der Operationswunde. Wenn die Blasenverletzung erst nach der Operation erkannt wird, so muss in einer zweiten Operation die Blase vernäht werden. Die Nachbehandlung besteht in Einlegung eines Dauerkatheters. Die Prognose ist günstig. Als Komplikationen werden Cystitis (häufig), Steinbildung, Abszessbildung im Divertikel und Inkarzeration erwähnt. Die Prognose der Operation ist nur ungünstig, wenn die Blase bei der Operation nicht erkannt und daher verletzt wird.

7. Verletzungen der Blase.

1. *Brunzel, H. F., Zur Kasuistik perforierender Pfählungsverletzungen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 399.
2. *Calverley, J. E., Blasenruptur durch Retroversio uteri gravidi. Lancet. Bd. 1. 3. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 721.

3. *Rost, Woran sterben Patienten mit intraperitonealer Blasenverletzung? Naturh.-med. Ver. Heildelberg. Sitzg. v. 14. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 1378.
4. Schlenk, J., Zwei Fälle von Blasen- und Uterusruptur bei Gebärenden. Przegl. Lek. Nr. 3.

Rost (3) sucht nach dem Ergebnis von Tierversuchen die Todesursache nach intraperitonealen Blasenverletzungen nicht in Peritonitis oder Schockwirkung, sondern in Urämie infolge von Harnresorption aus der Bauchhöhle, da er bei Hunden schon 24 Stunden nach retroperitonealer Blasenverletzung den Reststickstoff im Blute verdoppelt und nach 48 Stunden verdreifacht fand, und weil die Tiere am 3.—4. Tage komatös zugrunde gingen.

Calverley (2) beschreibt einen Fall von Blasenruptur bei Retroversio uteri gravidi durch Harnretention. Durch Laparotomie wurde Heilung erzielt.

Brunzel (1) beschreibt einen Fall von perforierender Pfählungsverletzung durch Fall auf einen Heugabelstiel, der in die Scheide eindrang, durch einen fingerlangen Riss in der vorderen Scheidenwand die Blase eröffnete und durch einen gleichgrossen, mehr quergestellten Riss der Blasenwand am Fundus in die Bauchhöhle eindrang, wo er bis ins Epigastrium reichte. Nach Laparotomie wurde ausser der mehrfachen Dünndarmverletzung und einem Riss im Mesenterium des S romanum der obere Blasenriss vernäht und durch seromuskuläre Nähte übernäht, dann von unten die untere Blasenwunde und die Scheide durch Naht geschlossen. Die letztere brach unter Nekrose der Wundränder wieder auf und es entstand eine zweimarkstückgrosse Blasenscheidenfistel, welche später unter Spaltung der Schichten angefrischt und zum Verschluss gebracht wurde. Es trat völlige Kontinenz ein.

8. Blasengeschwülste.

1. *Ayres, W., Radium in cancer of the bladder. New York Med. Journ. 1915. 20. Febr. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 164.
2. Ekehorn, Über Zysten in der Harnblase. Fol. Urol. Bd. 9. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 878. (Fall von kirschgrosser Zyste am vorderen Umfang der inneren Harnröhrenmündung mit Totalretention, die sich von selbst hob, wahrscheinlich durch Riss in der Wand und nach 1 Jahre neuerdings auftrat; männlicher Kranker.)
3. *Gardner, Operative treatment of tumors of the bladder. Annals of Surg. 1915. Okt. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 339.
4. *Herzberg, E., Über die Tiefenwirkung des elektrischen Stromes bei Thermokoagulation in der Blase. Fol. Urol. Bd. 9. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 879.
5. *Kelly, H. A. und N. Neill, Kauterisation und Elektrokoagulation der Blasengeschwülste. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 323.
6. *Kretschmer, H. L., Elektrokoagulationsbehandlung der Blasentumoren. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 13. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 723.
7. *Küstner, Papillomatöser Polyp der Blase. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. v. 26. Okt. 1915. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 285.
8. *Praetorius, G., Neue Methoden zur Behandlung der Blasenpapillome. Med. Klin. Bd. 12. p. 639.
9. *Schoenenberger und Schapira, Radium bei Blasenkrebs. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1852. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 521.
10. *Thelen, G., Die kystoskopische Diagnose der Blasengeschwülste und ihre Behandlung durch Elektrokoagulation. Festschr. z. Feier d. 10jährigen Bestehens d. Akad. f. prakt. Med. in Köln. Bonn 1915, A. Markus u. E. Webers.

Thelen (10) veröffentlicht 122 Fälle von kystoskopisch diagnostizierten Blasengeschwülsten, darunter 94 vom Aussehen gutartiger Blasengeschwülste und 28 malignen von höckeriger Beschaffenheit und Infiltration der Blasenwand. Von den Zottengeschwülsten wurden 14 wegen der Grösse der Geschwulst und ungünstigen Sitzes nach Sectio alta entfernt (hiervon anatomisch 5 als Kar-

zinome nachgewiesen), 17 gestielte Papillome wurden endvesical mittelst der kaustischen Schlinge des Nitzeschen Operationskystoskops entfernt und die Basis mit dem Thermokauter verschorft. Nach beiden Eingriffen traten in mehr als einem Drittel der Fälle Rezidive auf. In späteren Fällen wurde die Elektrokoagulation angewendet, über die jedoch ein abschliessendes Urteil noch nicht gefällt werden kann. Jedoch wird betont, dass hierbei die Möglichkeit einer Implantation von Geschwulstkeimen in vorher gesunde Stellen der Schleimhaut nicht denkbar ist.

Gardner (3) berichtet über 369 Fälle von operierten Blasengeschwülsten, und zwar 178 Karzinome, 175 Papillome, 7 Sarkome, 4 Zysten, 3 Fibrome und einen Fall von Cystitis cystica. Bei den Karzinomen gab die transperitoneale Resektion nach Maydl oder die totale Cystektomie nach Squier die besten Erfolge, weil bei diesen Methoden auf Drüsen- und anderen Metastasen geachtet und eine Transplantation der Harnleiter vorgenommen werden kann. Für die Papillome hat die endovesikale Behandlung mit Hochfrequenzströmen sehr gute Erfolge ergeben, jedoch muss die Weiterbeobachtung erweisen, ob die Erfolge dauernd sind und Rezidive ausbleiben.

Küstner (7) entfernte einen über kirschkerngrossen gestielten Polypen der Blase bei einer 47jährigen Frau mit seit 7 Monaten bestehenden Blasenblutungen mittelst Sectio alta, weil die histologische Diagnose des Tumors nicht möglich war. Der hart vor der rechten Uretermündung sitzende Polyp wurde in 2 Partien abgebunden und an der Basis umschnitten, die Schleimhaut wurde vereinigt und die Bauch-Blasenwunde geschlossen. Dauerkatheter, Heilung.

Praetorius (8) erzielte in 4 Fällen von Blasenpapillomen mit starken Blutungen durch intravenöse Injektionen von Mammin-Poehl rasches Aufhören der Blutungen. Das Wachstum der Tumoren wird durch das Mittel nicht beeinträchtigt, so dass sich nur an eine Einwirkung auf die Zottengefässe, vielleicht durch Vermittelung vasomotorischer Sympathikusfasern denken lässt. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Durch Einspritzung von 20%iger Kollargollösung gelang es ferner Praetorius, Papillome der Blase und des Nierenbeckens zur Nekrosierung und Abstossung zu bringen und er empfiehlt daher diese Methode, ev. in Verbindung mit der Mamminbehandlung, neben der Elektrokoagulationsmethode als ergänzende und vor allem als vorbereitende Behandlung der Blasenpapillome, besonders bei weichen und dünngestielten Papillomen.

Nach Herzberg (4) entspricht bei Thermokoagulation in der Blase die koagulierte Partie einer Halbkugel, deren Mittelpunkt die Berührungsstelle der Elektrode ist; der Radius des im kystoskopischen Bild gelblichweiss erscheinenden Thermo-Koagulationskreises entspricht der grössten Tiefenwirkung in das Gewebe.

Kelly und Neill (5) erklären nur bei sehr ausgedehnten Blasenpapillomen die gründliche Exstirpation mit blutiger Eröffnung der Blase für angezeigt; für alle anderen Fälle wird die Elektrokoagulation als Methode der Wahl erklärt.

Kretschmer (6) erzielte bei gutartigen Papillomen stets gute Resultate mit der Elektrokoagulation, die er aber bei malignen Geschwülsten für kontraindiziert erklärt.

Ayres (1) konnte bei einem 1 Zoll im Durchmesser messenden Blasenkarzinom einer 72jährigen Frau, das um den linken Ureter herumsass, durch Einführung von bis zu 40 mg Radium in Goldkapsel den Tumor zum Verschwinden bringen, jedoch blieb am Boden der Geschwulst eine entzündliche Stelle zurück. Die Sitzungen fanden dreimal wöchentlich statt und nach der Sitzung wurde Öl injiziert. Zur Vermeidung von Spasmen während der Sitzung ist die Anästhesierung der Blase wichtig, die in Injektion von 30 g Alypin (1%) in die

Blase und von 1% Kokain in die Harnröhre bestand. An den Zwischentagen zwischen den Sitzungen wurde die Blase mit milden Antisepticis ausgespült.

Schoenenberger und Schapira (9) konnten ohne Gefahr 15 mg Radium in die Blase einführen und 12 Stunden lang liegen lassen; ein Blasenkrebs wurde in 2 Monaten beseitigt und eine benachbarte Metastase zur Verkleinerung gebracht.

Werner (b. 40) beschreibt ein hühnereigrosses Myom des Septum vesicovaginale mit vollständiger Nekrose der darüberziehenden Scheidenschleimhaut. Sein Ausgangspunkt ist mit grösster Wahrscheinlichkeit auf die Blasenwand zurückzuführen. Operation, Heilung.

9. Blasensteine.

1. Hesse, Nieren- und Blasensteine. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. v. 16. Okt. 1915. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 129. (Demonstration; Entfernung des Blasensteins durch Sectio alta, 2 Wochen später Exstirpation der vollständig degenerierten Steinniere; Heilung.)
2. Lichtwitz, Simulation eines Harnsteines. Med. Ges. Göttingen. Sitzung vom 2. Dez. 1915. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 620. (Stücke eines Sintersteins mit Schichtung der Randzone, kein organisches Gewicht.)
3. London, J., A new visual lithotrite. Med. Record. New York 1915. 30. Jan. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 166.
4. Pfister, E., Über blaue Indigokristalle in ägyptischen Blasensteinen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 329. (Vermutet, dass die Indigokristalle Residuen früherer Blutungen sind.)
5. *Schahl, A., Ein Beitrag zur Kenntnis der sog. Fettsteine der Harnwege. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 209.

Schahl (5) beschreibt einen aus der Blase entfernten Urostealith von 2,9 cm Länge und 1,75 g Gewicht, der der Hauptmasse nach aus Fett bestand und von einer ganz dünnen Kruste von Kalziumphosphat überzogen war. Männlicher Kranker. Über die Entstehung kann ein abschliessendes Urteil nicht gefällt werden.

10. Fremdkörper.

1. Pleschner, H. G., Zur Fremdkörperkasuistik der weiblichen Harnblase. Wien. med. Wochenschr. Bd. 66. p. 1289. (56 cm langes, 8½ mm im Durchmesser messendes Mastdarmrohr mit 12 mm breitem Trichter, zum Selbstkatheterisieren benützt und entschlüpft, aufgerollt in der Blase; vergeblicher Entfernungsversuch mit Caspers Operationskystoskop, dann mit Lithothripter leicht entfernt.)
2. Roth, Fremdkörper in Harnröhre und Blase. Verein. ärztl. Ges. Berlin. Sitzg. v. 29. Nov. 1916. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1317 (Inkrustierte Haarnadel bei 16jährigem Mädchen.)

11. Parasiten.

1. Ibrahim, Bilharziakrankheit. Physik.-med. Ges. Würzburg. Sitzg. v. 6. Juli. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1428. (Demonstrationen.)
2. Rosenberger, R. C., Filariasis associated with schistosomiasis. New York Med. Journ. Bd. 102. p. 883. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 521. (Fall von Lymphurie nach früherer Bilharziose mit Microfilaria Bancrofti und Schistosoma haematobium im Harn.)
3. Strauss, Fall von Bilharzia. Verein. ärztl. Ges. Berlin. Sitzg v.. 29. Nov. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1617. (Bluthamen und Eiterabgang; Infektion in Ägypten.)

d) Urachus.

1. *Eastman, J. R., Tuberkulose des Urachus. Amer. Journ. of Obstetr. Bd. 72. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 1040.

2. Khaum, E., Über ein primäres Karzinom des Urachus. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 19. p. 130. (Über der Symphyse tastbare Geschwulst vom Nabel bis zum Blasenscheitel mit zeitweisen Blasenblutungen; Geschwulstmassen in die Blase verbreitend; Kolloidkarzinom; Obduktionsbefund bei einem Manne.)

Eastman (1) beschreibt einen kleinapfelgrossen Tumor zwischen Nabel und Symphyse, der bei einer 19jährigen Frau nach plötzlichen beim Arbeiten aufgetretenen Schmerzen bemerkt worden war; es stellte sich trübseröse Absonderung aus einer feinen, zeitweilig sich wieder schliessenden Fistel ein. Bei der Operation liess sich der Fistelgang bis ins Cavum Retzii verfolgen und endete in einen dünnen an der vorderen Blasenwand nahe dem Harnröhrenanfang sich anheftenden Strang. Die Innenwand des Fistelgangs war glatt, nur dicht unter der Fistelöffnung exulzeriert. Die ulzerierten Massen stellten sich als typisches tuberkulöses Granulationsgewebe dar. Es wird Tuberkulose in einem persistierenden Urachus angenommen.

e) Harnleiter.

1. Borgel, H., Zur Kenntnis der Ureterpapillome. Inaug.-Diss. Bonn.
2. *v. Capellen, Karzinom des Ureters. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 1.
3. *Fleischhauer, H., Die Ureterknotung als Methode der Ureterversorgung bei nichtausführbarer Ureterimplantation. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 449.
4. *— Zur Methode der Ureterknotung bei nichtausführbarer Ureterimplantation. Zentralblatt f. Gyn. Bd. 40. p. 550.
5. *Franz, Schwangerer Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. v. 26. Febr. 1915. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 525.
6. *Furniss, H. D., Some observations upon postoperative ureteral fistulae. Amer. Journ. of Obstetr. 1915. Nov. p. 837.
7. *Geraghty, J. T. und F. Hinman, Ureteral calculi; special means of diagnosis and newer methods of intravesical treatment. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 20. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 430.
8. *Herz, P., Eine sehr seltene Ureterzyste. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1321.
9. *v. Hofmann, K., Zur Kasuistik der Tumoren des Ureters. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 369.
10. *Johnsen, Chr., Die Naht des Ureters. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 643.
11. *Judd, A. M., Palpation of the ureters per vaginam. Amer. Journ. of Obstetr. June. p. 1082.
12. *Legueu, P., Venöse Autoplastik des verletzten Ureters. Presse méd. Nr. 18. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 794.
12a. Lower, W. E., Transplantation of Ureters; Report of Cases. Cleveland Med. Journ. 15. Okt. p. 629. (Zweimal Einpflanzen in den Darm, einmal in die Haut der Lenden. Vorläufiger Erfolg.)
13. *Meyer, W., The role of the X-rays in the diagnosis of ureteral calculus. Med. Record. New York. Bd. 88. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 749.
14. *Motzfeld, K., Angeborene Missbildungen der Nieren und Harnwege. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. Bd. 59. Heft 3.
14a. Nordentoft, S., Om Ureterkatheterisation ved Anuri. (Über Ureterkatheterisation bei Anurie.) Jütländ. med. Ges. Ref. Ugeskr. f. Laeger. p. 737—39. Kopenhagen. (O. Horn.)
15. *Peacock, A. H., Multiple Ureteren mit Hydronephrose. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 914.
16. *Peek, Non calculous obstruction of the upper ureter. Annals of Surg. 1915. Aug. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 69.
17. Pöhlmann, C., Ein Beitrag zur Pathologie des vesikalen Ureterendes. Inaug.-Diss. Jena. (Nimmt eine Schussverletzung als mögliche Entstehung einer zystischen Erweiterung des vesikalen Ureterendes an.)
17a. Prior, S., To Tilfalde af cystisk Dilatation af Ureters vesikale Del. (Zwei Fälle von cystitischer Dilatation vom vesikalen Teil des Ureters.) Ugeskr. f. Laeger. p. 1457 bis 1460. Kopenhagen. (O. Horn.)

18. Reichmann, Fall einer doppelseitigen zystischen Erweiterung des vesikalen Ureterendes. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. v. 24. Jan. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 467. (Angeboren bei einem Manne; die Erscheinungen auf der linken Seite traten nach Bauchschuss auf.)
19. v. Rihmer, R., Hydronephrosis bilateralis infolge von Uretersteineinklemmung; Operation, Heilung. Ges. d. Ärzte Budapest. Sitzg. v. 30. Okt. 1915. Wien. med. Wochenschr. Bd. 66. p. 478. (Beiderseits wurde das dilatierte Nierenbecken inzidiert, nach aussen genäht und der Stein entfernt; Spülung des Nierenbeckens mit Silbernitrat; vom 16. Tage an Harnabfluss auf normalem Wege und Abnahme des Eitergehalts des Harns.)
20. *Rüder, Fall von angeborenem Ureterverschluss. Ärztl. Ver. Hamburg. Sitzg. v. 31. Okt. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1668.
21. *Schäfer, P., Zur Behandlung von Ureterverletzungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 337.
22. *— Überzähliger aberranter Ureter, Implantation in der Blase durch Laparotomie. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. v. 10. März. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. p. 355.
23. *Spiess, Primäre epitheliale Tumoren des Nierenbeckens und des Ureters. Zentralblatt f. Pathol. Bd. 26. Heft 22/3.
24. *Walther, H. W. E., Papaverin bei Harnleitersteinen. The Urol. and cut. Rev. Sept. Ref. Med. Klin. Bd. 12. p. 1350.
25. *Wolff, H., Die intermittierende intravesikale Ureterzyste. (Zystische Dilatation des vesikalen Ureterendes.) Festschr. z. Feier d. 10jährigen Bestehens d. Akad. f. prakt. Med. in Köln. Bonn 1915. A. Marcus u. E. Webers.

Diagnostik.

Judd (11) hebt die Wichtigkeit der Palpation der Ureteren von der Scheide aus hervor und fand, dass die normalen Ureteren in 90°/₀ der Fälle gefühlt werden können, und zwar als weiche, gänsekieldicke Stränge von beschränkter Verschieblichkeit. Der normale Ureter kann vom Eintritt in das breite Mutterband bis zur Einmündung in die Blase getastet werden, der verdickte Ureter in noch grösserer Ausdehnung. Von Bedeutung ist die Tastung der Ureteren bei akuter Ureteritis (Empfindlichkeit), bei chronischer Ureteritis (Empfindlichkeit, Verdickung und geringere Verschieblichkeit), bei Tuberkulose (knotige Verdickung und verminderte Verschieblichkeit), bei Pyelitis, besonders aber bei Steinen, die zuweilen durch die Betastung früher nachgewiesen werden können, als mittelst Katheterismus. Auch doppelte Ureteren können durch Betastung erkannt werden.

Knickungen des Harnleiters.

Franz (5) fand bei der Uterusexstirpation bei einer eklamptischen gebärenden Zwergin mit absolut verengtem Becken die beiden Ureteren stark in die Höhe gezogen und fast vollständig abgeknickt, so dass sie über der Kreuzungsstelle mit der Art. uterina etwa daumendick, darunter aber dünn zusammengefallen waren.

Missbildungen.

Motzfeld (14) fand unter 4500 Sektionen 23 Fälle von Ureterverdoppelung.

Schäfer (22) beschreibt einen Fall von überzähligem, aberrierendem Ureter bei einem 18jährigen Mädchen, der dicht unter der Harnröhrenmündung ausmündete, bis zum Nierenbecken sondierbar war und mit Röntgendurchleuchtung und Einführung von Wismutkathetern dargestellt werden konnte; die Operation (Bumm) bestand in Laparotomie und Aufsuchung und Einpflanzung des überzähligen Ureters in der Blase mit vollständiger Heilung und guter Funktion des eingepflanzten Ureters.

Peacock (15) fand bei der Sektion eines an urämischen Erscheinungen gestorbenen neunmonatigen Kindes beiderseits je 2 stark erweiterte geschlängelte Ureteren, starke Erweiterung der Nierenbecken und gelappte Nieren.

Uretersteine.

Meyer (13) erklärt die Röntgenaufnahme für das wichtigste Mittel zur Diagnose der Uretersteine, jedoch ist wegen häufiger Schwierigkeit der Deutung der Bilder auch die Kystoskopie mit Uretersonderung unentbehrlich. Für die Diagnose kleiner Uretersteine empfiehlt er die Sondierung mit einem Katheter mit Wachsspitze. Endlich soll vor der Operation zur genauen Lokalisation des Steines eine Ureterographie oder Pyelographie vorgenommen werden.

Adrian (g. 9, 1) beschreibt einen Fall von linksseitigem Harnleiterstein mit nur linksseitiger Pyurie; Röntgen-Nachweis. Nephro-Ureterektomie, Heilung.

Nach Geraghty und Hinmans (7) Beobachtungen versagte der Röntgennachweis bei Harnleitersteinen in 22,4%, jedoch ist die chemische Zusammensetzung der Steine hierfür nicht wesentlich von Bedeutung. Zur örtlichen Anwendung von Hitze, um eine muskuläre Erschlaffung der Harnleiterwandungen und damit einen spontanen Abgang der Steine zu bewirken, benützen sie einen in den Harnleiter eingeführten Thermokatheter, der elektrisch erhitzt wird. Zur Ortsbestimmung von Harnleitersteinen am Röntgenbild wird ein mit Wismutringen versehener Harnleiterkatheter benützt. Bei in die Harnleitermündung eingekeilten Steinen wird die obere Lippe mittelst kystoskopischer Schere oder Messers oder galvanokaustisch durchtrennt; auch höher im Blasenteil des Ureters liegende Steine können nach Schlitzung der Harnleiterwand hervorgeholt werden.

Walther (24) empfiehlt bei eingekeilten Harnleitersteinen die Injektion von schwefelsaurem Papaverin (0,04) mittelst Ureterkatheter an die Stelle der Einklemmung, um hier eine Erschlaffung der Ureterwand und eine Erweiterung des Lumens zu bewirken und ein Durchgleiten des Steines zu ermöglichen.

Ureterzysten.

Herz (8) beschreibt einen Fall von Ureterzyste, die als zufälliger Sektionsbefund nach Tod an Hirnblutung gefunden wurde. Von der rechten Niere gingen ohne Vorhandensein eines Nierenbeckens 4 je 2 cm lange Ureteren ab, die in die mannsfaustgrosse Zyste, deren Wandungen Ureterencharakter zeigten, übergingen; aus der Zyste entsprang ein einfacher zur Blase ziehender Ureter. Die Niere hatte Pilzhutform und lag mehr quer, die Zyste lag im Retroperitonealraum. Links fehlte ebenfalls das Nierenbecken und 3 aus der Niere entspringende Ureteren vereinigten sich extrarenal zu einem gemeinsamen Ureter. Die Zyste wird nicht als Retentionszyste, sondern als auf angeborener Anomalie beruhend gedeutet.

Rüder (20) beschreibt eine enorme retroperitoneale zystische Geschwulst neben der Wirbelsäule bei einem 20jährigen Mädchen mit peritonitischen Reizerscheinungen. Die Operation bestand zunächst in teilweiser Entfernung der Ureterzyste mittelst Laparotomie, dann in Exstirpation der in eine Zyste umgewandelten Niere mit dem Anfangsteil des Ureters.

Wolff (25) hebt als Ursache der zystischen Dilatation des vesikalen Ureterendes ein peripher von der Zyste liegendes angeborenes oder erworbenes Hindernis hervor (Geschwulst, Stein usw.), und zwar besonders ein solches, das nur teilweise die Uretermündung verlegt, so dass ein Missverhältnis zwischen ab- und zufliessendem Harn entsteht. Als Hauptsymptome werden vermehrter Harndrang, Brennen bei der Harnentleerung und unregelmässige Harnentleerung infolge von Verlagerung der Zyste vor das Orificium internum der Blase genannt. Die Diagnose kann nur durch Kystoskopie gestellt werden, wobei Transparenz der Zystenwand und Konsistenz als wichtigste Unterscheidungsmerkmale von Tumoren hervorgehoben werden. Im Frühstadium, wenn die Zystenwand noch aus allen Schichten der Ureterwand gebildet wird, ist die Sectio alta auszuführen;

in späteren Stadien bei Überdehnung der Zystenwand und Ersetzung der Muskulatur durch eine gefässarme Bindegewebsschicht, sind endovesikale Eingriffe geeignet, jedoch soll die Öffnung nicht grösser angelegt werden, als es für ein unbehindertes Ausfliessen des Harns unbedingt nötig ist, um die Ausbildung einer Insuffizienz des vesikalen Ureterendes zu verhüten. 2 Fälle, einer bei einer 30jährigen Frau und einer bei einem Mädchen, bei dem die Blasenstörungen seit dem 15. Lebensjahre bestanden, werden mitgeteilt.

Adrian (g. 9, 1) beschreibt einen Fall von angeborener Verengerung des linken Harnleiters mit intermittierender zystischer Erweiterung des Harnleiterendes. Wegen schwerer eitriger Parenchymerkrankung der Niere wurde diese exstirpiert; es fand sich Pyonephrose mit hochgradig erweitertem Nierenbecken. Heilung.

Geschwülste.

v. Hofmann (9) beschreibt 2 Fälle von Papillomen des unteren Teiles des Ureters, in einem Falle ragte der Tumor in die Blase hinein vor. In beiden Fällen bestanden schwere, lebensbedrohende Blutungen. Als weiteres Symptom werden ziehende oder ausstrahlende Schmerzen in der Lendengegend erwähnt, jedoch können subjektive Beschwerden auch ganz fehlen. Ausserdem wird auf die Möglichkeit der Bildung einer Hydronephrose hingewiesen. Für die Diagnose ist die Kystoskopie nur dann ausschlaggebend, wenn der Tumor in die Blase vorragt; bei nicht zu starker Hämaturie wird man erkennen können, dass aus dem Ureter blutiger Harn ausgestossen wird. Wenn der Ureterkatheterismus gelingt, so kann die durch den Tumor bedingte Stenose vielleicht nachgewiesen werden können. Der Tumor kann aber auch zentralwärts bluten, so dass selbst das Nierenbecken mit Blut gefüllt sein kann. Bei sehr schwerer Blutung kann auch durch den Ureterkatheterismus die Diagnose nur ausnahmsweise gestellt werden. Auch die operative Blosslegung der Niere bringt dabei nicht immer Klarheit.

Spiess (23) beschreibt 2 Fälle von Tumoren des Ureters, ein gutartiges Papillom und ein solides Karzinom, letzteres mit zahlreichen Metastasen in die nähere und weitere Umgebung, in Blasenwand und Lungen auf dem Lymphgefässwege.

v. Capellen (2) beschreibt ein 3 cm grosses Karzinom des Ureters, das zur Stenose des Ureters führte. Der Ureter wurde bei der 8 Monate vorher an Pyonephrose nephrektomierten Frau wegen fortdauernder Eiterung aus dem Ureter exstirpiert.

Ureterchirurgie.

Furniss (6) glaubt, dass die meisten postoperativen Ureterfisteln durch temporäre Abklemmung des Ureters entstehen. Inkomplette Verletzungen des Ureters neigen zur Spontanheilung, jedoch darf nach 4monatigem Bestande auf eine solche nicht mehr gerechnet werden. Nach vollständiger Durchtrennung ist Spontanheilung viel seltener und die Gefahr einer Stenose mit Rückstauung und Infektion der Niere gegeben. Furniss verwirft die vaginale Operation und bevorzugt die abdominale extraperitoneale Einpflanzung in die Blase jedoch nur, wenn keine oder nur geringgradige Infektion besteht und die Funktion der Niere wenig geschädigt ist. Bei Infektion und stärkerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion ist die Nephrektomie als weniger gefährlicher Eingriff vorzuziehen. Bei inkompletten Fisteln kann, wenn Infektion und Funktionsschädigung nicht vorhanden sind, mit der Operation 3 Monate gewartet werden, bei kompletten und abdominalen Fisteln 2 Monate. 6 Fälle wurden mitgeteilt, davon 4 operierte; in einem Falle wurden die beiden Ureteren mit Erfolg in die Blase (transperitoneal) eingepflanzt; in einem Falle kam es zur Fistelbildung, obwohl der Ureter nur 5 Minuten lang mit der Klemme gefasst worden war.

In der Diskussion teilt Sanes einen Fall mit, bei welchem bei dem Versuche, von der Scheide aus den verletzten Ureter zu katheterisieren, die Art. uterina verletzt wurde und die Blutung eine abdominale Ureter-Cystotomie erforderlich machte.

Schäfer (21) erklärt bei Ureterverletzungen im untersten Abschnitt die Neueinpflanzung in die Blase für angezeigt. Die Ausführung besteht darin, dass die Blase hochgezogen und am seitlichen Peritoneum fixiert wird; dann wird die Blasenwand mit einer durch die Harnröhre eingeführten Kornzange durchstossen und durch die Öffnung der mit zwei Seidenzügeln versehene renale Ureterstumpf 1—1,5 cm weit in die Blase hineingezogen; dann folgt die Naht des Ureters an das Blasenperitoneum mit feinen, nur die oberflächlichen Schichten fassenden Catgutnähten und eine weitere, manschettenartig, den Ureter muffartig umhüllende Naht der Blasenwand über den Ureter. Die Nachbehandlung besteht für 10—12 Tage in Dauerkatheter. Acht Fälle wurden in dieser Weise erfolgreich operiert; in einem neunten entwickelte sich eine Ureterscheidenfistel und die Niere wurde wegen Schüttelfrösten exstirpiert. In einem Falle von vaginaler Ureterimplantation nach vaginaler Totalexstirpation kam es zu einer Nekrose eines 3 cm langen Ureterstückes. Die intraperitoneale Implantation eignet sich nur bei Fällen von nichtinfizierter Niere, und zwar muss sie bald ausgeführt werden, bevor es zu einer Infektion des Nierenbeckens kommt. Bei manifester eitriger Pyelitis ist die Nephrektomie vorzuziehen (4 Fälle).

Bei hohen Ureterverletzungen ist die Ausschaltung der Niere zu empfehlen, da die Nahtmethoden selten von Erfolg und schwierig auszuführen sind und die Einpflanzung in Haut und Darm grosse Nachteile bringt. Der Ureter wird zuerst einfach, dann unter Umschlagung des unterbundenen Endes nochmals mit diesem zusammengeknotet und die Unterbindungsstelle wird im Bauchfellschlitz versenkt. In allen 8 Fällen, in welchen diese Art der Unterbindung ausgeführt wurde, war sie erfolgreich, während die in zwei Fällen ausgeführte einfache Knotung nicht hielt und die Nephrektomie erforderlich wurde. Harnaustritt in die Bauchhöhle und peritonitische Erscheinungen erfordern die möglichst frühzeitige Relaparotomie, das Austupfen des ausgetretenen Harns und gegebenenfalls die Nephrektomie.

Schliesslich wurden 3 Fälle von Unterbindung beider Ureteren bzw. von Durchtrennung des einen Ureters und Unterbindung des anderen bei der Operation von Beckengeschwülsten mitgeteilt. In zwei Fällen kam es trotz Relaparotomie und Implantation des einen Ureters in die Blase zum Exitus, im dritten Falle kam es nach Lösung der einen Ligatur und Implantation des anderen Ureters in die Blase zum Wiedereintreten der Harnsekretion und zur Heilung. Zur Unterscheidung zwischen Ligierung beider Ureteren und reflektorischer Anurie ist der Ureterenkatheterismus notwendig und bei festgestellter beiderseitiger Unterbindung ist möglichst bald die Relaparotomie und die Wiedereröffnung der Harnwege auszuführen.

Johnsen (10) empfiehlt nach Durchschneidung des Ureters bei Beckenoperationen die End-zu-End-Vernähung der Ureterenden über einem eingeführten Glasstäbchen, nachdem die beiden Enden mobilisiert und sowohl renal wie vesikal eine provisorische Ligatur angelegt worden ist. Das Glasstäbchen wird schliesslich durch eine Längsinzision über dem Ende desselben entfernt oder es wird herausgenommen, bevor die angelegten Nähte geknotet werden. Als Vorzüge des Verfahrens werden hervorgehoben: sichere anatomische Übersicht über beide Enden des Ureters, Unmöglichkeit, bei der Naht die Schleimhaut mitzufassen, Möglichkeit der Vernähung auch bei kleinstem vesikalen Ureterstumpf, räumliche Übersicht und leichte Arbeit unter Wegfallen jeder Assistenz bei der Naht, endlich verblüffende Einfachheit der Naht selbst auf fester Glasstabunterlage.

Peek (16) schlägt vor, bei Harnstauung durch Knickung des Ureters infolge Senkung des hinteren Teils des Nierenbeckens das Nierenbecken durch

Exzision eines Stückes zu verkleinern und für die nächsten 24 Stunden einen Ureter-Dauerkatheter einzulegen. Ebenso wird nach Fixation der beweglichen Niere die Einlegung einer Ureter-Dauerkatheters empfohlen.

Legueu (12) veröffentlicht einen Fall von erfolgreicher venöser Autoplastik des Ureters bei Ureterruptur.

Fleischhauer (3) beschreibt einen Fall, in welchem nach Radikaloperation eines sehr fortgeschrittenen Portiokarzinoms und alter entzündlicher Adnextumoren der rechte Ureter so durchschnitten wurde, dass eine Implantation in die Blase nur unter ziemlicher Spannung möglich gewesen wäre. Es wurde daher die Nierenausschaltung mittelst doppelter Ureterknotung und Catgutunterbindung des proximalen Endes ausgeführt und das Ureterende mittelst des hinteren Blattes des Lig. latum möglichst zu umhüllen gesucht. Die Heilung erfolgte ohne Störung, die Harnsekretion erhielt sich auf genügender Höhe, spontane und Druckschmerzen in der ausgeschalteten Niere traten nicht auf, und nach 60 Tagen war eine Vergrösserung der Niere nicht aufgetreten. Die Ureterknotung wird für die Ausschaltung der Niere als beste Methode empfohlen, jedoch ist sie bei bestehender Infektion wegen Gefahr der Pyonephrose undurchführbar. Von den zwei Möglichkeiten des Schicksals der ausgeschalteten Niere — primäre Atrophie oder Bildung eines mehr weniger grossen Hydronephrosensackes mit sekundärer Atrophie des sezernierenden Parenchyms oder dauernder Volumvergrösserung des Gesamtorganes — entscheidet sich Fleischhauer für den letzteren Ausgang.

In einem Nachtrag erwähnt Fleischhauer (4) als Beweis für die Leistungsfähigkeit der Ureterknotung den Fall von Ebeler, in welchem bei der Sektion der 36 Stunden nach der Operation Gestorbenen der Knoten völlig undurchgängig gefunden wurde.

---

f) Harngenitalfisteln.

1. *v. Franqué, O., Zur Trendelenburgschen Operation der Blasenscheidenfistel. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 436.
2. *— Sectio caesarea nach Trendelenburgscher Operation der Blasenscheidenfistel. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 697.
3. Furniss, Fünf Fälle von Ureterfisteln. New York Ac. of Med., Abt. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. v. 26. Okt. 1915. Med. Record. New York. 8. April.
4. *Halban, J., Blasenscheidenfistel bei Blasenkarzinom. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 14. März. Centralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 312.
5. *Mayo, Repair of small vesicovaginal fistula. Annals of Surg. Nr. 1. Ref. Zentralblatt f. Chir. Bd. 43. p. 754.
6. Rhomberg, Pessar. Verein. d. Ärzte Kärntens. Sitzg. v. 2. Sept. 1915. Wien. med. Wochenschr. Bd. 66. p. 32. (Blasenscheidenfistel durch 13 Jahre liegendes Holzpessar.)
7. *Rüder, W., Bericht über 5 geheilte Fälle von vollkommener Uterusruptur mit Austritt von Kind und Plazenta in die freie Bauchhöhle. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 1005.
8. *Sippel, A., Zur Trendelenburgschen Operation der Blasenscheidenfistel. Zentralblatt f. Gyn. Bd. 40. p. 564.
9. *Stickel, Abdominelle Ureterimplantation wegen Blasenscheidenfistel. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. v. 25. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. p. 340.
10. Tosetti, P., Über Spontanheilung einer Uretercervixfistel, entstanden nach Entbindung mittelst hoher Zange nach operativer Eröffnung einer grossen Urinefiltration. Inaug.-Diss. Bonn.
11. *Townsend, W. W., Über die Dilatation bei Ureterfisteln. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 21. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 374.

Blasenscheidenfisteln.

Halban (4) beschreibt bei einer 49jährigen Frau ein primäres Blasenkarzinom am Blasenboden mit Durchbruch nach der Scheide, in welchem mit Ausnahme einer geringen, rasch zu beseitigenden Blasenreizung 1 Jahr vor dem Durchbruch bis zum Eintritt der Inkontinenz keine Blasenbeschwerden vorhanden waren.

Stickel (9) beschreibt einen Fall von Blasenscheidenfistel, die nach Zangenversuch und nach schliesslicher Beendigung der Geburt mittelst Perforation entstanden war. Nach erfolglos gebliebener vaginaler Operation wurde die Laparotomie (Faszienquerschnitt) ausgeführt und nach Durchtrennung des Peritoneums vom Uterus zur Blase der linke Blasenzipfel samt Uretermündung von der Scheide abpräpariert und der Ureter bis zur Kreuzungsstelle mit den Iliakalgefässen freigelegt. Der Scheidendefekt wurde mit Catgutnähten geschlossen, und, da der Blasendefekt die Uretermündung zu Dreivierteln hufeisenförmig umgab, wurde der Ureter dicht oberhalb der Einmündung in der Blase durchtrennt, der Blasendefekt unter Überdeckung der Uretermündung geschlossen und der Ureter etwas weiter nach oben, hinten und median nach der Methode von Franz neu eingepflanzt. Es erfolgte Heilung mit guter Funktion des eingepflanzten Ureters

Mayo (5) schlägt vor, kleine Blasenscheidenfisteln in der Weise zu schliessen, dass die Scheidenschleimhaut in der Umgebung von 1 Zoll umschnitten und bis auf $^1/_4$ Zoll gegen die Fistel zu abpräpariert wird. Hierauf soll die gestielte Nadel durch die Harnröhre in die Blase und durch die Fistel nach aussen eingeführt und zu beiden Seiten durch den abgelösten Schleimhautlappen durchgeführt und die Fadenenden durch die Harnröhre wieder nach aussen geleitet werden, so dass das Schleimhautstück durch Zug durch die Fistel in die Blase eingestülpt wird. Nun wird die Fistel von der Scheide aus durch Tabakbeutelnaht geschlossen. Die Zugnaht schneidet nach einiger Zeit von selbst durch und wird durch Zug entfernt. Für 8 Tage wird ein Dauerkatheter angelegt.

Sippel (9) schildert an der Hand eines Falles, in welchem eine nach Geburt bei plattem Becken entstandene, hochfixierte und von unten nicht zugängliche Blasencervixfistel vergeblich durch Trendelenburgsche Operation zu schliessen versucht worden war, die dieser Operation entgegenstehenden Schwierigkeiten, die in der Dicke des Paniculus und der dadurch vergrösserten Entfernung von der Bauchblasenwunde, in der Beschaffenheit des Cavum Retzii und der davon abhängigen extraperitonealen Evolutionsfähigkeit und Zugänglichkeit der Blase und endlich in Grösse, Sitz und Fixation der Fistel selbst bestehen. Um diesen Schwierigkeiten zu begegnen, wird vorgeschlagen, nach Eröffnung der Blase mittelst einer von oben durch die Fistel hindurchgeführten Sonde einen starken Metallfaden durch Scheide und Blase zu ziehen, an dessen unterm Ende eine Bleikugel befestigt ist, die durch Zug mit dem Faden von unten gegen die Fistel angepresst wird und diese hebt, entfaltet und fixiert, so dass die Anfrischung oder statt derselben die Lippenspaltung der Fistel und die Anlegung der Naht wesentlich erleichtert wird. Die Bauchblasenwunde soll geschlossen werden, und zwar soll durch sorgfältige Schichtennaht eine Bruchbildung verhindert werden. Sippel hält demnach an der Berechtigung der Trendelenburgschen Operation fest, glaubt aber, dass unter Benützung der tiefen Scheidendamminzisionen auch bisher für unzugänglich gehaltene Fisteln auf vaginalem Wege zugänglich gemacht werden können.

v. Franqué (1) verteidigt die Trendelenburgsche Operation der Blasenscheidenfisteln gegenüber den besonders von Fritsch gegen diese Methode erhobenen Vorwürfen und tritt bei von der Scheide aus wegen ausgedehnter Narbenbildung und Narbenfixation am Schambein unzugänglichen Fisteln für die Operation von der Blase aus ein, wenn er auch einräumt, dass durch die Aus-

bildung neuerer Methoden (Küstner-Wolkowitsch, Freund, Fritsch und Schauta, Wölfler und Follet) eine grössere Zahl früher unzugänglicher Fisteln nun von der Scheide aus zugänglicher gemacht worden sind. Unter Mitteilung eines mit Erfolg operierten Falles von Blasenscheidenfistel, die nach Zangenentbindung (angeblich 20maliges Anlegen der Zange) und direkte Verletzung der Blase bei der Entbindung entstanden war und bei der bereits ein 4maliger Operationsversuch auf vaginalem Wege vergeblich geblieben war, betont v. Franqué die Zugänglichkeit der Fistel von der Blase aus bei starker Beckenhochlagerung trotz des Sitzes der am Schambein fixierten Fistel an der tiefsten Stelle der Blase, so dass selbst eine Spaltung des Fistelrandes im ganzen Umfang ausgeführt und von oben her die Scheide mit versenkter Catgutnaht und darüber Blasenöffnung linear vereinigt werden konnte. Die ausgedehnten von unten her die Zugänglichkeit verhindernden und die Blase fixierenden Narbenmassen erwiesen sich bei der Operation von oben viel weniger störend und durch die Spaltung des Fistelrandes von oben konnte eine Mobilisation der Blase erzielt werden, welche die Nahtvereinigung ohne jede Spannung ermöglichte. Die Ureterenmündungen sind bei der Anfrischung leichter zu vermeiden, nachträgliche Steinbildung wird durch ausschliessliche Verwendung von Catgut vermieden, Bauchdeckenfistel und Bruchbildung sind durch Unterlassung der abdominellen Blasendrainage und durch direkte Blasennaht zu verhüten, auch die Drainage des Cavum Retzii wird für überflüssig erklärt. In dem operierten Fall wurde vollständige Kontinenz und Wohlbefinden erzielt, sowie beschwerdelose Ausführbarkeit der Kohabitation. Nach einer späteren Mitteilung (2) wurde bei der nächstfolgenden Geburt, um ein lebendes Kind zu erzielen und den Wiederaufbruch der Operationsnarbe zu verhüten, die Sectio caesarea ausgeführt.

Ureterscheidenfisteln.

Rüder (7) beschreibt einen Fall von Ureterscheidenfistel nach totaler abdominaler Uterusexstirpation wegen Uterusruptur, mit anfänglichem Harnabgang durch die Laparotomiewunde, später nur mehr durch die Scheide, und schliesslich mit spontaner Heilung. Der Ureter wurde bei der kystoskopischen Kontrolle normal funktionierend gefunden. In einem weiteren Falle von Uterusruptur und abdominaler Exstirpation kam es wohl infolge Verletzung der Blase zu Harnabgang aus der Laparotomiewunde und aus der Scheide, der ebenfalls spontan aufhörte.

Townsend (11) empfiehlt bei Ureterfisteln die Dilatation des vesikalen Ureterstücks von der Blase aus, nach der er in mehreren Fällen Spontanheilung beobachtete.

---

g) Chirurgische Erkrankungen der Nieren.

1. *Backmann, E. L., Einige Versuche über das Verhalten des Blutdrucks nach Nierenentfernung und Nierenverkleinerung. Upsala Läkarefören. Förhandl. Bd. 22. p. 271. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 344.
2. Eisendraht, D. N., Reflexileus renalen Ursprungs. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 22. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 914.
3. *Karsner, H. T., H. A. Bunker und G. P. Grabfield, A note on the immediate effects of reduction of kidney substance. Journ. of experim. Med. 1915. p. 544. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 535.
4. *Leschke, E., Untersuchungen über den Mechanismus der Harnabsonderung in der Niere. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 81. Heft 1/2.
5. *Liek, E., Die arteriellen Kollateralbahnen der Nieren. Virchows Arch. Bd. 220. Heft 3.
6. *Tugendreich, G., Zur Kenntnis der Nierensekretion beim Säugling. Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 65. Heft 5/6.

Liek (5) stellte fest, dass beim Hunde die Niere über ausgiebige Kollateralbahnen (teils Untergefässe, teils eine grosse Zahl von kleinen aus der Aorta gegen Fettkapsel und Hilus ziehende Gefässe) verfügt, die schon 12 Stunden nach Unterbindung der Hauptgefässe imstande sind, die Füllung der Nierengefässe zu bewirken. Die Nierenarterie stellt demnach höchstens im funktionellen, nicht aber im streng anatomischen Sinn eine Endarterie dar.

Leschke (4) kommt nach eingehenden Untersuchungen über die Harnausscheidung in der Niere zu dem Ergebnisse, dass die Glomeruli das Wasser in physiologischer Lösung absondern, dass aber die normalen Harnbestandteile (Harnstoff, Harnsäure, Chloride, Phosphate, Purine) im wesentlichen durch das spezifisch sezernierende Epithel der gewundenen Harnkanälchen — und zwar auch bei starker Mehrbelastnng der Niere — abgesondert werden. Körperfremde Stoffe, auch der grösste Teil der einverleibten Farbstoffe, werden ebenfalls von den Harnkanälchen ausgeschieden. Dadurch erhält die alte Bowmansche Theorie eine neue Stütze.

Tugendreich (6) beobachtete an einem Säugling mit Ectopia vesicae, dass die rechte Niere mehr Harn absonderte als die linke, dass der Schlaf die Harnabsonderung verminderte und dass bei Tag mehr Harn abgesondert wurde als bei Nacht.

Eisendraht (2) erklärt den bei Nieren- oder Uretererkrankungen zuweilen auftretenden Ileus durch den nervösen Zusammenhang der Nervi vagi und splanchnici, die Zweige an den Darm wie an Nieren und Ureteren abgeben. Dieser Reflexileus wurde von Eisendraht besonders bei Nierensteinen oder Blutungen in Nierentumoren beobachtet.

Karsner, Bunker und Grabfield (3) fanden nach Entfernung einer Niere eine nur ganz vorübergehende Anhäufung von Reststickstoff im Blute, ebenso wenn auch von den anderen Nieren noch ein Teil entfernt wird. Nach Entfernung beider Nieren steigt der Reststickstoff sofort und unaufhaltsam bis zum Tode an.

Backmann (1) beobachtete bei Versuchstieren nach Nephrektomie und nach Nierenverkleinerung eine deutliche, rasch einsetzende und mehrere Tage dauernde Blutdrucksteigerung.

2. Diagnostik.

1. *Alessandri, R., Nefrectomia nelle lesioni renali bilaterali; funzione del rene superstite. Fol. Urol. Bd. 9. Nr. 3.
1a. Bang, J., Methoden zur Mikrobestimmung einiger Blutbestandteile. Wiesbaden, Bergmann. (Beschreibt u. a. die Bestimmung des Reststickstoffs im Blut.)
2. *Barker, L. F. und F. J. Smith, Funktionsprüfung der Niere bei orthostatischer Albuminurie. Amer. Journ. of Med. Sciences. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 225.
3. *Bijnen, A., Renorenale Reflexe. Tijdschr. v. Geneesk. 11. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 490.
4. *Bookman, M. R., Die häufigsten abdominellen Schmerzanfälle. New York Med. Journ. Nr. 7. Ref. Med. Klin. Bd. 12. p. 547.
5. Bracher, C. W. J., Transient renal congestion. Lancet 1915. 7. Aug. Ref. Zentralblatt f. inn. Med. Bd. 37. p. 525. (4 Fälle.)
6. Brotherhood, J. S., Ein einfaches Kolorimeter zum Gebrauch bei der Phenolsulfonphthaleinprobe zur Nierenfunktionsprüfung. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 21. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 637. (Empfehlung eines einfachen Apparates zur Vergleichung der erhaltenen Färbung mit Testflüssigkeiten.)
7. *Brown, P. K. und W. T. Cummins, Über die Ursache der chronischen Nierenentzündung und die Phenolsulfonephthaleinprobe. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 883.
8. *Cameron, D. F., Variations in renal function dependant on surgical procedures. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 23ff. Ref. Med. Klin. Bd. 12. p. 1035.

9. *Cumston, Ch. G., Die Indigokarminprobe. New York Med. Journ. Bd. 102. Nr. 20. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 416.
10. *Detroiter, A. K. und M. L. Griffith, Creatinine as a test for renal function. New York Med. Journ. 1915. 16. Okt. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 527.
11. *Dietsch, C., Zur funktionellen Nierendiagnostik mittelst Phenolsulfophthalein. Inaug.-Diss. Greifswald 1915.
12. Edgeworth, F. H., On transient renal congestion. Lancet 1915. 10. Juli. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 525. (4 Fälle von Erythrozyten im Harn und verminderter Harnmenge nach Kälteeinwirkung oder starken Anstrengungen.)
13. *Fahr, Th., Zur Frage der Nebenwirkungen bei der Pyelographie. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 137.
14. *Feigl, Zum gegenwärtigen Stand der chemischen Blutuntersuchung. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. v. 2. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 732.
15. *Günzburg, Prüfung der Nierenfunktion mit körpereigenen Stoffen. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. v. 15. Nov. 1915. Münch. med. Wochenschr. Bd. 82. p. 241.
16. v. Horváth, B. und H. Kadletz, Einige Versuche zur quantitativen Harnstoffbestimmung mit Urease im Urin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 414. (Die vorläufigen Versuche haben ganz gute, für klinische Zwecke brauchbare Resultate ergeben.)
17. *Jones, J. P., A clinical study of the renal functional activity by means of phenolsulphonephthalein. Med. and Surg. Rep. of the Episc. Hosp. Philadelphia. Bd. 2. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 528.
18. *Klinkert, D., Die klinische Bedeutung der Widal-Ambardschen Prüfungsmethoden bei chronischen Nierenkrankheiten. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1915. Febr. p. 1567 ff. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 534.
19. *Krotoszyner, M. und G. W. Hartmann, Gefrierpunkt- und Blutharnstoffbestimmung bei Nephritiden. Journ. of Amer. Med. Assoc. 1915. 20. Nov. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 173.
20. *Langstroth, L., An attempt to determine the diagnostic importance of Heads zones of hyperalgesia. Arch. of intern. Med. 1915. Aug. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 151.
21. *Me Lean, F. C., Über eine klinische Methode zur Bestimmung der Nierenfunktion mittelst eines Harnstoffausscheidungsquotienten. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 415.
22. *Mosenthal, H. O., Die Wasser-, Salz- und Stickstoffausscheidung, sowie die Bestimmung des spez. Gewichtes des Urins als Mass für die Nierenfunktion. Arch. of intern. Med. 1915. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 17.
23. *Myers, V. C., Der Wert der chemischen Blutuntersuchung zur Diagnose der Niereninsuffizienz. Albany Med. Annals. Bd. 37. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 636.
24. *v. Noorden, C., Erfahrungen über funktionelle Nierendiagnostik. Med. Klin. Bd. 12. p. 5.
25. *Posner, C., Die Oberflächenspannung des Harns und ihre klinische Bedeutung. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 890.
26. *Robertson, W. E., J. V. Klauder und E. P. Longacker, Kidney disease with special reference to the test for functional capacity. Med. and Surg. Rep. of the Episc. Hosp. Philadelphia. Bd. 2. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 528.
27. *Rosenberg, M., Über Indikanämie und Hyperindikanämie bei Nierenkranken und Nierengesunden. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 117.
28. *Scheel, V., Die klinische Untersuchung der Nierenfunktion, speziell durch Bestimmung des Reststickstoffs. Ugeskr. f. Laeger. Nr. 14 ff. Ref. Münch. med. Wochenschrift. Bd. 63. p. 1195.
29. *Schilling, H., Blutung bei Ureterkatheterisation. 11. Vers. d. Nord. chir. Vereins in Göteborg vom 6.—8. Juli. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 862.
30. *Simmonds, M., Über eine Gefahr der Pyelographie. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 229 und Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. v. 11. Jan. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 42. p. 559.
31. *v. Studzinski, J., Über die klinische Bedeutung der Ambardschen Harnstoffkonstante (K) bei Nephritiden. Fol. Urol. Bd. 9. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 878.

32. *Tileston, W. und C. W. Comfort, The total non-protein nitrogen and the urea of the blood in health and in disease. Arch. of intern. Med. 1914. Nov. Ref. Zentralblatt f. inn. Med. Bd. 37. p. 533.
33. *Treupel, G., Die Funktionsprüfung der Nieren mit körperfremden Stoffen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 155 und Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. v. 15. Nov. und 6. Dez. 1915. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 240 u. 286.
34. *Underhill, A. J., Blood urea in renal conditions. New York Med. Journ. 1915. 25. Sept. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 532.
35. *Wechselmann, W., Über reaktionslos verlaufende intravenöse Milchzuckerinjektion (Schlayersche Funktionsprüfung der Nieren). Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. Nr. 4.
36. *Young, E. L., Ein neues Präparat zur Pyelographie. Boston Med. and Surg. Journ. 1915. Nr. 15.
37. Zondek, Funktion der hämorrhagischen Nierenentzündung von Kriegsteilnehmern. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 83. Heft 3/4. (Fand in funktioneller Hinsicht kaum wesentliche Eigentümlichkeiten gegen Nephritiden ähnlicher Art.)

Langstroth (20) erklärt die diagnostische Bedeutung der hyperalgetischen Zonen Heads nur bei Nierenkrankheiten etwas grösser als bei Erkrankungen anderer innerer Organe.

Kolopp (c. 2, 4) erwähnt als Begleiterscheinungen von seiten der Haut bei aus versprengten Nebennierenkeimen hervorgegangenen Nierentumoren (Hypernephromen) fleckförmige Hautpigmentationen und multiple Hautfibrome, ferner bei tuberöser Sklerose das Adenoma sebaceum.

Bookman (4) hebt hervor, dass bei Drehung und Lageveränderung der Niere die Kompression des Thorax schmerzhaft ist, aber der Schmerz ist diffuser als bei Gallenblasenerkrankung.

Alessandri (1) erklärt bei Erkrankung beider Nieren die funktionelle Prüfung vor der Operation für äusserst wichtig, aber auch die funktionelle Prüfung nach der Operation. Die Prüfung vor der Operation muss sowohl in Fällen einseitiger als auch bei doppelseitiger Erkrankung ausgeführt werden und die Indikation zur Nephrektomie ist streng an die mit Ureterenkatheterismus erzielten Resultate gebunden, da jede funktionelle Prüfung beider Nieren einfach eine Orientierungsuntersuchung darstellt. Während des Ureterenkatheterismus kann die funktionelle Prüfung mit Nutzen durch Intensifizierung der spontanen Ausscheidungen ausgeführt werden; die durch die Urea verursachte Ausscheidung ist vielleicht mehr direkt an die Verhältnisse der Nierenfunktion gebunden als jene durch das Wasser verursachte. In 5 Fällen von Nephrektomie wegen beiderseitiger Nierenerkrankung, die zu verschiedenen Zeiten mit der einen oder mit beiden Methoden nach der Operation gewonnen worden sind, waren die Resultate untereinander bedeutend verschieden. In 2 Fällen, bei denen die einzige Niere auch eine Nephrotomie überstanden hatte, schien es nicht, dass an diese eine weitere schwere funktionelle Störung sich angeschlossen hätte. Die funktionelle Prüfung der wegen doppelseitiger Erkrankung Nephrektomierten spricht zugunsten des Eingriffes unter diesen Verhältnissen; tatsächlich kann in den Fällen, in denen im Augenblick der Nephrektomie wegen doppelseitiger Erkrankung eine grosse Verschiedenheit der funktionellen Werte beider Nieren besteht, die zurückgebliebene Niere, auch wenn erkrankt, lange Zeit eine hohe Funktionsfähigkeit behalten, oder sie kann infolge einer vorschreitenden Ausdehnung des Erkrankungsherdes allmählich ihren funktionellen Wert verlieren. Aber dieses Verhältnis kann noch lange Zeit hindurch das Leben nicht gefährden, da es doch nicht ganz dem der Brightschen Krankheit im wahren Sinne des Wortes entspricht.

Posner (25) suchte die Oberflächenspannung des Harns, d. h. die Tropfengrösse, die er mittelst des J. Traubeschen Viskostagonometers bestimmte, für die Nierendiagnostik zu verwerten. Der normale Harn besitzt eine geringere

Oberflächenspannung (also eine grössere Tropfenzahl) auf 1 ccm als das Wasser. Besonders fand sich bei Ikterus und Hämaturie die Oberflächenspannung erniedrigt. Des weiteren wurde festgestellt, dass die Erhöhung der Menge der Kolloide, also die Erhöhung der Viskosität die Oberflächenspannung erniedrigt. Da durch die Erhöhung der Viskosität die Tropfenzahl in einem gegebenen Raume vermehrt, also die Oberfläche aller Tropfen vergrössert wird, so werden sich die kolloiden Massen um so leichter mit den gerade vorhandenen Kristalloiden durchtränken und es gewinnt daher die Einwirkung der Oberflächenspannung Bedeutung für die Steinbildung und für die Bildung von Gerinnseln und Zylindern. Durch Alkalizufuhr wird die Viskosität verringert und die Oberflächenspannung steigt, so dass sich dadurch die günstige Einwirkung der Mineralwässer auf die Steinbildung erklärt.

Cameron (8) erklärt die Bestimmung des Bluthärnstoffs für von grösster Wichtigkeit für beginnender Urämie. Nach Operationen in Narkose, besonders nach solchen am Nierensystem und bei Kranken mit an sich herabgesetzter Nierenfunktion findet sich häufig eine Herabsetzung des Bluthärnstoffs. Eine Gruppe von Kranken zeigte bei geringer Phenolphthalein-Ausscheidung normale Bluthärnstoffkonzentration.

Die Wichtigkeit der Untersuchung des Reststickstoffgehalts des Blutes für die Diagnose der Nephritis wird von Fahr und Knaack in der Diskussion zu einem Vortrage von Feigl (14) über die chemische Untersuchung des Blutes hervorgehoben.

Myers (23) bezeichnet Ansteigen des Reststickstoffs im Blute auf über 60 mg und des Harnstoffs auf über 40 mg als Zeichen hochgradiger Niereninsuffizienz. Kreatininmengen von 3—5 mg sind prognostisch sehr ungünstig und deuten auf baldigen Exitus.

Scheel (28) erklärt die Bestimmung des Reststickstoffs im Blut für die beste klinische Probe zur Feststellung der Ausscheidungsfähigkeit der Nieren.

Tileston und Comfort (32) fanden bei Gesunden den Reststickstoff zu 22,9—22 mg, den Harnstickstoff zu 12—14 mg in 100 ccm Blut im nüchternen Zustand, nach einer vollen gemischten Mahlzeit aber Steigerung um 4,7 bzw. 2,5 mg. Bei Nephritis ohne Urämie fanden sich normale oder mässig erhöhte Werte, bei Urämie dagegen beträchtliche Erhöhung. Die Phenolsulphophthaleinprobe ergab keine genaue Übereinstimmung mit der Bestimmung des Reststickstoffs und Harnstickstoffs im Blute. Die Bestimmung des Reststickstoffs ist von hohem Werte für die Diagnose der Urämie und von hohem diagnostischen Werte bei Nephritis. Bei Eklampsie ergab sich keinerlei Zurückhaltung von Stickstoffwechselendprodukten.

Underhill (34) bezeichnet 0,60 g Harnstoff als obere Grenze des normalen Harnstoffgehaltes im Blute. Eine Erhöhung über 0,60 bedeutet Harnstoffretention, jedoch braucht eine solche nicht einzutreten selbst bei Funktionsschädigung eines grossen Teils der Nieren, solange noch ein funktionstüchtiger Rest von Nierensubstanz vorhanden ist und nicht eine übermässige Zufuhr von stickstoffhaltiger Nahrung oder ein lebhafter Zerfall von Proteinstoffen infolge einer anderen Krankheit hinzutritt.

Nach Klinkerts (18) Untersuchungen reicht die Bestimmung der Ambardschen Konstante für die Bewertung der Nierenfunktion vollständig aus; höhere Zahlen als 0,093 sind verdächtig für ungenügendes Harnstoffausscheidungsvermögen.

Mc Lean (21) stellt zur Bestimmung der Nierenfunktion auf Grund des Ambardschen Harnstoffkoeffizienten einen Harnstoffauscheidungsquotienten auf, der unabhängig von der Höhe der Stickstoffzufuhr bestimmt werden kann und die Wurzel aus dem Produkt der Harnstoffkonzentration im Harn, einer Konstanten Körpergewicht und dem Bluthärnstoff beträgt. Der Kranke erhält

200 ccm Wasser, um die Harnentleerung in Gang zu bringen, nach 1/2 Stunde wird die Blase entleert; nach weiteren 36 Minuten (keine Nahrungsaufnahme) werden 10 ccm Blut entnommen, nach weiteren 36 Minuten der Harn entleert; der Harnstoff wird nach Spaltung desselben im NH_3 und CO_2 mittelst des Enzyms der Soja-Bohne aus dem NH_3-Wert berechnet. Bei dauernd niedrigem Quotienten ist die Prognose ernst zu stellen.

Nach den Untersuchungen von v. Studzinski (31) hat die Bestimmung der Ambardschen Konstante nur bei initialen Nephritiden mit Retention der Stickstoff-Stoffwechselprodukte im Blute Aussicht auf Erfolg; die Grösse der Konstante liefert hier genügende Anhaltspunkte zur Beurteilung des Grades der Nierenaffektion. Nicht selten wird jedoch auf Grund der Ambardschen Konstante Nephritis dort diagnostiziert, wo sie nicht vorhanden ist, andererseits misslingt bisweilen bei bestehender Nephritis die Erkennung nicht nur von Form und Entwicklungsgrad, sondern auch des Vorhandenseins von Nephritis.

Mosenthal (22) prüfte in Abständen von 2 Stunden nach der Hedinger-Schlayerschen Probemahlzeit das spezifische Gewicht, die Salz-, Stickstoff- und Wasserausscheidung im Harn und fand, dass bei pathologischer Nierenfunktion zuerst eine Änderung im Nachtharn auftritt, indem die Menge vermehrt, das spezifische Gewicht und die Stickstoffausscheidung herabgesetzt ist. Bei schwerer chronischer Nephritis besteht niedriges, aber fixiertes spezifisches Gewicht, Verminderung der Salz- und Stickstoffausscheidung und Neigung zu Polyurie; ähnlich ist das Verhalten bisweilen bei Cystitis, Pyelitis und Nierenzysten. Bei parenchymatöser Nephritis schwanken die Werte sehr, geben aber dabei stets ein Bild der Nierenfunktion. Die Hedinger-Schlayersche Probemahlzeit erwies sich als bewährtes Mittel zur Prüfung der Nierenfunktion.

Wechselmann (35) betont, dass die intravenöse Milchzuckerinjektion nach Schlayer das beste Bild über das Funktionieren des Glomerularapparates gibt.

Krotoszyner und Hartmann (19) erklären die Bestimmung des Blutgefrierpunktes für schwieriger, aber für diagnostisch feiner als die Blutharnstoffbestimmung. In der Diskussion empfiehlt Cecil in erster Reihe die Phenolsulphonphthaleinprobe und Stevens hebt die Notwendigkeit gleichzeitiger Vornahme von Sekretions- und Retentionsproben hervor.

Rosenberg (27) fand, dass Hyperindikanämie leichteren Grades sich als Gradmesser der Niereninsuffizienz nicht verwerten lässt; die Grenze, von der ab die Hyperindikanämie unbedingt für Niereninsuffizienz spricht, liegt etwa an dem Punkt, wo sich das Blutindikan mit der Obermeyer-Tschertkoffschen Methode wachrufen lässt, so dass diese Methode zum Nachweis des Blutindikans zwecks Feststellung der Niereninsuffizienz zu empfehlen ist.

Detroiter und Griffith (10) heben die Verlässigkeit der Kreatininprobe für die Prüfung der Nierenfunktion gegenüber allen Prüfungen mit körperfremden Stoffen hervor. Am 1. Tage wird der Kreatiningehalt in der 6stündigen Harnmenge bestimmt, am 2. Tage wird 1,5 Kreatinin innerlich oder 1,0 subkutan gegeben und der Kreatiningehalt alle 6 Stunden bestimmt. Bei Gesunden steigt die Kreatininausscheidung in den ersten 6 Stunden stark an und ist nach 24 Stunden beendigt, bei gestörter Funktion ist der Anstieg weniger hoch und rasch und die Ausscheidung dauert länger. Die Bestimmung geschieht auf kolorimetrischem Wege.

Günzburg (15) hebt den Wert der von Monakowschen Methode hervor und betont die Stickstoffretention als Folge von Erkrankung der Glomernli und die Kochsalzretention als Folge von Erkrankung der Tubuli contorti.

Treupel (33) kommt nach Beobachtungen an experimentell erzeugter Nephritis zu dem Schluss, dass der Nierenfunktionsprüfung mit körpereigenen Substanzen trotz grösserer technischer Schwierigkeiten gegenüber der Prüfung mit körperfremden Substanzen der Vorzug zu geben ist.

In der Aussprache nennt v. Norden als die wichtigsten Funktionsbestimmungsmethoden die Jodprobe, die Wasserprobe, die Kochsalzbelastung, die Harnstoffbelastung und die Reststickstoffbestimmung im Blut. Die Phloridzinprobe wird besonders bei einseitiger Erkrankung für den getrennten Nierenharn als wichtig hervorgehoben.

Nach den Untersuchungen von Jones (17) und von Robertson, Klauder und Longacker (26) zeigt die Ausscheidung von Phenolsulphophthalein am besten die Funktionsfähigkeit der Nieren an, da sowohl bei chronischer diffuser als bei interstitieller Nephritis die Farbstoffausscheidung wesentlich verlangsamt ist.

Dietsch (11) fand, dass das Phenolsulphophthalein von gesunden Nieren in der ersten Stunde nach intramuskulärer Einverleibung zu 43—70, in der zweiten zu 12—25% ausgeschieden wird und dass die erste Ausscheidung in der 5. bis 11. Minute beginnt. Bei erkrankten Nieren entspricht die Herabsetzung der Ausscheidung der Schwere der Erkrankung.

Brown und Cummins (7) fanden bei interstitieller Nephritis fast stets einen Parallelismus zwischen klinischem Befund und Farbstoffausscheidung nach Phenolsulphophthaleinausscheidung. Bei einer akuten Nephritis werden in 2 Stunden 56% des Farbstoffs ausgeschieden. Bei einer chronisch-parenchymatösen Nephritis hob sich nach der Dekapsulation in 2 Wochen die Farbstoffausscheidung, welche durchschnittlich bei parenchymatöser Nephritis 35—40% (gegen 51% bei Nierengesunden) beträgt, von 10 auf 32%.

Backer und Smith (2) fanden bei orthostatischer Albuminurie die Ausscheidung von Phenolsulfophthalein und Laktose im Stehen etwas geringer als im Liegen und erklären die Pyelographie als wertvolles diagnostisches Mittel, wobei sich bisweilen als Ursache der orthostatischen Albuminurie Kollaps und Abknickung der Ureteren erweisen.

v. Noorden (24) erklärt die Phloridzinprobe, wo es sich um einseitige Störungen handelt, für brauchbar, dagegen hält er die Proben mit Methylenblau und Fluoreszinnatrium für nicht brauchbar und hat auch die Phenolsulfophthaleinprobe als unzuverlässig wieder fallen lassen. Auch der verwickelten Ambardschen Formel wird eine praktische Brauchbarkeit abgesprochen. Ebenso wird die Milchzuckerprobe als nicht genügend verlässig bezeichnet. Dagegen wird auf die Probe mit nicht körperfremden Stoffen Gewicht gelegt, und zwar auf die Jodkaliprobe für prognostische Gesichtspunkte in zweifelhaften Fällen chronischer Albuminurien, auf die Wasserprobe (Verdünnungs- und Verdichtungsversuch), auf die Kochsalz- und die Harnstoffbelastung und die Bestimmung des Reststickstoffs im Blute. Die genannten 5 Proben zusammen ergeben fast alles, was für die Beurteilung der augenblicklichen Lage und für die einzuschlagende Behandlung wichtig ist.

Cumston (9) fand die Chromokystoskopie für sich allein unbrauchbar, jedoch erlaubt sie bei getrenntem Auffangen des Harns beider Nieren und in Verbindung mit der Prüfung der sekretorischen Funktion jeder Niere durch experimentelle Polyurie praktisch genügend zuverlässige Schlüsse auf die Funktion jeder Niere.

Schilling (29) führt die Blutung aus der Ureterschleimhaut bei der Ureterkatherisation, die in 90% bei gesunden Menschen gefunden wurde, darauf zurück, dass sich die Schleimhaut nach der Länge und Breite um den Katheter kontrahiert; die Zeit des Verbleibens des Katheters spielt eine grosse Rolle. Durch Ölung des Katheters lässt sich die Blutung nicht verhindern, wohl aber durch Atropin, das die Ureterkontraktionen lähmt.

In der Aussprache betont Ekehorn, dass er bei Nierentuberkulose eine stärkere Blutung bei Ureterkatheterisation auf der gesunden Seite beobachtet habe.

Bijnen (3) führt üble Zufälle nach Kollargolinjektion ins Harnbecken bei der Pyelographie auf fehlerhafte Technik zurück.

Fahr (13) hält nach genauer Beschreibung eines Falles von Zerstörung der Nierenbeckenschleimhaut und Nekrosenbildung im Nierenparenchym nach Pyelographie die Befürchtung einer toxischen Beeinträchtigung durch Resorption des Kollargols in das Nierenparenchym für nicht zu befürchten, dagegen kann die Kollargolfüllung des Nierenbeckens zu lokaler Schädigung des Harnparenchyms führen, wenn das Kollargol unter zu starkem Druck injiziert worden ist oder aus irgendwelchen Gründen (im Fahrschen, durch einen Stein im Hals des Nierenbeckens, in den Fällen von Rössle und Oehlecker durch einen Grawitztumor am unteren Nierenpol) längere Zeit im Nierenbecken zurückgehalten und infolgedessen in grösserer Menge in das Nierengewebe resorbiert wird.

Simmonds (30) beschreibt einen Todesfall nach Injektion von 15 ccm 5%iger Kollargollösung ins Nierenbecken, der unter ähnlichen Erscheinungen wie der von Rössle (Jahresber. Bd. 25, p. 306), — nämlich Hämaturie, hämorrhagisches Exanthem, Anurie — aufgetreten war, und bei dem sich bei der Sektion zahlreiche Hämorrhagien der Haut, des Epi- und Endokards, der Bauchserosa, der Pia und der Schleimhäute des Kehlkopfs, der Trachea, der Blase und im Nierenbecken fanden. Simmonds deutet diesen Fall aber nicht wie Rössle als akute Silbervergiftung, sondern als äusserst rasch verlaufene Streptokokkensepsis, da aus dem Blute hämolytische Streptokokken in grosser Anzahl gezüchtet werden konnten. Als Eingangspforten werden Verletzungen von den Nierenkelchen und ihrer Umgebung beschuldigt. In einem zweiten Falle war gleichfalls an Streptokokkeninfektion der Tod eingetreten, obwohl 36 Stunden nach der Pyelographie die Niere exstirpiert worden war; auch hier fanden sich kleine Rupturen und Hämorrhagien des Nierenbeckens und schwere Schädigung des Parenchyms. Es wird demnach nicht die Kollargolvergiftung, sondern die septische Infektion durch Verschleppung von Streptokokken als grösste Gefahr der Pyelographie angesehen, und es sind daher bei der Infusion alle Läsionen des Nierenbeckens sorgfältig zu vermeiden und vor derselben ist die Abwesenheit infektiöser Keime in der Blase festzustellen.

Young (36) empfiehlt zur Pyelographie unter Hinweis auf die starke Resorbierbarkeit und Giftigkeit der 10%igen Kollargollösung die Verwendung einer 5%igen Silberjodidsuspension in Quittenkern-Mazeration mit Borsäurezusatz, die bessere Schatten gibt als Kollargollösung. Nach der Röntgenaufnahme wird die Injektionsflüssigkeit abgelassen und mit Borlösung oder physiologischer Kochsalzlösung nachgespült.

3. Operationen und Indikationen.

1. *Chiari, Nierenentkapselung bei Urämie. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. v. 12. Nov. 1915. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 179.
2. *Crouse, The triangle of Petit in kidney surgery. Annals of Surg. 1915. Okt. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 342.
3. *Grechen, Klinische Beiträge zur Kenntnis der Anurie. Schweiz. Korrespondenzbl. 1915. Nr. 48.
4. *Heidenhain, L., Versorgung der Gefässe bei Nephrektomie. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 29.
5. *Kümmell, Die chirurgische Behandlung schwerer Formen der Kriegs-Nephritis. Med. Klin. Bd. 12. p. 917.
6. *Lower, W. E., Eine neue Klemme zum Gebrauch bei der Nephrektomie. Cleveland Med. Journ. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 839.
7. Mezö, B., Die chirurgische Behandlung der Nierenentzündungen. Orvosi Hetilap. Nr. 15.
8. *Oser, Zwei Fälle von Nierenoperation. 8. Demonstrationsabend im k. k. Garnisonsspital Nr. 2 in Wien vom 11. Nov. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 1665.

9. *Pommer, G., Bemerkungen zu dem Vortrag Dr. O. Chiaris über Nierenentkapselung bei Urämie vom Standpunkte der hydraulischen Theorie Moritz Körners. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. v. 26. Nov. 1915. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 208.
10. *Volhard, F., Merkblatt über die Behandlung der akuten diffusen Nierenentzündungen. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1346.
11. *Wilk, S., Chirurgische Behandlung der Nierenentzündung. Münch. med. Wochenschrift. Bd. 63. p. 76.

Crouse (2) empfiehlt zu Operationen an der Niere den Weg durch das Petitsche Dreieck. Er führt den Schnitt 3 cm unter der 12. Rippe nach abwärts etwas hinter der vorderen Rand des Latissimus dorsi und biegt dann 3 cm oberhalb des Darmbeinkammes nach vorne um, um noch $2^1/_2$ cm schräg nach abwärts zu verlaufen. Nach Freilegung des Spaltes zwischen Obliquus externus und Latissimus dorsi wird dieser stumpf mit den Fingern auseinandergerissen, die zutage liegende Fascia lumbalis wird mit dem Messer gespalten und der Spalt durch einen Rippenspreizer erweitert. Auf diese Weise wird das Nierenfett blossgelegt.

Oser (8) empfiehlt bei der Nephrotomie die Eröffnung der Niere statt mit dem Messer mit einem gezackten Draht, wodurch die Blutung aus dem stumpf durchtrennten Gewebe eine minimale wird; die Abklemmung der Gefässe kommt in Wegfall, ebenso die Drainage des Nierenbeckens. Zwei Fälle von Nierenoperationen an Steinnieren werden mitgeteilt, eine Nephrotomie (wegen Albuminurie auch auf der anderen Seite) und eine Nephrektomie, bei der in der Niere 100 kleinere und grössere Steine vorhanden waren. Zur Versorgung des Ureterstumpfs schlägt er eine breite blindsackförmige Einstülpung des abgequetschten distalen Endes vor, welche die starke Einrollung der Uretermuskulatur und sekundäre bindegewebige Umwandlung derselben durch Quetschung zur Folge hat. Die Einstülpung wird durch eine einzige Inversionsnaht in situ erhalten.

Heidenhain (4) unterband in einem Falle von schwieriger Nephrektomie bei Steinniere, in welchem die Niere in der Ausdehnung von $2^1/_2$—3 cm fest mit der Hohlvene verlötet war, die Nierengefässe in der Weise, dass er nach Unterbindung des am unteren Nierenpol entspringenden Ureters die Nierenkapsel am unteren Rande des Stiels 1 cm von diesem entfernt spaltete und in der Richtung nach den Gefässen abschob. Es ergab sich intrakapsulär ein breiter derber Bindegewebszug, von der Cava zur Niere ziehend, der die Gefässe enthielt; dieser Bindegewebszug wurde, von unten beginnend, schrittweise zwischen je 2 spitze Hakenklemmen gefasst und jedes Bündel nach Abklemmung durchschnitten. Um alle Gefässe zu fassen, wurden immer nur wenige Millimeter zwischen Klemmen gefasst und um keine Lücke zu lassen, das gesamte Bindegewebe abgebunden. Dabei löste sich das Nierenbecken beim schrittweisen Abklemmen von dem gefässführenden Bindegewebe ab und kam gar nicht zu Gesicht. Hierzu ist die Anlage eines grossen Bauchwandschnittes notwendig. Die Kranke genas.

Lower (6) gibt eine der Wertheimschen Klemme ähnliche Klemme mit breiten und doppelten Armen zum Abklemmen des Nierenstieles an, um das Abrutschen der Stumpfligatur zu verhindern.

Chiari (1) sah nach Dekapsulation bei Urämie wegen chronischer Nephritis sehr rasche Besserung der Symptome eintreten. Die Niere (es wurde nur die rechte enthülst, die stärker druckempfindlich war) fand sich vergrössert, dunkelrot und von vermehrter Konsistenz und die Kapsel war schwer abziehbar. Chiari sieht die günstige Wirkung nur in der Behebung der augenblicklichen urämischen Erscheinungen und nicht in einer Beeinflussung des Verlaufs der chronischen Nephritis und warnt vor kritikloser Ausführung der Operation wegen der dabei entstehenden Schädigung der Nierenrinde.

Grechen (3) beobachtete in einem Falle von Anurie durch Sublimatvergiftung nach Dekapsulation und Spaltung der Niere bis auf das Nierenbecken Wiedereintreten der völlig aufgehobenen Harnsekretion.

Kümmell (5) empfiehlt bei schweren Formen akuter Nephritis, besonders bei Anurie, die chirurgische Behandlung, so besonders bei der Scharlachnephritis, bei der toxischen Nephritis und bei der meist einseitigen akuten infektiösen Nephritis oder Nephritis apostematosa. Unter den chronischen Nephritiden ist bei Nephritis dolorosa und bei hämorrhagischer Nephritis die Dekapsulation zu empfehlen, ebenso bei parenchymatöser Nephritis (Morbus Brighti), wenn eine längere Zeit fortgesetzte innere Behandlung nicht zum Ziele führt. Ebenso wurde unter 7 mittelst Dekapsulation operierten Fällen von sogenannter Kriegsnephritis in 6 Fällen ein günstiger Erfolg erzielt. Die Wirkung der Dekapsulation wird durch Entspannung des mehr oder weniger beengten Gefässsystems und durch Schaffung einer besseren Blutzufuhr erklärt.

Pommer (9) führt den Erfolg der Nierenentkapselung weniger auf die etwaige Begünstigung des Abflusses des Nierenvenenblutes infolge der Operation zurück, sondern mehr auf die Eröffnung neuer Abflusswege der Gewebsflüssigkeit und auf die Verminderung des Gewebedruckes, wodurch die zur Wiederherstellung führende Durchblutung des Organs ermöglicht wird.

In der Aussprache will Steyrer die Dekapsulation nur ausnahmsweise und zwar in Fällen schmerzhafter Nephritis mit vermutlich gleichzeitiger schwerer Zirkulationsstörung in der Niere und bei Urämie, wenn die bisherige Behandlung vollständig versagt hat, zulassen. Mathes betont, dass bei Eklampsie die Ansichten über den Nutzen der Operation sehr geteilt sind.

Volhard (10) fordert bei urämischen Erscheinungen bei akuter diffuser Nephritis die Dekapsulation spätestens am 3. Tage der Anurie und bezeichnet die Erfolge als überraschend nicht bloss in bezug auf die Wiederkehr der Diurese, sondern auch in bezug auf die Heilung der Nephritis.

Wilk (11) konnte in 4 Fällen von schwerer Erkältungs-Nephritis, in welchen die innere Behandlung erfolglos geblieben war, durch einseitige Entkapselung der Niere die Symptome — Albuminurie, Hydrops usw. — beseitigen. In allen Fällen erwies sich die Niere als stark geschwollen und zyanotisch, die Kapsel als vielfach adhärent und stark vaskularisiert und blutend. Die Besserung wird auf die Beseitigung des starken einklemmenden Druckes der Kapsel auf die Niere zurückgeführt.

4. Missbildungen.

1. *Kretschmer, H. L., Ein Fall von überzähliger Niere. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 17. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 637.
2. Moll, J. M., Hufeisenniere mit verzweigten ektopischen Nierenbecken. Tijdschr. v. Geneesk. 8. Jan.
3. *Reusch, W., Kongenitaler Nierendefekt bei Missbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane; ein Beitrag zur Genese des Müllerschen Ganges. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 971.

Reusch (3) stellt im Anschluss an 2 selbst beobachtete Fälle von einseitigem Nierenmangel bei Uterus bicornis septus 94 Fälle von Nierenmangel mit Missbildungen der inneren Genitalorgane aus der Literatur zusammen. Er schätzt die Häufigkeit des einseitigen Nierenmangels bei Frauen auf 1 : 3000 und fand den Nierenmangel am häufigsten (30 mal unter 94 Fällen) bei Uterus unicornis (1. Embryonalmonat), demnächst (25 Fälle) bei Uterus bicornis (3. Embryonalmonat) und 14 mal bei Uterus bicornis mit rudimentärer Ausbildung eines Hornes (2. Embryonalmonat). Nach den entwicklungsgeschichtlichen Tatsachen nimmt Reusch an, dass bei allen Genitalmissbildungen die Entwicklungsstörungen in eine spätere Zeit fallen als die Entstehung der Kupfferschen Nierenknospe und er schliesst demnach, dass der Müllersche Gang nicht unabhängig von dem

Wolffschen Gang sich entwickelt, sondern im Anschluss an ihn. Auf diese Weise erklärt sich aus dem Ausbleiben der Entwicklung des Wolffschen Ganges auf der Defektseite sowohl das Fehlen der Niere als auch das Fehlen des einen Müllerschen Ganges. Das Fehlen der Niere bei Uterus bicornis, also bei der in spätere Entwicklungszeit fallenden Vereinigung der Müllerschen Gänge wird daraus erklärt, dass die Müllerschen Gänge durch den Wegfall des Drucks von aussen infolge des Fehlens des Ureters an der vollkommenen Verschmelzung verhindert werden. Zum Schluss werden die 94 aus der Literatur gesammelten Fälle von einseitigem Nierenmangel tabellarisch zusammengestellt.

Motzfeld (c. 14) fand unter 4500 Sektionen 11 Fälle von Hypoplasie, 10 Fälle von Aplasie und 5 Fälle von Dystopie einer Niere, ferner 9 Fälle von Hufeisenniere.

Kretschmer (1) fand bei Exstirpation einer linksseitigen Steinniere bei einer 27jährigen Frau in der Tiefe der Wundhöhle eine akzessorische Niere mit eigenem Nierenbecken und eigenen Blutgefässen, deren Ureter sich mit dem der grösseren Niere kurz vor dessen Einmündung in die Blase vereinigte. Die akzessorische Niere enthielt ebenfalls Steine und wurde mitentfernt.

5. Sekretionsstörungen; Blutungen.

1. Becker, Scheinbare Hämaturie nach Reizkerngenuss. Zeitschr. f. physik.-diätet. Therapie. Bd. 20. Heft 11. (Rotfärbung des Harns.)
2. Berg, G., Zur Hämaturie nach Kriegsverletzung. Med. Klin. Bd. 12. p. 451. (8 Wochen nach Schuss in den Thorax — 9. Rippe — Hämaturie; Freilegung der linken Niere, die an der Oberfläche sich deutlich entzündet erwies und auf die Darmbeinschaufel verlagert war. Dekapsulation, Heilung. Bei der Kystoskopie war der linke Ureter leergehend gefunden worden; es wird sekundäre Verlagerung durch Kompression der Rippen, und dadurch Stauung, Entzündung und Blutung angenommen.)
3. Friesike, Fall von hämorrhagischer Nephritis. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. v. 20. Juli. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1330.
4. Gast, Nierenblutung durch Nierenerschütterung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1166. (Beobachtete an sich selbst nach durch anstrengendes ungewohntes Reiten hervorgerufene Körpererschütterung Hämaturie.)
5. *Grünbaum, E., Ein Fall von Nierenerschütterung. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1142.
6. *Latzko, W., Nierendekapsulation bei hämorrhagischer Nephritis. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 20. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 595.
7. *Lifschitz, L., Die Nierenblutung durch Überanstrengung. Schweiz. Korresp.-Bl. 1915. Nr. 47.
8. Pfann, Fall von unilateraler Nierenblutung. 1. Feldärztl. Sitzg. i. Feldspital 4 13 am 8. April. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 805. (Steckschuss, Kommunikation des Schusskanals mit der Niere, Freilegung der Fettkapsel und der Niere, Heilung.)
9. Röhrig, Über Hämaturien. Militärärztl. Vers. d. Beobachtungslazarette, der inneren Lazarette u. d. fachwissenschaftl. Beiräte f. inn. Medizin vom 18. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 991. (Bespricht besonders die Frage der essentiellen Hämaturien und die Prognose und Behandlung der Nierentuberkulose.)
10. *Sanes, K. J. und M. Kahn, On nonparasitic chyluria. Arch. of intern. Med. Febr. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 521.
11. Schützinger, Ein schwerer Fall von Kreuzotternbiss. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1325. (Hämaturie.)
12. *Wagner, G. A., Akute hämorrhagische Nephritis bei einer gynäkologischen Erkrankung. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 16. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 490.
13. *Wildbolz, Über Nierenblutungen durch Überanstrengung. Schweiz. Korresp.-Bl. 1915. Nr. 50.

Sanes und Kahn (10) beschreiben einen Fall von nichtparasitärer Chylurie, die 3 Wochen nach einer Entbindung bei einer 42jährigen Frau aufgetreten war. Auch die Probelaparotomie ergab keine Veränderung der Niere.

Es wird eine funktionelle Störung der Niere mit direktem Übertritt von Lymphe mit dem Blut durch das Nierenepithel in den Harn angenommen.

Latzko (6) konnte einen Fall von hämorrhagischer Nephritis durch doppelseitige Dekapsulation mit Resektion der Kapsel zur vollständigen Ausheilung bringen. Die Wirkung der Dekapsulation ist namentlich bei Eklampsie und bei Anurie in die Augen springend. Worauf die Wirkung beruht, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden, denn die Anschauungen von der Arterialisierung der Rinde, sowie von der Aufhebung des intrarenalen Druckes hielten der Prüfung nicht stand. Vielleicht ist es das operative Trauma an sich, das die Wirkung erzielt, wie ja auch die einfache Kystoskopie und der Katheterismus der Ureteren Polyurie hervorruft; es könnte daher bei eklamptischer Anurie auch der Ureterenkatheterismus versucht werden.

Wagner (12) beschreibt eine schwere doppelseitige Hämaturie und daran sich anschliessende Albuminurie, hervorgerufen durch einen eitrigen Genitaltumor hinter dem Uterus (wahrscheinlich Ovarialabszess), nach dessen Eröffnung die Albuminurie verschwand. Der entleerte Eiter enthielt Streptokokken. Der Abszess war nach Laminaria-Dilatation der Cervix und schwieriger unter geringer Verletzung vorgenommener Entfernung des Stiftes aus der rigiden Cervix entstanden. In der Besprechung erwähnt Thaler einen Fall von Nephritis nach bei Carcinoma uteri colli entstandenem retrouterinen Abszess mit Streptokokken.

Lifschitz (7) führt Nierenblutungen nach Überanstrengung unter Mitteilung von 2 Fällen auf die sich nach grossen Anstrengungen anhäufenden Ermüdungsprodukte zurück. 11 in der Literatur niedergelegte Fälle (grösstenteils nach Reiten) werden besprochen.

Grünbaum (5) beschreibt einen Fall von reiner parenchymatöser Nephritis mit dem Harnbefund einer akuten hämorrhagischen Nephritis nach den ersten 2 Reitstunden, durch Erschütterung der Nieren hervorgerufen.

Wildbolz (13) beschreibt einen Fall von Nierenblutung, in welchem nach Jahren ein grosser Nierenstein nachgewiesen wurde, und einen zweiten, in dem sich bei genauer Untersuchung der Niere ein Tuberkuloseherd in einer Papille fand; es wird daher davor gewarnt, bei Blutungen nach Überanstrengung allzu rasch eine Blutung aus gesunder Niere anzunehmen.

6. Verlagerung der Niere.

1. Heimann, Kongenitale Nierendystopie. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. v. 26. Okt. 1915. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 119 (s. Jahresber. Bd. 29. p. 176).
2. Leitner, Ph., Situs viscerum inversus und linksseitige Wanderniere. Orvosi Hetilap. Nr. 34.
3. *Oldevig, J., Die Wanderniere, Ren mobilis, und ihre Behandlung mit Heilgymnastik. Therap. Monatsh. Nr. 7/8.
4. *Robbins, J., Enteroptose. Med. Record. New York. Bd. 89. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 853.
5. Stiller, Die Grundzüge der Asthenie. Stuttgart, F. Enke. (Kurzer Abriss der bekannten Anschauungen des Verfassers über Enteroptose, Nephroptose usw. als Folgeerscheinungen der allgemeinen Asthenie. Die operative Behandlung der Wanderniere wird verworfen.)

Robbins (4) erklärt, abgesehen von angeborenen Fehlern, den Tonusverlust der vorderen Bauchwand als Ursache der Enteroptose, wobei Traumen, Schwangerschaft und unzweckmässige Behandlung eine auslösende Rolle spielen. Bei der Nephroptose wird die Nephropexie empfohlen.

Oldevig (3) schlägt zur Beseitigung der reponiblen Nephroptose Heilgymnastik, besonders Bauchgymnastik („liegendes Beckenaufrichten") vor.

7. Hydronephrosen; Zystennieren.

1. *Karo, W., Zur Diagnose der Zystenniere. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1320.
2. *König, Hydronephrose bei Solitärniere. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. v. 29. Juli. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1459.
3. Steinheuer, Hydronephrose. Kriegsärztl. Abend Koblenz. Sitzg. v. 16. Febr. Med. Klin. Bd. 12. p. 400. (Exstirpation, Demonstration.)
4. *Steinvorth, A., Über Zystennieren und Zystenlebern. Inaug.-Diss. Hannover.
5. Sucher, Wolf W., Ein Fall von multizystischer Entartung bei der Niere und Leber. Inaug.-Diss. Zürich. (Als doppelseitiger zystischer Ovarialtumor diagnostiziert.)
6. Thelen, Hydronephrose. Kriegsärztl. Abend Koblenz. Sitzg. v. 16. Febr. Med. Klin. Bd. 12. p. 400. (Exstirpation, Demonstration.)
7. Weinert, Angeborene Zystennieren. Kriegsärztl. Abend d. Festung Metz. Sitzg. v. 13. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 527. (2 Fälle, einmal zufälliger Sektionsbefund und einmal bedeutende Vergrösserung besonders der linken Niere auf 30 × 21 × 15 cm mit Vereiterung der Zysten oder Blutergüssen in denselben; der Gegensatz der pathologischen Veränderungen zu den klinischen Symptomen wird hervorgehoben.)
8. *Westenberger, Über Zystennieren Erwachsener. Festschr. z. Feier d. 10jährigen Bestehens d. Akad. f. prakt. Med. in Köln. Bonn. A. Marcus u. E. Webers. 1915.
9. *Wrede, Perirenale Zyste. Med.-naturwiss. Ges. Jena. Sitzg. v. 18. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 818.
10. Wulff, O., Über solitäre von Hämaturie begleitete Blutzysten in den Nieren. Arch. f. klin. Chir. Bd. 106. Heft 4 (s. Jahresber. Bd. 29. p. 174).

König (2) beschreibt eine grosse infizierte linksseitige Hydronephrose in einer Solitärniere, bei welcher der Sack auf lumbalem Wege durch Inzision entleert wurde. Der rechte Ureter war von der Blase aus eine Strecke weit durchgängig, dann aber verschlossen. Durch einen Schrägkanal ähnlich der Witzelschen Schrägfistel wurde von der Lumbalwunde eine Art Verschliessung hergestellt und eine federnde Pelotte zum Auffangen des Harns angelegt.

Adrian (g. 9, 1) beschreibt eine Hydronephrose durch angeborene Sförmige Knickung und seitlichen Ursprung des Ureters. Exstirpation der Niere und des oberen Harnleiterabschnitts. Heilung.

Thelen (g. 10, 9) beschreibt 2 Fälle chirurgischer Nierenerkrankung durch Harnstauung und Infektion.

Grechen (g. 3, 3) beschreibt 9 Fälle von Anurie bei Zystenniere, schwerer einseitiger Nierentuberkulose, Nephritis, Sublimatvergiftung und Nierensteinen.

Westenberger (8) führt die kongenitale Zystenniere auf eine Kombination von Gewebsmissbildung mit grober Missbildung infolge irgend einer Entwicklungshemmung zurück, verbunden mit Absprengung ortsfremder Gewebe; als Beweis hierfür wird das häufige Vorkommen von Knorpelinseln und das bisweilen beobachtete Vorhandensein von Hornperlen im Bindegewebe angeführt. Die Zystennieren Erwachsener beruhen nur zum Teil auf kongenitaler Grundlage, zum Teil aber sind sie erworben und durch chronisch entzündliche durch eine beide Nieren betreffende schädigende Ursache bewirkte Vorgänge hervorgerufen.

Steinvorth (4) kommt auf Grund eines Falles von Zystennieren mit den Charakteren einer bösartigen Geschwulst und von 4 Fällen von Zystenniere und echter Zystenleber zu dem Schluss, dass die Mehrzahl der Zystennieren von echter Geschwulstbildung noch weit entfernt ist. Unter Hinweis auf das gleichzeitige Vorhandensein von Zystenleber wird für beide Erscheinungen eine gemeinsame Ursache vermutet, die aber noch unbekannt ist.

Karo (1) beschreibt einen Fall von doppelseitiger Vergrösserung der Niere mit beiderseitiger Pyurie, linkseitigen Kolikanfällen und starker Herabsetzung der Funktion der linken Niere, in welchem linkerseits Steinbildung mit Pyo-

nephrose, rechterseits vikariierende Hypertrophie angenommen wurde. Die Exstirpation der linken Niere ergab aber angeborene Zystenniere und zwar grösstenteils Entwicklung der Zysten in der Marksubstanz und schwere interstitielle Entzündung mit Zerstörung des Parenchyms. Trotz Erkrankung der rechten Niere stellte sich nach vorübergehender fast kompletter Anurie die Sekretion wieder her und der Harn klärte sich, aber es erfolgte Exitus an hypostatischer Pneumonie.

Wrede (9) beschreibt bei einem 11 jährigen Mädchen eine straussenei-grosse, die linke Niere kappenartig umgreifende Zyste, die mit dem infolge Ureterstenose auf Gänseeigrösse erweiterten Nierenbecken in Verbindung stand. Der Inhalt bestand aus klarer farbloser Flüssigkeit. Die Geschwulst war seit zwei Jahren bemerkt worden. Operation, Heilung.

8. Eiterinfektionen der Niere.

1. *Aynesworth, K. H., Akute Pyelitis, ihre Diagnose und Behandlung. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 21. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 373.
2. *Buschmann, T. W., Einseitige Verschlechterung der Niere bei Schwangerschaftstoxämie. Amer. Journ. of Obstetr. and Dis. of Wom. and Children. Bd. 72. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 722.
3. *Danforth, W. C., Schwangerschaftspyelitis mit besonderer Beziehung auf ihre Ätiologie. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 22. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 913.
4. *Dick, G. F. und G. R. Dick, Die Bakteriologie des Urins bei nichteitriger Nephritis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 637.
5. *Doctor, K., Nachweis von Typhusbazillen aus dem Harn. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 1045.
6. *Fischl, R., Über das Wesen und die Behandlung der Cystitis und Cystopyelitis im Kindesalter. Mitteil. a. d. Geb. d. Kinderheilk. f. d. Praxis. Leipzig.
7. *Grulee, C. G. und F. W. Gaarde, Eine Schädigung des Harnapparates bei Kindern als Folge bestimmt lokalisierter Infektionen. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 4.
8. *Gustafsson, Über den Infektionsweg bei Pyelitis gravidarum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 497.
9. *Harrigan, A. H., Nephrectomy during pregnancy. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 20. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 486.
10. *Hekman, J., Behandlung mit Autovakzine. Tijdschr. v. Geneesk. 10. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1014.
11. *Huet, G. J., Über den Weg der Infektion bei Pyelocystitis der Säuglinge. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 82. Heft 6.
12. *— Therapie der Pyelocystitis bei Kindern. Tijdschr. v. Geneesk. 12. Febr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 491.
13. *Hykys, J., Über Paranephritis. Cacop. lék. cesk. Nr. 28. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 840.
14. Jaksić, Paranephritische Abszesse nach Angina. Agramer Ärztesitzg. v. 6. Mai. Wien. med. Wochenschr. Bd. 66. p. 1580.
15. K., Amphotropin. Med. Klin. Bd. 12. p. 599. (Fall von Koliinfektion — durch Amphotropin rasch geheilt; Auftreten saurer Harnreaktion und rasches Schwinden der Bazillen.)
16. *Karo, Klinische Beiträge zur Diagnose der chronischen Niereneiterungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 11.
17. Koogman, A. und J. van Roogen, Ein Fall von Kolisepsis. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1915. Jan. p. 1116. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 75. (Fall von Obliteration des Ureters ohne subjektive Erscheinungen intra vitam; der Harn war zeitweilig eiweiss- und leukozytenhaltig und enthielt wenige Erythrozyten.)
18. *Kowalski, B., Über Eiternieren. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 431.
19. *Kowitz, H. L., Über bakterielle Erkrankungen der Harnorgane im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 82. Heft 4.
20. *Kretschmer, H. L. und F. W. Gaarde, Die Behandlung der Pyelitis chronica. verursacht durch den Kolonbazillus, durch Spülungen des Nierenbeckens. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 26.

21. *Krieg, A., Über den Abszess der Nierenrinde und seine Beziehung zur paranephritischen Eiterung. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 1.
22. *Mehliss, Über perinephritische Eiterungen. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 4. Mai. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1267.
23. *Melchior, E., Zur Kenntnis der typhösen Pyonephrosen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 129.
24. *v. Mettenheimer, Infektiöse Erkrankungen der Harnwege im Kindesalter. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. v. 7. Febr. Med. Klin. Bd. 12. p. 375.
25. *Norgaard, A., Über eine quantitative Methode zur Bestimmung von Eiter im Urin pyelitiskranker Kinder mittelst Wasserstoffsuperoxyds. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 3/4.
26. Pedersen, V. C., Pus in the urine. New York Med. Journ. Bd. 99. Besprechung der Diagnose des Sitzes der Eiterung.)
27. Petrucci, G., Beitrag zum Studium der einseitigen hämatogenen eitrigen Nephritis. Fol. urol. Bd. 9. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 878. (Ein selbst beobachteter Fall hämatogenen Ursprungs und Zusammenstellung der veröffentlichten Fälle.)
28. *Praetorius, G., Über den späteren Verlauf der chronischen Kinderpyelonephritis nebst Bemerkungen über die Therapie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 409.
29. *Richter, P. F., Stoffwechsel- und Nierenerkrankung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1915. Nr. 20.
30. *Riedel, Retro- und prärenale Abszesse; Nephritis purulenta. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. 29. p. 321.
31. *Schlagenhaufer, Staphylomykosen der Niere. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 19. Heft 1/2.
32. *Schönfeld, Pyonephrotische Wanderniere im Röntgenbild. Fortschr. d. Röntgenstrahlen. Bd. 23. Heft 6.
33. *Seliger, P., Über die Pathogenität des Kolibazillus. Frauenarzt. Bd. 31. Nr. 5.
34. Ullmann, B., Über die in diesem Kriege beobachtete neue Form akuter Nephritis. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 23. p. 1046. (Erwähnt ausser der akuten hämorrhagischen Nephritis auch pyelitis- und cystitisähnliche Erkrankungsformen.)
35. *Ward, G. G., Über postoperative Niereninfektion. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 21. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 372.
36. *Weishaupt, Gonorrhoische Pyonephrose. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. 11. Dez. 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 509.
37. *Weiss, A., Über intravenöse Vakzinebehandlung gonorrhoischer Komplikationen. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 19. p. 619.

Norgaard (25) benützt zur quantitativen Eiterbestimmung im Harn die Luftentwicklung aus Wasserstoffsuperoxyd durch die Katalase enthaltenden Leukozyten; faule Urine müssen vorher durch Borsäure desinfiziert werden. Die Methode ergab Übereinstimmung mit Zählung der Eiterkörperchen und Messung am Pyometer.

Infektionserreger und Infektionswege.

Schlagenhaufer (31) beschreibt eigenartige durch Staphylokokken bedingte Prozesse der Niere mit Bildung von Abszessen und hellgelber an Aktinomykose erinnernder Färbung des Granulationsgewebes und der Abszesswandungen. Diese Färbung ist durch Einlagerung von doppeltlichtbrechenden Substanzen (Cholesterin) in die Zellen des Granulationsgewebes bedingt, die dadurch wie Xanthomzellen erscheinen. Ob es sich hierbei um eine besondere Art von Staphylokokken oder eine Cholesterinämie handelt, blieb unentschieden.

Seliger (33) erklärt der Anschauung Baumgartens entgegen die Kolibazillen für pathogen. Er hält die Koliinfektion der Harnwege zuweilen für aszendierend, aber auch sehr häufig für deszendierend durch Einwanderung aus dem entzündeten Darm auf dem Blut- und Lymphwege, besonders rechterseits, wo besondere Lymphgefässverbindung zwischen Kolon und Nierenbecken bestehen. Im Harn kann der Kolibazillus neue Eigenschaften erlangen und

pathogen werden. Es wird, bis die Resultate der Vakzinetherapie geklärt sind, die Anwendung intravenöser Elektrokollargolinjektionen empfohlen.

Richter (29) erwähnt als Ursache der Pyelitis Gonorrhoe und Darmerkrankungen. Die Behandlung soll nur dann eine aktive sein, wenn andere Mittel versagen.

Doctor (5) schreibt zum Nachweis der Typhusbazillen im Harn vor, 30 ccm des steril aufgefangenen Harns mit 2 Tropfen Typhusserum (Jodtinktur 1 : 1200) zu versetzen und nach halbstündigem Aussetzen einer Temperatur von 37° durch Zentrifuge (mindestens 2000 Umdrehungen in der Minute) zu sedimentieren; an dem abgegossenen Harn wird eine Eiweissprobe und die Ehrlichsche Diazoreaktion ausgeführt. Vom Sediment wird ein Tropfen mikroskopisch untersucht und 2—3 Ösen desselben werden auf Drigalski-Platte ausgestrichen und die nach 16—24 Stunden aufgegangenen Kolonien werden nach den bekannten Methoden untersucht. In positiven Fällen zeigt das mikroskopische Bild kleine Häufchen von agglutinierten Typhusbazillen.

G. F. Dick und G. R. Dick (4) fanden bei nichteitriger Nephritis mehrere einander sehr ähnliche Streptokokkenarten und kleine gramnegative anaërobe Bazillen im Harn und empfehlen hierbei die Behandlung mit Hexamethylentetramin.

Grulee und Gaarde (7) beschreiben 6 Fälle von infektiöser Nephritis bei Kindern mit Entzündungen des Nasenrachenraumes oder der Gaumentonsillen. In 2 Fällen wurden Staphylococcus albus, in 1 hämolytische Streptokokken und 1 beide kombiniert gefunden — dieselben Erreger wie in den Mandelabstrichen. Die Behandlung bestand in Harnantisepticis, jedoch wird deren Wirkung nicht sehr hoch angeschlagen.

Harrigan (9) beschreibt eine Nephrektomie wegen eitriger Niereninfarkte im Anschluss an einen Alveolarabszess bei einer im 5. Monate Schwangeren. Heilung ohne Störung des Schwangerschaftsverlaufs. 36 Fälle von Nephrektomie während der Schwangerschaft wurden gesammelt mit 24 Heilungen.

Ward (35) erklärt postoperative Niereninfektionen für häufig; die Infektion geschieht meist auf dem Blutwege und der häufigste Erreger ist der Kolibazillus. Es werden 3 Formen unterschieden, eine milde, die auf reichliche Trinkdiurese und Harnantiseptika ausheilt, eine mittelschwere mit Bildung von septischen Infarkten und kleinen Abszessen und eine schwere mit ausgesprochener Toxämie und Tod. Bei der zweiten Form wird Dekapsulation und Nephrotomie, bei der dritten die Nephrektomie empfohlen. Als frühzeitiges Symptom wird häufiger Harndrang angeführt.

Karo (16) hebt die Wichtigkeit der genauen Diagnosenstellung bei chronischen Niereneiterungen hervor und führt drei Fälle von Fehldiagnosen an: einen Fall von Koliinfektion von Blase und Niere, der jahrelang eine Gonorrhoe vortäuschte, einen Fall von Gonorrhoe, der eine Nierentuberkulose übersehen liess und einen Fall von schwerer Blasen- und Beckenverletzung, in dem die fortdauernde Pyurie nach Freilegung der Niere eine Nierentuberkulose ergab.

Kowalski (18) nimmt als grundlegende Bedingung für das Zustandekommen einer Eiterinfektion der Harnwege die Harnstauung im Ureter an, als deren Ursache er nicht die Kompression des rechten Useters durch den schwangeren Uterus und auch nicht durch den tiefertretenden vorliegenden Kindsteil, sondern die Emporziehung des normalerweise stärker gekrümmten rechten Ureters und des Trigonums durch den wachsenden Uterus (im Sinne von Schickele) annimmt. Die Infektion kann auf aszendierendem und deszendierendem Wege erfolgen, im ersten Fall durch Bakterienembolien in der Nierenrinde und im interstitiellen Gewebe, Nekrosen und Abszesse, im zweiten Falle durch Pyelitis. Von grösstem Einfluss ist die Virulenz der Eitererreger. Die Staphylokokken verursachen diffuse parenchymatöse Entzündungen und eitrige

Einschmelzungen des Nierengewebes und bringen den Harnstoff zur ammoniakalischen Zersetzung, die Streptokokken führen zu interstitiellen, in Schrumpfung ausgehenden Erkrankungen, die Gonokokken zu metastatischen Rindenabszessen. Am mildesten sind die Koliinfektionen, jedoch kann die Virulenz der Kolibazillen wechseln. Zur Diagnose führt vor allem die Pyurie, ferner die Anamnese betreffs der subjektiven Beschwerden und die Palpation, endlich Kystoskopie und Ureterkatheterismus. Zur Therapie wird in erster Reihe die medikamentöse Behandlung mittelst Trinkdiurese und Harndesinfizientien (Salol, Urotropin, Hexal und Neohexal) empfohlen, bei diffusen eitrigen Prozessen, Abszessen und Pyonephrose dagegen die Operation, und zwar die Nierenresektion oder die Nephrektomie. Ein Fall von in der vorausgegangenen Schwangerschaft eingetretener und nach der Geburt exazerbierter Nierenvereiterung wird mitgeteilt, in welchem eine in den rechten Ureter perforierte Parametritis vermutet worden war, die Laparotomie aber eine kleinkindskopfgrosse vereiterte Niere mit daumendick erweitertem Ureter ergab, wird mitgeteilt. Die Nephrektomie führte zur Heilung; der erweiterte Ureter wurde zurückgelassen.

Kowitz (19) führt die Koliinfektion der Harnorgane im Kindesalter auf Ernährungsstörungen zurück und schlägt anstatt der Bezeichnung Cystitis und Pyelitis den Namen „herdförmige bakterielle Nephritis oder Kolinephritis der kleinen Kinder“ vor.

Aynesworth (1) beschuldigt als häufigsten Erreger der Pyelitis die Kolibazillen und nimmt als häufigsten Infektionsweg den direkten Lymphweg vom Kolon nach der Niere an; seltener ist hämatogene und aszendierende Infektion. Die Symptome sind die einer akuten Infektion mit Blasenstörungen. Zur Diagnose sind mikroskopische Harnuntersuchung und Kystoskopie erforderlich. Die Behandlung besteht in Trinkdiurese, Harnantisepticis und Beförderung saurer Reaktion des Harns, Bettruhe und flüssiger Diät, ausserdem, wenn nötig, Ureterenkatheterismus und lokale Applikationen auf die Nierenbeckenschleimhaut.

Huet (11) beschreibt eine Hausendemie von Koli-Pyelocystitis bei Säuglingen und nimmt deszendierende Infektion an. Der Sitz der Krankheitserreger wird in den tieferen Schichten der Nierenbeckenwand angenommen.

v. Mettenheimer (24) nimmt als begünstigende Momente der Infektion der kindlichen Harnwege Störungen in den Harnwegen durch abnorme Schlängelung oder Abknickung der Ureteren, Missbildungen, Stuhlverstopfung, Krampfzustände des Sphincter vesicae, Harnretention bei schmerzhaften Dickdarmerkrankungen, Fissuren am After usw. an. Als Erreger wurden am häufigsten Kolibazillen, abes auch Strepto- und Staphylokokken gefunden, auch in Mischinfektion. Die direkte Infektion geschieht entweder auf aszendierendem Wege vom Anus aus, oder deszendierend vom Dickdarm aus, wenn dieser Sitz katarrhalischer, entzündlicher oder geschwüriger Prozesse ist. Ausserdem ist indirekte Infektion auf dem Blut- und Lymphwege möglich. Diagnostisch ist die Untersuchung des Harns auf Eiweiss und Leukozyten entscheidend. Die Prognose hängt von dem Ernährungsstand und der Widerstandsfähigkeit des Kindes ab und von der Schwere und Art der Infektion, sowie dem Sitz der Infektion. Koliinfektion gibt eine gute Prognose. Der Übergang auf die Nieren ist gefährlich. Die Behandlung besteht in Trinkdiurese und Salol oder Urotropin, besonders bei Koliinfektion. Alkalien sind nur anzuwenden, wenn die Nieren nicht befallen sind. Von der Vakzinebehandlung wurde kein Erfolg gesehen.

Praetorius (28) nimmt für die Koliinfektion der Harnwege im Kindesalter zumeist den aufsteigenden Infektionsweg an, weil das weibliche Geschlecht mit 90% überwiegt und auch die Abszesse und Infiltrate der Nierenrinde, wie Ribbert nachgewiesen hat, aszendierend vom Nierenbecken ausgehen. Als charakteristisch wird der intermittierende Verlauf bezeichnet, und es wird davor gewarnt, Fälle, in denen ohne Allgemeinerscheinungen noch Leukozyten vorhanden sind, als gebessert oder klinisch geheilt anzusehen, denn se

können, wie 3 mitgeteilte Fälle erwiesen, noch im erwachsenen Alter zu schweren Nierenerscheinungen, zu starker entzündlicher Schrumpfung des Nierengewebes mit Erweiterung des Nierenbeckens führen, so dass die Fortdauer einer chronischen Niereninfektion des Kindesalters noch in späteren Jahren gefahrdrohend für den Organismus werden kann. Therapeutisch wird schon für das Frühstadium die Behandlung mit Nierenbeckenspülungen empfohlen, deren Erfolge die der medikamentösen Behandlung weit übertreffen und deren Ausführungen bei Mädchen schon vom Ende des ersten Lebensjahres an möglich ist. Ihre Anwendung ist bereits im akuten Stadium angezeigt und führt gerade hier zu rascher Heilung. Die allgemeine Anwendung des Ureterenkatheters im Frühstadium der Kinder-Pyelitis würde höchstwahrscheinlich die Zahl der ungeheilt bleibenden Fälle verringern und die Dauer der Krankheit oft auf wenige Tage abkürzen. Auch zu diagnostischen Zwecken wäre die ausgedehntere Verwendung des Ureterenkatheters bei Kindern wünschenswert. Die Nephrotomie kommt im Frühstadium kaum je in Frage und nur dann, wenn der Ureterenkatheterismus wirklich einmal versagt haben sollte. Auch bei veralteten Fällen ist der Ureterenkatheterismus zu versuchen, eine Operation kommt nur bei schweren Erscheinungen — Koliken, Schüttelfrösten — in Frage. Ist nur zeitweilig oder dauernd trüber Harn vorhanden und ist die infizierte Niere in ihrer Funktion erheblich herabgesetzt, so ist die Operation zu erwägen, wenn die andere Niere noch leukozytenfrei ist; sind für die andere Niere Zeichen einer toxischen Nephritis gegeben, so wird die Operation notwendig. Ist die zweite Niere ebenfalls infiziert und der Ureterenkatheterismus nicht möglich, so ist die Exstirpation der primär infizierten Niere nur bei dringenden Indikationen — schwere Koliken, dauernde Schüttelfröste — angezeigt. Zuweilen wird zur Beseitigung momentaner Gefahr die Nephrotomie in Frage kommen, Dauererfolge sind davon aber kaum zu erwarten.

Fischl (6) nimmt für die weitaus grösste Mehrzahl der Fälle von Cystitis und Cystopyelitis bei Kindern eine aszendierende Infektion (bei Mädchen auf dem Wege durch die Urethra) vom Darm aus an. Für die Behandlung werden Harnantiseptika, Blasenspülung und Vakzinebehandlung empfohlen. Die Prognose ist im allgemeinen günstig.

Buschmann (2) veröffentlicht 3 Fälle von Nephritis und Pyelitis in der Schwangerschaft mit; in einem Falle von Nephropathie ergab die Funktionsprüfung nur die rechte Niere als erkrankt.

Danforth (3) fand im Ureterenharn bei Schwangerschaft bei Gesunden Staphylokokken, bei Pyelitisfällen dagegen stets Kolibazillen. Für die überwiegend häufige Erkrankung auf der rechten Seite wird die Kompression des rechten Ureters durch den Uterus angenommen. Für die Therapie wird der Ureterenkatheterismus an erster Stelle als erfolgversprechend hervorgehoben, während die Vakzinetherapie enttäuscht hat und nur Autovakzine am ehesten Erfolg verspricht. Die Nephrektomie wird nur bei Miterkrankung des Nierengewebes und drohender Allgemeininfektion zugelassen.

Gustafson (8) erklärt die Infektion auf dem Lymphwege für möglich, aber für sehr selten, und verwirft für die Pyelitis gravidarum auch die Infektion auf dem Blutwege, da die Bakterien die gesunde Darmwand nicht durchwandern können. Dagegen wird in der Gravidität die aszendierende Infektion angenommen, welche durch den reichen Keimgehalt von Vulva und Scheide und durch die Kongestion und Auflockerung der Beckenorgane erleichtert wird, besonders aber auch durch die Formveränderung und die erschwerte Entleerung der Blase und die Beeinträchtigung des Ureterenverschlusses. Für das Aufsteigen der Keime im Ureter wird der Druck des Uterus auf den Ureter und die Erschwerung des Abflusses des Harnes und die Stauung und Dilatation des Ureters in Anspruch genommen und besonders die Drehung des Trigonum und die Zerrung und Abknickung des rechten Ureters beschuldigt. Um den aszendierenden

Infektionsweg zu beweisen, untersuchte Gustafson den steril entnommenen Blasenharn auf Keime und fand ihn bei 20 nichtschwangeren Frauen stets steril, dagegen fand er ihn unter 49 Schwangeren, sonst Gesunden in 87,7 % der Fälle keimhaltig; bei 18 Schwangeren mit keimhaltigen Blasenharn wurde auch der Nierenbeckenharn untersucht, aber nur in 4 Fällen keimhaltig gefunden. In diesen 4 Fällen war kystoskopisch eine Reizung des Blasenhalses festzustellen, obwohl alle subjektiven Erscheinungen einer Blasenerkrankung fehlten. Da nach vorausgegangener gründlicher Reinigung der äusseren Teile bei 40 Schwangeren mit vorher keimhaltigem Blasenharn der letztere nur mehr in 5 Fällen keimhaltig gefunden wurde (in diesen Fällen war kystoskopisch ein Reizzustand der Blase festzustellen), so wird hieraus auf das Eindringen von Keimen aus den äusseren Geschlechtsteilen geschlossen. Kolibazillen werden in 60% der Fälle von keimhaltigem Harn gefunden. Prophylaktisch wird daher bei Schwangeren die gründliche äussere Desinfektion der Genitalien empfohlen; ist eine Infektion des Harns eingetreten, bei der nur die gewöhnlichen Keime des Scheideneingangs im Blasenharn gefunden werden, ohne dass die Schleimhaut schon ergriffen ist, so lässt sich die Infektion durch die äusserlich desinfizierende Behandlung beseitigen.

Melchior (23) führt das Zustandekommen von Eiterungen in den Harnwegen (Nierenbecken, Blase) bei Typhus auf den Einfluss der Ausscheidung der Typhusbazillen auf anatomisch bereits veränderte Harnwege zurück, vor allem bei Hydronephrose und Steinniere. Die Zeit des Eintritts der typhösen Eiterung fällt regelmässig in die Zeit der Entfieberung. Die typhösen Eiterungen sind prognostisch günstig. Ein Fall von typhöser Pyonephrose wird angeführt, indem die Abszedierung in einer intermittierenden Hydronephrose infolge angeborener Stenose des Harnleiterursprungs eintrat, obwohl der Typhus milde verlaufen war. Nach der Nephrektomie kam es zu Peritonitis, aber nicht durch Infektion mit Typhusbazillen, sondern mit Streptokokken und Kolibazillen, und zum Exitus.

Behandlung der Pyelitis.

Huet (12) erklärt das Saliformin für ein Kolibazillen, Bacterium lactis aërogenes und Proteus tötendes Mittel, weil der Säuregrad durch Saliformin mehr erhöht wird, während Urotropin nur entwicklungshemmend wirkt. Kali nitricum erhöht die Entwicklung der Bakterien im Harn, dagegen ist es ein kräftiges Lymphagogum und ermöglicht vielleicht den Zugang der Opsonine zu den tiefsitzenden Bakterien. Eine durchgreifende Wirkung der Harnantiseptika wird nur bei aufsteigender Pyelitis anerkannt.

Kretschmer und Gaarde (20) erzielten durch Nierenbeckenspülungen günstige Resultate bei chronischer Kolipyelitis; bleibt die Methode unwirksam, so ist auf Nierentuberkulose oder Ureterstriktur zu schliessen.

Hekman (10) fand bei Koli-Cystopyelitis die Behandlung mit Autovakzine von so gut wie negativer Wirkung.

Weiss (37) konnte bei gonorrhoischer Cystopyelitis, selbst bei nachweisbarer Anwesenheit von Gonokokken, nach Vakzinebehandlung (Gonargin) keinerlei Erfolge beobachten.

Pyonephrose

Weishaupt (36) beschreibt einen Fall von Exstirpation einer um das 4fache vergrösserten rechtsseitigen Pyonephrose mit spärlichen Resten von Nierengewebe infolge von Mischinfektion durch Gonokokken und Kolibazillen; aus der Anamnese und der Blasenuntersuchung wird mit Wahrscheinlichkeit auf eine primäre aszendierende gonorrhoische Infektion geschlossen, während positive Anhaltspunkte für hämatogene Infektion nicht vorhanden waren.

In der Besprechung erklärt Bumm die gonorrhoische Pyelitis für ausserordentlich selten und auch den mitgeteilten Fall nicht für sicher gonorrhoischen Ursprung, weil durch Züchtung die Gegenwart von Gonokokken nicht festgestellt worden ist. Wenn Gonokokken in der Blase und in der Niere festgestellt sind, würde eine aszendierende Infektion anzunehmen sein. Bezüglich der Kolipyelitis bei Mädchen, Frauen und Schwangeren erklärt Bumm, früher ein Anhänger der aszendierenden Infektion gewesen zu sein, nimmt aber neuerdings nach weiteren Beobachtungen das häufige Vorkommen einer hämatogenen Infektion vom Darm aus an, wobei er auf die der Pyelitis vorausgegangenen Darmstörungen und auf den übermässigen Milchgenuss aufmerksam macht, der die Entwicklung von Kolibazillen im Darm begünstigt. Solche Fälle von Kolibakteriurie werden mit Erfolg vom Darm aus behandelt. Franz bezeichnet ebenfalls die gonorrhoische Pyelitis als äusserst selten und hält den Weishauptschen Fall für eine primäre Koliinfektion. Als Infektionsweg nimmt er den lymphogenen vom Darm aus an, wobei eine Disposition durch Harnstauung oder Schleimhautschwellung in den Harnwegen gegeben sein muss. Lehmann verteidigt das Vorkommen einer aszendierenden Infektion durch Blase und Ureteren, die durch den therapeutischen Erfolg der Blasenspülungen sicher feststeht und erklärt für die Diagnose der Gonorrhoe den kulturellen Nachweis nicht für unbedingt nötig, sondern den Nachweis derselben Gonokokken in den Eiterkörperchen des Blasenharns, wie in denen der Urethra für genügend; andererseits können bei der Züchtung Diplokokken gefunden werden, die typisch den Gonokokken ähnlich, aber tatsächlich nur katarrhalische oder andere Diplokokken sind. Strassmann spricht sich für die hämatogene Infektion vom Darm her aus und nimmt die Möglichkeit einer aufsteigenden gonorrhoischen Infektion der Niere an. Der mikroskopische Nachweis von Gonokokken kann angezweifelt werden, weil es gramnegative Diplokokken gibt, die keine Gonokokken sind.

Schönfeld (32) verlangt bei der Röntgenaufnahme der Niere, dass im Bilde die Konturen der Niere deutlich sichtbar und nach Kollargolfüllung die Hohlräume des Harntrakts genau erkennbar sind. In dem mitgeteilten Falle von pyonephrotischer Wanderniere war das Nierenbecken selbst nicht erweitert, dagegen zeigte der Füllungszustand desselben und des obersten Harnleiterteiles eine stark veränderte, verdickte Wand, die gewöhnlich mit der Pyonephrose einhergeht.

Nierenabszesse und paranephritische Abszesse.

Krieg (21) beschreibt einen kleinen umschriebenen Nierenabszess des unteren Nierenpols mit zahlreichen linsengrossen Abszessen. Der als Appendizitis aufgefasste Fall wurde durch lumbale Freilegung der Niere geklärt. Es wird hämatogene Infektion angenommen und die Nephrektomie empfohlen.

Riedel (30) will unter paranephritischen Abszessen nur die primäre Infektion der Nierenkapsel, dagegen nicht solche Eiterungen verstehen, die von weiter entfernt gelegenen Organen ausgehen und sich nur in der Nähe der Niere halten, und auch nicht Eiterungen infolge von Durchbruch von tuberkulösen Herden und von Steinniere. Die Prognose ist bei retrorenalen Abszessen günstiger als bei prärenalen, welch' letztere wegen Gefahr der Infektion des Peritoneums frühzeitig operiert werden müssen, bevor sich ein Infiltrat der Lendengegend entwickelt. Die Punktion wird verworfen und die Eröffnung durch Schnitt am unteren Rande der 12. Rippe empfohlen. Zur Diagnose der multiplen Rindenherde ist die Sedimentierung des Harns notwendig, auch wenn kein Eiweiss vorhanden ist. Grössere Rindenherde können durch Inzision zur Ausheilung gebracht werden.

Mehliss (22) führt die perinephritische Eiterung teils auf kleine periphere Eiterungen zurück, teils auf schon lange bestehende Niereneiterung. Die Prognose

ist bei frühzeitiger Inzision, wobei die Niere genau zu besichtigen ist, günstig. Die Hauptsymptome bestehen in plötzlich auftretenden heftigen Schmerzen in der Lendengegend mit Fieber und schwerem Krankheitsgefühl.

Hykys (13) fand, dass unter 21 Fällen von paranephritischen Abszessen die Mehrzahl nach einer frischen oder vor kurzer Zeit geheilten peripheren Eiterung entstanden war und schliesst daraus, dass die sekundäre metastatische Form häufiger ist als der renale metastatische Abszess. Die Niere fand sich niemals verändert, nur die fibröse Kapsel war reaktiv entzündet. In einem Fall brach der Abszess durch das Cökum durch, in allen anderen Fällen wurde operiert.

9. Nierentuberkulose.

1. *Adrian, Nierentuberkulose. Verein. d. kriegsärztl. beschäft. Ärzte Strassburg. Sitzg. v. 11. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 743.
2. *Beck, E. G., Bericht über eine Reihe von Darmfisteln und Fisteln des Urogenitalsystems, die mit Wismutpaste behandelt wurden. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 22. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 914.
3. Brunner, Bauchoperationen. Ges. d. Ärzte Zürich. Sitzg. v. 13. Mai. Med. Klin. Bd. 12. p. 838. (1 Fall von Nierentuberkulose mit doppeltem Ureter.)
4. *Caspari, Zur Diagnostik der Nierentuberkulose. Schweiz. Rundschau f. Med. 1915. Nr. 23.
5. *Churchman, J. W., The diagnosis of genito-urinary tuberculosis. Med. Record. New York. Bd. 89. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 900.
6. *Döbl, H., Nierentuberkulose und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Kiel 1915.
7. Frank, Verkäsung der Nieren. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. v. 24. Juli. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1524. (Demonstration.)
8. Furniss, Nierentuberkulose. Med. Soc. of New York. Sitzg. v. 16. Mai. Journ. of Amer. Med. Assoc. 24. April. p. 2122.
9. *Granville, E. und H. Cabot, Die Endresultate von 70 Fällen von Nierentuberkulose nach Behandlung mit Nephrektomie. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 21. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 711.
10. *Hofmann, W., Nierentuberkulose und Menstruation. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 1219.
11. *Hyman, A., The treatment of genitourinary tuberculosis with Rosenbach's tuberculin. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 66. 29. April. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 900.
12. Klose, E., Über die Verwendung von Mischtuberkulin zur kutanen Tuberkulinprobe. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 933. (Empfiehlt die Verwendung von Vermischung gleicher Menge von Alttuberkulin und Perlsuchttuberkulin.)
13. Kronberger, H., Zur Bewertung der intrakutanen Tuberkulinreaktion. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 753. (Einwände gegen Selter (18) in betreff der Deutung der später negativ werdenden intrakutanen Reaktion durch Annahme einer Ausheilung der Tuberkulose bei Meerschweinchen.)
14. Krüger, Nierentuberkulose. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. v. 12. Febr. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 870. (Demonstration.)
15. *Laverrière, M., Proliferating tuberculous cystitis. New York. Med. Journ. 1915. 20. Nov. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 445.
16. *Lindqvist, Über Nierentuberkulose in der Schwangerschaft. 11. Kongr. d. Nord. chir. Ver. in Gotenburg. 6.—8. Juli. Gyn. Sekt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 1015.
17. *Schmidt, L. E., Nephrektomie während der Schwangerschaft. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 21. Nr. 6.
18. *Selter, H., Der Wert der Intrakutan-Tuberkulinreaktion bei Meerschweinchentuberkulose. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 77.
19. — Erwiderung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 754. (Erwiderung auf Kronberger (13).

Churchmann (5) erklärt bei Nierentuberkulose die Infektion auf dem Blutwege für sehr wahrscheinlich, die aszendierende Infektion dagegen für eine Ausnahme. Die Nierentuberkulose macht meist keine Nieren-, sondern nur

Blasensymptome. Tuberkelbazillen im Harn sind selten. Für die Diagnose wesentlich sind Kystoskopie und Ureterkatheterismus, bei Frauen das Fühlen des verdickten Ureters von der Scheide aus.

Caspari (4) beschreibt einen Fall von Nierentuberkulose, in welchem sowohl mehrmalige mikroskopische Untersuchung des Harns auf Tuberkelbazillen, als auch die zweimalige Tierimpfung negativ geblieben war. Die Operation ergab eine Nierentuberkulose und im Nierenbecken einen stark ausgesprochenen Vorsprung, der den unteren Teil isolierte und dadurch zu Dilatation und Retention führte.

Selter (18) stellt für den Wert der Intrakutanreaktion bei Tuberkulose infizierten Meerschweinchen fest, dass eine positive Reaktion beweisend ist für das Vorhandensein einer angegangenen Tuberkuloseinfektion, ein negativer Ausfall aber das Gegenteil nicht beweise, besonders ist ein negativer Ausfall selbst nach Verlauf von 3—5 Monaten nicht beweisend dafür, dass das verimpfte Material keine Tuberkelbazillen enthielt und keine Tuberkulose im Körper vorhanden ist. Das Meerschweinchen ist zu töten und zu sezieren und dabei das Verhältnis des Milzgewichts zum Körpergewicht zu bestimmen.

Hofmann (10) beobachtete bei Nierentuberkulose im Prämenstruum Ansteigen des Fiebers, das mit dem Eintritt der Menstruation abfiel und zugleich ging die Verschlimmerung des Allgemeinbefindens mit dem Eintritt der Menses zurück. Nach Exstirpation der tuberkulösen Niere verlief die Menstruation normal.

Döbl (6) erklärt bei einseitiger Nierentuberkulose die Nephrektomie auch in der Schwangerschaft für indiziert; neue Schwangerschaft nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose schädigt die Mutter nicht, wenn die zurückgelassene Niere gesund ist.

Lindqvist (16) teilt 2 Fälle von Nephrektomie wegen Nierentuberkulose, einen im 3. Monat der Schwangerschaft und einen wenige Monate nach der Entbindung mit. Im ersten Fall trat nach der Entbindung Verschlimmerung auf und es kam zum Exitus, wahrscheinlich an Tuberkulose der anderen Niere. Im zweiten Falle trat Genesung ein. Lindqvist spricht sich für die Nierenexstirpation bei Nierentuberkulose in der Schwangerschaft aus, da die zurückgelassene Niere auch der erhöhten Inanspruchnahme in der Schwangerschaft genügt. Wenn nach der Nephrektomie eine bisher verborgene Tuberkulose der anderen Niere sich zeigt. so ist die Schwangerschaft zu unterbrechen; bei Blasentuberkulose ist eine Unterbrechung der Schwangerschaft nur angezeigt, wenn nach der Nephrektomie sich keine Neigung zur Besserung zeigt. Bei doppelseitiger Nierentuberkulose soll die Schwangerschaft unterbrochen werden, ausser wenn die Frucht durch einen Aufschub von wenigen Wochen lebensfähig werden würde.

In der Aussprache hebt Ekehorn hervor, dass bei Nierentuberkulose durch die Nephrektomie die Verhältnisse der anderen Niere verbessert werden und dass deshalb in der Schwangerschaft keine Gegenanzeige gegen die Nephrektomie besteht. Josephson betont, dass die Schwangerschaft, wenn die andere Niere gesund ist, nach einer Nephrektomie normal verläuft. Dennoch gebietet die Vorsicht, dass zwischen einer Nephrektomie und den Eintritt neuer Schwangerschaft ein paar Jahre vergehen sollten, damit die zurückgelassene Niere sich auf die Mehrarbeit einstellen kann. Die Einleitung einer Fehlgeburt bei Schwangerschaft nach Nephrektomie ist zu verwerfen.

Schmidt (17) teilt einen Fall von Nephrektomie in der Schwangerschaft wegen Nierentuberkulose mit und sammelt 35 Fälle aus der Literatur. Bei gesunder zweiter Niere bringt bei Nephrektomierten eine Schwangerschaft keine Gefahr.

Adrian (1) beschreibt einen Fall von Nierentuberkulose mit einem einzigen linsengrossen, zentral verkästen Tuberkelherd im oberen Nierenpol. Die Symptome waren nur allgemeiner Art, der Harn war leicht trübe und enthielt

Tuberkelbazillen, die Funktionsprüfung ergab keine Störung. Nephrektomie, Heilung.

Laverrière (15) beschreibt drei Fälle von Nierentuberkulose mit rundlichen, bis zu bohnengrossen, himbeerähnlichen Granulationen in der Blase von weisser oder rosa bis roter Farbe und unveränderter Epitheldecke. Der Eitergehalt des Harns verschwand nach der Nephrektomie, stammte also nicht aus der Blase.

Granville und Cabot (9) erklären die Erfolge der Nephrektomie bei jugendlichen Individuen wegen der meist beträchtlichen Rindentuberkulose und der perinephritischen Veränderungen für weniger günstig als im höheren Alter trotz oft weiterer Ausbreitung der Erkrankung und suchen den Grund dafür in dem Grade der erworbenen Immunität. Die unmittelbare Mortalität nach der Nephrektomie betrug 3,8, die Spätmortalität 20%. Von den Gestorbenen starb die Hälfte innerhalb der ersten zwei Jahre, die zweite Hälfte vor dem fünften Jahre nach der Operation an tuberkulöser Erkrankung. Nach Ablauf von fünf Jahren können 60% als geheilt betrachtet werden, jedoch bestehen noch bei 35% derselben leichte Beschwerden (Reizblase, Eiweissspuren, leichte Pyurie usw.) fort. In 10—15% der Fälle konnte durch die Operation das Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses nicht aufgehalten werden.

Hyman (11) fand unter 13 Fällen von Urogenitaltuberkulose, die er mit Rosenbachs Tuberkulin behandelt hatte, nur in 2 Fällen Besserung, in einigen Fällen traten neue tuberkulöse Herde auf.

Beck (2) konnte bei 21 Fisteln des Urogenitalsystems, besonders solchen nach Exstirpation tuberkulöser Nieren durch Einführung von Wismutpaste Heilung erzielen. Wismutvergiftungen traten niemals auf, jedoch muss zu deren Vermeidung steriles Olivenöl in die Kanüle injiziert und die Öl-Wismutmischung möglichst bald durch Aspiration entfernt werden. Die günstige Wirkung wird damit erklärt, dass nicht ständig infektiöses Harnmaterial die Fistelhohlräume besiedelt und in dem umgebenden Gewebe bessere Gelegenheit zur Granulations- und Narbenbildung gegeben ist.

10. Nierenverletzungen.

1. *Bevacqua, A., Sull' ematoma perirenale spontaneo. Fol. urol. Bd. 9. Nr. 4.
2. Christel, Nieren- und Dickdarmverletzung. Kriegsärztl. Abend d. Festung Metz. Sitzg. v. 16. Dez. 1915. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 433. (Schussverletzung, Exstirpation der linken Niere, Heilung.)
3. Danziger, F., Ein ungewöhnlicher Fall von Nierenzerreissung durch Granatsplitter. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 160. (Schwere Abreissung des unteren Nierendrittels samt dem Ureter, durch mässige Blutung nach aussen. Exstirpation, Unterbindung der Gefässe und des Ureters. Heilung.)
4. *Horn, P., Über Nierenleiden nach Unfall. Med. Klin. Bd. 12. p. 685.
5. Keller, O., Ein Fall von operativ behandelter subkutaner Nierenruptur. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 78. p. 154. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 343. (Verletzung durch Hufschlag. Freilegung der Niere, die sich zerrissen fand; Tamponade und teilweise Naht der Wunde; Heilung.)
6. *Laewen, Nierenschüsse. Zweite Kriegschirurgentagung Berlin. 26. April. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 19. p. 668.
7. *Schultze, H., Über das spontane perirenale Hämatom. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 136. Heft 4/5.
8. *Thelen, Über bemerkenswerte Nieren- und Blasenschussverletzungen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 10. p. 89.

Horn (4) führt als Hauptsymptome von Nierenläsionen nach mechanischer Gewalteinwirkung an: Hämaturie, umschriebener Schmerz mit Druckempfindlichkeit und Anschwellung der Lendengegend, mitunter bei schwerer Nierenzertrümmerung Anurie. Ein Kausalzusammenhang kann nur dann anerkannt

werden, wenn der Unfall überhaupt zur Herbeiführung einer Nierenschädigung geeignet war, wenn die Symptome von seiten der Nieren spätestens einige Wochen nach dem Unfall sich bemerkbar machten und wenn in zweifelhaften Fällen keine sonstigen Ursachen (Arteriosklerose, Lues, Diabetes, Scharlach, Angina usw.) sich feststellen liessen.

Laewen (6) fand bei Schussverletzungen der Nieren die anämische Nekrose um so häufiger und ausgedehnter, je näher am Stiel die Verletzung stattgefunden hat. Die transperitoneale Versorgung der Nierenwunde bei der Laparotomie ist nur bei aseptischen Fällen vorzunehmen, sonst ist die Niere extraperitoneal freizulegen.

Thelen (8) schreibt möglichst konservative Behandlung bei Nierenschussverletzungen vor. Bei anhaltend schweren Blutungen (2 Fälle werden mitgeteilt, darunter ein Todesfall an Tetanus) oder zunehmendem perirenalem Hämatom mit nachfolgender Infektion wird die Freilegung und ev. die Exstirpation der Niere für angezeigt erklärt. 3 Fälle von Streifschussverletzungen der Niere, bei welchen die Kystoskopie eine mehr oder weniger schwere Hämaturie ergab, heilten ohne schädliche Folgen bei konservativer Behandlung.

Perirenales Hämatom.

Bevacqua (1) beschreibt ein bei der Obduktion gefundenes fötalkopfgrosses perirenales Hämatom, mit dem ein hämorrhagischer Herd unter der Kapsel kommunizierte; in der Nähe dieses Herdes fand sich ein kleines noch nicht geöffnetes Aneurysma und eine kleine geplatzte Arterie mit Blutaustritt, die mit dem umgebenden Gewebe einen Infarkt bildete. Dieselben Gefässveränderungen wurden in der inneren Schicht der Fettkapsel gefunden. Das perirenale Hämatom wird daher auf Gefässveränderungen und auf das nachfolgende Platzen einer Arterie der Niere oder der Kapsel zurückgeführt.

Schultze (8) beschreibt ein grosses spontan entstandenes perirenales Hämatom bei einer 29jährigen Frau, die seit 5 Jahren an dumpfen Beschwerden in der rechten Lendengegend erkrankte, die sich zur Zeit der Menses verstärkten, und bei der schliesslich ein Anfall von bohrend-stechenden Schmerzen auftrat. In der rechten Lendengegend fand sich ein retroperitonealer Tumor, in dessen mit Blut gefüllter Höhle die mit der Fibrosa umgebene Niere lag, die keine Veränderungen zeigte. Heilung. Im zweiten Falle handelte es sich um einen Sektionsbefund bei einem an Septikopyämie nach Kniegelenkspunktion gestorbenen Manne; auch hier fand sich die mit Capsula fibrosa überzogene, anscheinend normale Niere in dem Bluttumor.

11. Nierensteine.

1. *Braasch, W. F. und A. B. Moore, Nieren- und Harnleitersteine. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 15.
2. *Cabot, H., Steinbildung in den Nieren und Harnleitern. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 15.
3. *— Über Irrtümer bei der Diagnose von Nieren- und Uretersteinen. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 21. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 373.
4. *— und E. G. Crabtree, Häufigkeit erneuter Steinbildung in den Nieren nach Operationen. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 21. Nr. 2.
5. *Frank, L., Anuria due to unilateral calculous obstruction. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 20. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 134.
6. *Hanslik, P. J., Hexamethylenamin als Harnsäurelösungsmittel und Diuretikum und seine Einwirkung auf die Urinreaktion. Journ. of Laborat. and Clin. Med. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 760.
7. *Haskins, H. D., Über die harnsäurelösende Kraft des Urins nach Darreichung von Piperazin, Lipidin, Lithiumkarbonat und anderen Alkalien. Arch. of intern. Med. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 660.

8. Orth, Nierenkoliken. Berl. med. Ges. Sitzg. v. 17. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 664. (Trotz wiederholter Nierenkoliken kein Stein in den Nieren, Erweiterung des Nierenbeckens und der Kelche, hochgradige Hypertrophie der Blasenmuskulatur; der Stein sass in der Harnröhre.)
9. *Risen, Über einen Fall von Verstopfung des linken Ureters nach Exstirpation der rechten Niere wegen eines grossen Steines in derselben. Fol. urol. Bd. 9. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 878.
10. Smillie, W. G., Treatment of cystinuria. Arch. of intern. Med. 1915. Sept. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 620. (Verschwinden der Cystinkristalle bei eiweissarmer Diät mit Zusatz von Natriumbikarbonat, bis der Harn alkalisch wird.)
11. *Woodall, C. W., Einige Probleme der Röntgendiagnose der Harnsteine. Albany Med. Annals. Bd. 32. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 638.

Braasch und Moore (1) veröffentlichen eine Übersicht von 654 Nieren- und Harnleitersteinfällen; in 230 Fällen wurden die Steine aus dem Harnleiter, in 363 aus den Nieren entfernt. In 64 Fällen gingen die Steine bei oder nach der kystoskopischen Untersuchung von selbst ab.

Cabot (2) veröffentlicht eine Übersicht von 157 Fällen von Nieren- und Uretersteinen (darunter 46 Frauen). In 128 Fällen fiel die Steinbildung auf das 20. bis 60. Lebensjahr. 140 Fälle wurden operiert mit 5 Todesfällen. In 26 Fällen waren früher andere Operationen — Appendektomie, Nephropexie usw. — zur Beseitigung der Symptome ausgeführt worden.

Cabot und Crabtree (4) fanden nach 87 operierten Nieren- und Uretersteinoperationen in der weiteren Folge, dass von 66 an Nierenstein operierten Fällen 34 (51%) frei von Steinen blieben, bei 21 an Harnleitersteinen Operierten dagegen 15 (= 71%).

Cabot (3) erklärt die Diagnose der Nieren- und Uretersteine wegen der häufig sehr unbestimmten Symptome für schwierig und empfiehlt daher bei chronischen rezidivierenden Leibschmerzen, Rückenschmerz, Hexenschuss oder Schmerz im Ileosakralgelenk eine genaue wiederholte Harnuntersuchung, besonders eine Untersuchung des Sedimentes. Einer Operation soll stets eine Röntgenuntersuchung, besonders eine stereoskopische, vorausgehen. Ausserdem sind Uretersondierung, Injektionen an dem Ureter und Einführung eines Katheters mit Wachsspitze notwendig. Bei nachgewiesenem Stein ist die Entscheidung für eine Operation von der Schwere der Symptome abhängig.

Bijnen (g. 2, 3) bezweifelt das Vorkommen eines renorenalen Schmerzreflexes, indem er als Ursachen der Schmerzen in der scheinbar gesunden Niere auf Nierenbeckenkatarrh und besonders häufig auf symptomlose Nierensteine zurückführt. Auch das Vorkommen einer reflektorischen Anurie wird in Zweifel gezogen und durch Funktionsstörungen der scheinbar gesunden Niere erklärt.

Bookman (g. 2, 4) fand, dass bei Nierensteinen ein heftiger Schmerz ausgelöst wird, wenn man die linke Hand flach auf die unteren Rippen legt und mit der Faust der rechten Hand kurz daraufschlägt.

Woodall (11) warnt davor, sich bei der Diagnose der Nierensteine ausschliesslich auf den Röntgenbefund zu verlassen, weil in 6—10% der Fälle wegen der Zusammensetzung der Steine die Methode versagt und weil noch öfter andere Schatten Nierensteine vortäuschen können. Er empfiehlt deshalb die Zuhilfenahme der Kystoskopie und Cystoureteroskopie.

Frank (5) beschreibt 5 Fälle von vollständiger Anurie durch einseitige Steinverlegung des Ureters. Die Anurie wird in solchen Fällen bis zu 12 bis 14 Tagen ertragen, ehe Urämie eintritt. Dem Anfall geht meist vorübergehende Anurie mit Polyurie wechselnd voraus. Die nicht verstopfte Niere ist kompensatorisch hypertrophisch. Ein Verschluss kann auch durch Intussuszeption des Harnleiters bewirkt werden. In einem Falle gelang es, die Anurie durch Harnleiterkatheterismus zu beseitigen, was vor der Operation zu versuchen ist. Bei operativer Behandlung beträgt die Mortalität 40—55, bei nichtoperativer 70 bis

$80^0/_0$. Bei Zweifeln über die Seite der Harnleiterverstopfung soll beiderseits operiert werden. Das Aufsuchen des Steines bei der Operation soll nicht zu lange ausgedehnt werden, die Entfernung der Steine kann auch später vorgenommen werden.

Risen (9) beobachtete 18 Tage nach Nephrektomie wegen Steinniere schwere Darmblutung und nach weiteren 22 Tagen Steinverstopfung des anderen Ureters mit 3tägiger vollständiger Anurie und mehrmals wiederholten solchen Anfällen. Durch Ureterkatheterismus, Kokainisierung der Ureterschleimhaut und Einspritzen von heissem Glyzerin wurde Abgang von zahlreichen Steinen und Steinsplittern bewirkt.

Hanslik (6) fand, dass nur nach sehr grossen Dosen von Hexamethylentetramin die Lösungsfähigkeit des Harns für Harnsäure etwas gesteigert wird, nach geringen und therapeutischen Gaben dagegen ist sie nicht merklich gesteigert. Die diuretische Wirkung und die Wirkung auf die Harnreaktion ist zweifelhaft.

Haskins (7) fand, dass nach Piperazin-Darreichung der Harn mehr Harnsäure löst als vorher, besonders wenn noch Natriumzitrat oder Natriumkarbonat gegeben und die Diurese verzögert wird. Lipidin und Lithiumkarbonat sind praktisch unbrauchbar, weil zu grosse Dosen erforderlich sind. Natriumzitrat und Natriumkarbonat lösen Harnsäure nur, wenn sie in so grossen Mengen gegeben werden, dass der Harn alkalisch wird.

12. Nierengeschwülste.

1. *Beer, Hypernephrom. Verhandl. d. chir. Ges. New York. Sitzg. v. 26. Jan. Annals of Surg. Bd. 63. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 839.
2. Brunner, Bauchoperationen. Ges. d. Ärzte Zürich. Sitzg. v. 13. Mai. Med. Klin. Bd. 12. p. 838. (3 Fälle von Hypernephromen.)
3. *Fraser, A., Der Ursprung der Nieren-Hypernephrome. Surg., Gyn. and Obstetr. Bd. 22. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 913.
4. *Gerlach, W. und W. Gerlach, Zur Histogenese der Grawitzschen Tumoren der Niere. Zieglers Beitr. z. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 60. Heft 3.
5. *Ghon, Maligner Grawitzscher Tumor. Verein deutsch. Ärzte. Prag. Sitzg. v. 21. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 325.
6. *Kalb, Kindskopfgrosser, teilweise karzinomatöser linksseitiger Nierentumor. Wiss. Ärzteverein Stettin. Sitzg. v. 9. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 1115.
7. *Key, E., Diagnose und Operation maligner Nierentumoren. 11. Vers. d. Nord. chir. Vereins in Göteborg. 6.—8. Juli. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 861.
8. *Latzko, W., Grawitztumor mit pulsierender Metastase. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 14. Dez. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 105.
9. *Lichtenstern, R., Ein Fall von Nierenbeckentumor. Wien. klin. Rundschau. Bd. 30. p. 67.
10. *Paschen, R., Das Schicksal der wegen Grawitztumor Operierten. Arch. f. klin. Chir. Bd. 107. Heft 2.
11. *Ribbert, Karzinom der Niere eines neunmonatigen Kindes. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. v. 17. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1564.
12. *Wrede, Lipom der Nierenkapsel. Med.-naturwiss. Ges. Jena. Sitzg. v. 18. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 818.
13. Zweig, W., Enormes Hypernephrom. Demonstrationsabend i. k. k. Garnisonsspital Nr. 2. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 19. p. 507. (2 mannskopfgrosser Tumor mit völligem Fehlen der Harnsekretion auf der erkrankten Seite; Sektion.)

Bösartige Neubildungen.

Fraser (3) konnte bei Untersuchung von 34 Fällen von Hypernephromen in 32 Fällen nachweisen, dass die Tumoren renalen Ursprungs waren und nicht aus Nebennierenresten abstammten. Im Frühstadium haben Nierenadenome

oft gleiche Struktur von Tumoren renalen Ursprungs, während Nebennierentumoren nie mit solchen zu verwechseln sind; nur wenn bei Nieren- und Nebennierentumoren degenerative und maligne Prozesse hinzutreten, ist die Unterscheidung erschwert oder unmöglich.

W. und W. Gerlach (4) nehmen an, dass die von ihnen beschriebenen Nebennierenrindenknötchen in und an der Niere, Adenomknoten der Nebenniere selbst, richtige Karzinome der Nebennieren, Grawitzsche Nierentumoren, Adenokarzinom der Niere und papilläre Adenome der Niere sich in einer Reihe aneinanderreihen, zum Teil ohne die Möglichkeit einer scharfen Abgrenzung untereinander. Für alle diese Gebilde werden Entwicklungsstörungen angenommen und die Verschiedenheit der entstehenden Bildungen werden auf die verschiedene Zeit der Zellausschaltung im embryonalen Leben zurückgeführt.

Paschen (10) berichtet über die weiteren Schicksale von 54 an Grawitz-Tumor Operierten. Es starben im Anschluss an die Operation 6 (11,11%), an Rezidiv und Metastasen 17 (= 31,84%), an anderen Todesursachen 6 (= 11,11%). Bis zu einem Jahr nach der Operation blieben rezidivfrei 2 (3,7%), bis 1—2 Jahre 1 (1,85%), 2—3 Jahre 2 (3,7%), über 3 Jahre 19 (= 35,19%). Die Endresultate werden hiernach als recht günstig bezeichnet.

Key (7) berichtet über 26 Fälle von malignen Nierengeschwülsten, darunter 8 inoperablen. 17 operierte Fälle betrafen Hypernephrome, 1 Fall ein über die ganze Niere verbreitetes Nierenbeckenkarzinom. In 8 Fällen kam es zu Rezidiven oder Metastasen, 1 Fall starb nach der Operation (schwere Adhärenzen, Zwerchfellresektion, Pneumothorax), 7 leben rezidivfrei seit 3 Monaten bis zu 3½ Jahren. Als Hauptsymptome werden Blutungen und Schmerzen und in 60—70% palpable Nierenvergrösserung genannt. Durch Röntgenaufnahme kann eine Nierenvergrösserung festgestellt werden, die nicht palbierbar ist. Plötzliche Todesfälle an Kollaps nach der Operation werden auf Adrenalinsekretion mit den Geschwülsten bezogen.

In der Aussprache führt Rovsing Kollapsfälle auf Blutung und veränderte Druckverhältnisse zurück. Rovsing erzielte in 50% der Fälle gute Resultate, eine Beobachtungszeit von 3—4 Jahren schliesst ein Rezidiv nicht aus. Borelius hatte unter 27 Nephrektomien bei malignen Tumoren einen Operationstodesfall; ⅓ der Fälle starb an Rezidiven; es handelte sich um 15 Hypernephrome, 3 Mischgeschwülste, 1 Adenom, 1 Plattenepithelkarzinom und 2 Karzinome ohne nähere Bezeichnung. Ipsen erklärt die Grawitzschen Tumoren nicht für Hypernephrome sondern für Nierenkarzinome. Ekehorn empfiehlt in zweifelhaften Fällen die Probeexzision der Nieren.

Beer (1) beschreibt einen Fall von Hypernephrom der rechten Niere mit Appendizitis, in dem transperitoneale Nephrektomie und Appendektomie ausgeführt wurden. Heilung. Ein weiterer Fall betrifft eine Nephrektomie wegen Hypernephroms bei 4 monatiger Schwangerschaft mit Heilung und normalem Fortgang der Schwangerschaft. In der Aussprache hebt Downess hervor, dass Nierentumoren oft Metastasen in der Nierenvene bis zur Hohlvene bilden und empfiehlt die transperitoneale Exstirpation.

Ghon (5) beschreibt ein kleinfaustgrosses Hypernephrom der linken Niere mit Metastasen in der Umgebung in der Niere, Einbruch in Nierenbecken und Nierenvenen, ferner Metastasen in Lungen und Pleura, Herz und Muskeln, in der rechten Niere, beiden Nebennieren, Schilddrüse, Gehirn, Peritoneum, Jejunum und Knochen (Tibia und Unterkieferast). Die Metastasen erwiesen sich im Bau als verschiedenen Alters, die Knochenmetastasen waren älteren Datums.

Latzko (8) beschreibt die Exstirpation eines kürbisgrossen, höckerigen Grawitz-Tumors der rechten Niere mit Ausgang in Heilung. Nach der Genesung wurde eine kleinfaustgrosse rundliche Metastase im Bereich der rechten Spina ant. sup. entdeckt, die nach Radiumbehandlung im weichen Zentrum

eine Pulsation zeigte; die letztere wird auf ein durch Übergreifen des Tumors auf die Wände einer Knochenrinne entstandenes Aneurysma zurückgeführt.

Kalb (6) schlägt vor, grosse Nierentumoren grundsätzlich von vorn zu operieren, um Nebenverletzungen zu vermeiden und exakte Blutstillung zu ermöglichen. In dem mitgeteilten Falle wurde der kindskopfgrosse Nierentumor transperitoneal unter sorgfältiger Lösung vom Duodenum exstirpiert und 30 ccm Dickdarm mussten wegen Gefässschädigung der Flexur reseziert werden.

Ribbert (11) beschreibt ein kindsfaustgrosses Karzinom der Niere von adenomähnlichem Bau, das die Niere bei einem neunmonatigen Kinde von innen heraus bis auf eine schmale Zone zusammengepresst hatte. Nephrektomie.

Gutartige Geschwülste.

Wrede (12) fand an einer wegen Tuberkulose bei einer 29jährigen Frau exstirpierten Niere in der unteren Hälfte der Fettkapsel ein walnussgrosses Lipom, dessen Entstehung durch Abschnürung von Fettgewebe infolge narbiger Schrumpfung gedeutet wird.

Neubildungen des Nierenbeckens.

Spiess (e. 23) teilt 4 neue Fälle von primärepithelialen Tumoren des Nierenbeckens und des Ureters mit und unterscheidet papilläre und solide Tumoren, von denen die letzteren stets bösartig sind. Die papillären Neubildungen lassen sich in entzündliche und echte Tumoren unterscheiden; ihr bös- oder gutartiger Charakter ist oft erst aus Rezidiven- und Metastasenbildung zu erkennen.

Lichtenstern (9) beschreibt einen Fall von Karzinom des Nierenbeckens mit Vordringen in das Nierenparenchym und in den Ureter, Verbreitung entlang der grösseren Arterien mit stellenweiser Kompression derselben; das Karzinom bestand aus Zellen von Übergangsepithel, einzelne Stellen zeigten Metaplasie in Plattenepithel und mitunter rudimentäre Verhornung. Die 36jährige Kranke litt an wiederholten Nierenblutungen und Nierenkoliken rechterseits, Schattenbildung auf der rechten Seite mit undeutlicher Konturierung, Auslösung einer profusen Blutung bei Verschieben des Ureterkatheters ins Nierenbecken; die Funktion beider Nieren war nicht gestört, der Harn der gesunden Seite erhielt Eiweiss, das auf Toxinewirkung durch zerfallendes Nierengewebe zurückgeführt wird. Die Operation bestand in Exstirpation der Niere mit einem 10 cm langen Stück des Ureters. Heilung.

13. Parasiten der Niere.

1. Schüler, Nierenechinococcus. Wiss. Zusammenkunft d. Kriegsärzte in Sofia. Sitzg. v. 22. Juni. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 1223. (Kindskopfgrosser Tumor der linken Niere, Entleerung von Blasen mit dem Harn. Nephrektomie, Heilung. Die Zyste nahm 3/4 der Niere ein.)

XI.

Gynäkologische Operationslehre.

Referent: Prof. Dr. H. W. Freund, Strassburg.

Instrumente.

1. Axmann, Sammelapparat für ultraviolette Strahlenbehandlung. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 16.
2. Baedeker, J., Über das „Sanabo"-Scheidenspülrohr. Frauenarzt. Heft 11. (Leitet die Spülflüssigkeit wieder heraus.)
3. Borchardt, M., Gummiersatz-Fingerlinge. Zentralbl. f. Chir. Nr. 15. (Grundsubstanz besteht aus organischen Estern der Zellulose, in indifferenten organischen Lösungen zur Auflösung gebracht.)
3a. Dreuw, Antiseptische Dauerspülungen. Therap. d. Gegenw. Nov. (Will mit einem besonderen Apparat die Harnröhre und die Scheide dauernd oder kurze Zeit, und in beliebiger Temperatur durchspülen.)
4. Gelpi, M., A useful hysterectomy clamp. Journ. Amer. Med. Assoc. Nr. 2. (Kombination von Péan- und Kocher-Klemme.)
5. Lenz, Emil, Zur Methodik der abdominalen Röntgendurchleuchtung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 17. (Ein Bleiknopfzeiger als Führer bei der Autopalpation seitens der zu durchleuchtenden Patienten, sowie zur Organmarkierung.)
6. Liebreich, Emil, Eine Zählkammer für zytologische und bakteriologische Zwecke. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. (Auch mit Immersion zu benutzen.)
7. Lower, W. E., Eine neue Klemme für die Nephrektomie. Cleveland. Med. Journ. April. (Breite Klemme, der Wertheimschen ähnlich, verhütet das Abgleiten der Hilusligatur).
8. Mergail, W. P., Needle holder. Journ. Amer. Med. Assoc. June 17.
9. Pennington, R., An attachement for the Balfour-Goshet, Mayo-Simpson and other abdominal retractors. Ebendas. Nr. 2.
10. Rietschl, A., Ein Mittel, um die Keimfreiheit von Naht- und Unterbindungsmaterial zu sichern. Zentralbl. f. Chir. Nr. 16. (Entweder ein Metallrahmen mit Einkerbungen für die Fäden, oder Aufspannen von Gaze auf den Rahmen. Die eingefädelten Nadeln werden durch die Gaze gezogen und mit der Spitze in den Stoff eingelassen.)
11. Silberstein nnd Colman, Kurze Mitteilung über einen Ersatz von Gummihandschuhen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 1/2. (Schutzflüssigkeit „Sterilin" bildet auf der Haut einen durchsichtigen, nicht klebenden Überzug.)
12. Wintz, H., Eine automatische Regenerierung der Röntgenröhre. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 11. (Apparat, der die Röhre bei höchstem Härtegrad arbeiten lässt.)

Neue Operationsmethoden.

1. Bertelsmann, Die Naht grösserer Bauchbrüche. Zentralbl. f. Chir. Nr. 22 und 41/42.
2. Blesh, A., A new sterilization operation on the female tubes. Journ. Amer. Med. Assoc. Nr. 21. (Bekannte Methode, die Tuben am Uterushorn zu durchschneiden und jede Schnittfläche für sich mit Peritoneum zu überkleiden.)
3. Bumm, E., Collifixatio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
3a. Chaput, H., Le cloisonnement et le drainage filiforme du bassin. Ann. de. gyn. Tome 12. p. 358.
4. Flatau, Die Ausschaltung der Fossa vesico-uterina aus der Bauchhöhle. Ein neuer Weg zur Verhinderung des Prolapsrezidivs. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.

5. Fleischhauer, H., Die Ureterknotung als Methode der Ureterversorgung bei nichtausführbarer Ureterimplantation. Ebendas. Nr. 23 u. 28.
6. Fründ, H., Unsere Erfahrungen mit der Makkasschen Operation der Blasenektopie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 1.
7. Gelpke, L., Die Herausnahme des Wurmdarmes durch die Bruchlücke bei Anlass der Operation der rechtsseitigen Leistenhernie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 14.
8. Hammesfahr, Die Naht grösserer Bauchbrüche. Ebendas. Nr. 33.
9. Hare, E. R., Study of abdominal wall in its relation to hernia. Journ. Lancet Minneapolis. May 15.
10. Hofmeier, M., Zur Frage der Prolapsoperation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
11. Jayle, F., La méthode économique de pansement. Presse méd. 1 Juin.
12. Johnsen, Chr., Die Naht des Ureters. Zentralbl. f. Chir. Nr. 31.
13. Mathes, P., Zur Technik der abdominalen Radikaloperation bei Kollumkarzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
14. Moser, Entfernung des Wurmfortsatzes gelegentlich der Bauchoperation. Zentralbl. f. Chir. Nr. 23.
15. Nagel, W, Über Dammplastik bei kompletter Ruptur. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45 (Empfiehlt die Lawson Taitsche Operation, die er 14 mal mit Erfolg angewendet hat.)
16. Reich, A., Vaginal-supravaginal hysterectomy. Amer. Journ. of Obstetr. Nr. 1. (2 erfolgreich nach der Methode von H. W. Freund operierte Fälle.)
17. Rockey, A. E., Uterus et vagina duplex nebst Angabe einer neuen unblutigen Operation zur Beseitigung der Missbildung. Annal. of Surg. 1916. Mai.
17a. Schäfer, Arth., Rücktransfusion des körpereigenen Blutes nach Massenblutungen in grosse Körperhöhlen. Zentralbl. f. Chir. Nr. 21.
18. Schemmel, Appendektomie und Radikaloperation des rechtsseitigen Leistenbruches. Ebendas. Nr. 23.
19. Schickele, Der operative Verschluss seltener Blasenscheidenfisteln. Bruns Beitr. z. klin. Chir. 100—102.
20. Snoy, Appendektomie durch die linke Leistenbruchpforte bei normalem Allgemeinsitus. Zentralbl. f. Chir. Nr. 37.
21. Stoeckel, Zwei Fälle, von Uteruskarzinom, das auf das Rektum übergegriffen hatte. Münch. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 611.
22. Vogel, K., Zur Technik der Ventrofixatio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.
23. Wertheim, E., Zur Technik der operativen Behandlung der Genitalprolapse und Retrodeviationen des Uterus. Ebendas. Nr. 1. (Empfiehlt noch einmal die Einnähung des Uterus in den Levatorspalt samt der Suspension bzw. Auflagerung der Portio auf die Sakrouterinligamente.)
24. Zimmermann, H., Zur operativen Behandlung mit dem Dickdarm kommunizierender Beckeneiterungen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. 100—102.

Um Verbandmaterial zu sparen, legt Jayle (11) xförmige Nähte, die zunächst nicht geknotet werden, durch Haut und Faszien, näht die Haut und schiebt vor dem Knoten der erstgenannten Fäden Gazebäusche unter sie.

Schäfer (17a) hat in einem Fall von geplatzter Tubarschwangerschaft 200 ccm des in die Bauchhöhle ergossenen Blutes aufgefangen und in die Armvene injiziert, daneben aber 1 l Kochsalz subkutan einverleibt. Die Patientin erholte sich rasch. (Die einmalige Erfahrung ist nicht eindeutig. Nach Entfernung der grossen Koagula resorbiert übrigens das Bauchfell die flüssigen Blutmengen sehr gut.)

Bertelsmann (1) beschreibt nochmals sein Verfahren, bei der Naht grösserer Bauchbrüche alle Suturen, die eine Spannung auszuhalten haben, an der vorderen Rektusscheide angreifen zu lassen. Er löst letztere beim Längsschnitt beiderseits bis zur Mitte des Muskels los und vereinigt dann beide Faszien, die verdoppelt werden.

Hammesfahr (8) ist schon 1901 ebenso vorgegangen, löst aber die hintere Rektusscheide ab.

Bei der Operation rechtsseitiger Leistenhernien kann man nach Gelpke (7) mit zwei Fingern oder einer Kornzange (!) durch den breit eröffneten Bruchsack

eingehen und den Wurmfortsatz herabholen und entfernen. Allerdings ist dabei oft eine schneidende Erweiterung der Bruchlücke nötig. Bei Verwachsungen ist diese Art des Vorgehens ausgeschlossen.

Moser (14) stimmt Gelpke zu und will bei jeder rechtseitigen Operation den Wurm inspizieren bzw. entfernen, wenn dadurch der Erfolg der Bruchoperation nicht beeinträchtigt wird.

Schemmel (18) führt ähnlich im oberen Winkel des Bruchschnittes die Appendektomie mit Wechselschnitt aus.

Bei einem Kind von 5 Wochen entfernte Snoy (20) bequem die entzündete Appendix aus einem linksseitigen Bruchsack, in den sie wohl infolge abnormer Beweglichkeit des Cökums geraten war.

Bei Prolapsen erreicht Bumm (3) eine Ausschaltung der Excavatio vesico-uterina durch die Kollifixur des Uterus, die mit kleinem Faszienquerschnitt in Beckenhochlagerung ausgeführt wird. Die Ansatzsehnen der Rekti an der Symphyse werden freigelegt, das Bauchfell gespalten und die Falte an der Blasengrenze quer durchschnitten. Die Harnblase wird dann bis zur Scheide abgeschoben und die entblösste vordere Wand des Kollums an die Rektussehnen fixiert. Drei Nähte genügen. Die Erfahrungen von 2 Jahren sind günstig. Bumm glaubt, dass auch Schwangerschaft und Geburt nach dieser Operation ungestört verlaufen kann.

Flatau (4) amputiert bei allen Prolapsen die Portio, führt die vordere Kolporrhaphie mit Blasenraffung aus und fügt die hintere mit Levatorennaht auf. Nach dem Anlegen eines Druckverbandes vor die Vulva und Einführen eines Verweilkatheters wird die Bauchhöhle durch einen ausgiebigen Längsschnitt eröffnet und bei Frauen im gebärfähigen Alter die tubare Sterilisation ausgeführt. Die wundgemachten Ligg. rotunda werden beiderseits an das parietale Peritoneum angenäht, der stark elevierte Uterus ausserdem ventrifixiert so zwar, dass nun die Wunde unterhalb der Ventrifixurstelle durch dichte Bauchfellnähte geschlossen wird. Zwei oder drei Nähte gehen zudem durch die ganze Dicke der Bauchwand und durch die Gebärmutter. Sie werden erst geknüpft, wenn die ganze Wunde geschlossen ist. Dadurch wird der Uterus fest an die Parietalserosa angepresst, während die Harnblase dem intraperitonealen Druck entzogen sein soll.

Hofmeier (10) betont, dass bei sehr grossen Prolapsen eine operative Dauerheilung unter Erhaltung der vollen physiologischen Funktion nicht möglich ist. Die Neugebauer-Lefortsche Operation ist noch die am meisten schonende. Andernfalls führt Hofmeier die Totalexstirpation mit Resektion des grössten Teils der Vagina und breiter flächenhafter Vereinigung des Peritoneums aus. Dieser Verschluss kann noch verstärkt werden, indem man unter der Peritonealnaht die paravaginalen und parazervikalen Bindegewebsmassen nach der Mitte hin vereinigt.

Vogel (22) empfiehlt für die Ventrifixur das schon öfter angegebene Verfahren, die durchschnittenen runden Bänder durch die Rekti zu ziehen und vorn auf die Faszie aufzunähen.

Bei zwei Fällen von Uteruskarzinom, das auf den Mastdarm übergegriffen hatte, entfernte Stoeckel (21) die Genitalien samt dem Rektum und Sphinkter im Zusammenhang auf abdominalvaginalem Wege. Nach der üblichen Auslösung der Geschlechtsorgane ohne Durchtrennung der Scheide wurde das Rektum am Übergang in die Flexur durchschnitten und der Flexurstumpf durch eine Öffnung in der Bauchwand nach aussen geleitet, der Mastdarm aber bis zum Beckenboden freigemacht. Über dem ins Becken gedrückten Organkomplex wurde ein peritoneales Dach hergestellt und die Bauchhöhle geschlossen. Dann wurden Vulva, Anus und Damm umschnitten, und durch präparatorisches Vorgehen das erste Operationsfeld erreicht. Entfernung der ausgelösten Organe;

Wiedervernähen des Dammes. — Die eine Patientin ist bisher ein, die andere zwei Jahre rezidivfrei.

Auch Mathes (13) empfiehlt wieder bei der Radikaloperation wegen Krebs ein vaginalabdominales Vorgehen, verschliesst die abgekratzte und verschorfte Karzinomhöhle mit abgelöster Scheide und führt dann den abdominalen Teil des Eingriffs aus. Er drainiert dann durch Durchstossen einer Kornzange vom Diaphragma pelvis beiderseits durch die Fossa ischiorectalis und schliesslich die Haut nach innen von den Tubera ischii mit dicken Drains. Er glaubt, dass die Ureteren, die von den Drainrohren, welche gerade über den Grund der Höhle herausragen, eine Strecke entfernt bleiben, vor Nekrose geschützt sind.

Schickele (19) brachte eine grosse, nach abdominaler Totalexstirpation wegen Myom zurückgebliebene Blasenscheidenfistel, die trotz Naht nicht heilte, durch eine der Legeuschen ähnliche Operation zum Verschluss. Von einem medianen Bauchschnitt aus wurde das Peritoneum an der Grenze zwischen Blase und Scheide quer durchtrennt und von beiden Organen abgelöst. Quere Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes. Die Wand der Vagina wird von der Blase möglichst weit nach unten und seitlich abgetrennt und die Blasenmukosa am unteren Fistelrand abpräpariert. Die Fistelränder lassen sich jetzt durch Knopfnähte schliessen. Eine zweite Naht vereinigt die Muscularis vesicae, eine dritte legt das Blasenperitoneum darüber. Tamponade der Scheide. Überdecken des Wundbettes mit Bauchfell.

Zur Heilung einer Blasenektopie bediente sich Fründ (6) der Makkasschen Operation. Es wird in einer ersten Operation das untere Stück Cökum samt einem Ileumabschnitt ausgeschaltet und die Appendix in die Bauchwand eingenäht. Ein in sie eingeführter Verweilkatheter ermöglicht Drainage und Reinigung der ausgeschalteten Darmpartie. In einer zweiten Operation wird das aus der Harnblase auspräparierte Trigonum mit den ausmündenden Ureteren in das Cökum implantiert; letzteres dient als Blase, die Appendix als Harnröhre. Diese soll mit der Zeit eine gewisse Kontinenz erlangen.

In einen durchschnittenen Ureter führt Johnson (12) ein dünnes Glasröhrchen ein und vereinigt über diesem die beiden Enden mit feinen Seidenknopfnähten. Das Röhrchen wird darauf durch Einschnitt in den Ureter entfernt, der Schnitt genäht.

Fleischhauer (5) entschloss sich in einem Fall von Ureterdurchschneidung gelegentlich einer Totalexstirpation zur Knotung des Harnleiters nach Stoeckel; er knotete zweimal und verschloss das Organ unten durch eine Catgutligatur. Der Versuch, einen Knoten ans hintere Blatt des Lig. lat. anzuheften, gelang nur unvollkommen. Patientin heilte. Die Urinmengen nahmen von 350 ccm am ersten Tag bis 1200 am zehnten zu; nach 60 Tagen war eine Vergrösserung der betreffenden Niere palpatorisch nicht festzustellen.

Von einer rezidivierenden Beckeneiterung unklarer Provenienz berichtet Zimmermann (24). Nach Anlegung eines Anus praeternaturalis links, der grosse Erleichterung brachte, deckte die Laparotomie einen Eiterherd unterhalb der Appendix auf, der mit einer Perforation im Cökum kommunizierte. Tamponade. Resektion. Sekundärer Verschluss des Anus praeternaturalis. Heilung.

Bei einer 19jährigen Jungverheirateten mit Uterus et vagina duplex durchtrennte Rockey (17) das Scheidenseptum zwischen zwei Klemmen. In einem in der Mitte teilbaren Spekulum wurden dann beide Uterinhöhlen dilatiert und ferner die Branchen einer zangenartigen grossen Klemme in je eine derselben eingeführt, geschlossen und bei Beckenhochlagerung (zur Vermeidung der Einklemmung von etwa zwischen den Uteri liegenden Darmschlingen) 36 Stunden liegen gelassen. Das Septum nekrotisierte.

Chaput (3a) will einerseits das Peritoneum gegen die Vagina durch eine exakte Naht abschliessen, andererseits aber von der Bauchwand aus ein Drainrohr durch die Bauchhöhle nach der Scheide durchführen. Er glaubt trotz der Durchbrechung des Grundsatzes des Abschlusses der Bauchhöhle doch darin Vorteil zu sehen.

XII.

Chirurgische Erkrankungen des Abdomens.

Referent: Marineoberstabsarzt Dr. zur Verth, Kiel.

A. Verletzungen.

1. Albrecht, P., Über Bauchschüsse. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 26.
2. Bertog, Johannes, Bauchschüsse im Kriege und ihre Behandlung. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 135. Heft 6. p. 575—586. April.
3. Brunzel, H. F., Zur Kasuistik perforierender Pfählungsverletzungen. Chir. Abt. d. herzogl. Krankenhauses zu Braunschweig. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15.
4. Dobbertin, Der Verschluss von Eingeweidefisteln nach Schussverletzungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 1. Feldärztl. Beil. 1.
5. *v. Domarus und Salomon, Beitrag zur Kenntnis der Zwerchfellhernie nach Schussverletzung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 23. Nr. 4.
6. Fehling, H., Über die Behandlung der Bauchschüsse. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 98. Heft 3. Kriegschir. Heft 12. p. 351.
7. Gütig, Carl, Zur Behandlung der Bauchschüsse in der vorderen Linie. Med. Klin. Nr. 34.
8. Haenel, F., Über Bauchschussverletzungen. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 100. Heft 3. Kriegschir. Heft 17. p. 311.
9. Hahn, F., Über die Behandlung der Bauchschüsse am Verbandplatze. Münch. med. Wochenschr. Nr. 12. Feldärztl. Beil. 12.
10. *Härtel, Fritz, Über Schussverletzungen der Bauchhöhle. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 100. Heft 3. Kriegschir. Heft 17. p. 273.
11. Hellwig, Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Magen- und Darmschüsse. Münch. med. Wochenschr. Nr. 11. Feldärztl. Beil. 11.
12. Karer, B., Einige Erfahrungen über die operative Behandlung der Bauchschüsse. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 26.
13. Lenk, R., Röntgenbefunde bei frischen Bauchschüssen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 35. Feldärztl. Beil. 35.
14. Lick, E., Über Bauchschüsse, insbesondere über Schussverletzungen der Leber. Arch. f. klin. Chir. Bd. 107. Heft 3.
15. *Matti, Hermann, Ergebnisse der bisherigen kriegschirurgischen Erfahrungen. 10 Bauchschüsse. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. p. 871—873 u. 909—912.
16. Mertens, Bauchschüsse im Felde. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 100. Heft 2. Kriegschirurgie. Heft 16. p. 235.
17. Molineus, Milzschussverletzungen. Med. Klin. Nr. 27.
18. — Die Bauchschussverletzungen im Felde. Med. Klin. Nr. 21.

19. Most, Zur Prognose und Behandlung der Bauchschüsse im Kriege. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 100. Heft 2. Kriegschir. Heft 16. p. 184.
20. *Nobe, Zur Kasuistik der Zwerchfellschussverletzungen mit Ileus. 32. kriegschir. Mitteil. a. d. Völkerkrieg 1914/16. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 137. Heft 5 u. 6. Okt. p. 326—337.
21. Oberst, Über Schussverletzungen des retroperitonealen Spaltraums und ihre Beziehungen zur Bauchhöhle. Münch. med. Wochenschr. Nr. 11. Feldärztl. Beil. 11.
22. v. Oettingen, W., Bauchschüsse. Med. Klin. Nr. 12.
23. v. Schmieden, Die Behandlung der Bauchschüsse im Felde. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 15.
24. *Sträuli, A., Traumatische subkutane Darmruptur. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 136. Heft 1—3. Juni. p. 167—226.
25. Strauss, M., Die Behandlung der Bauchverletzungen im Stellungskriege. Med. Klin. Nr. 10.
26. *Wideröe, Sofus, Subkutane Darmruptur als Skiverletzung. Norsk. Mag. Laegevidenskaben. Jahrg. 77. Nr. 4. (Norwegisch.)
27. *Wieting, Über Bauchschüsse und organisatorische Massnahmen. Samml. klin. Vortr. Nr. 725. Chir. Nr. 195. Leipzig. Ambros. Barth.
28. *Wieting-Pascha, Über Zwerchfellverletzungen mit Ileus. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 134. p. 553.
29. Wilmanns, Zur Behandlung der Bauchschüsse. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 410—412.
30. Wolf, W., Über operative Behandlung der Bauchschüsse im Stellungskrieg. Münch. med. Wochenschr. Nr. 11. Feldärztl. Beil. 11.

Bei weitem die grösste Anzahl von Arbeiten ist den Bauchschüssen und ihren Folgen gewidmet. Die Stellungnahme der Kriegschirurgen hat sich im allgemeinen zur grundsätzlichen Empfehlung möglichst umgehender operativer Therapie — soweit die äusseren Verhältnisse das gestatten und die günstige Zeit nicht verstrichen ist — durchgerungen. Die wichtigsten Arbeiten sind wiederum in die Literatursammlung aufgenommen.

Matti (15) fasst die Erfahrungen zusammen. Im einzelnen bringen besonders die Arbeiten von Härtel (10) und Wieting (27) bemerkenswerte Winke. Mit den diagnostisch wichtigen Zwerchfellverletzungen beschäftigen sich Wieting (28), Nobe (20) und v. Domarus und Salomon (5).

Im übrigen bringt Sträuli (24) eine umfassende Arbeit über traumatische subkutane Darmrupturen. Nach ihrer Ursache werden sie eingeteilt in solche, die durch breit angreifende Gewalt bedingt sind, der Entstehung nach in Darmquetschung, Darmzerreissung und Darmberstung. Der Darm ist besonders in der Nähe seiner physiologischen Anheftungsstellen, namentlich unterhalb der Plica duodenojejunalis und vor der Einmündung ins Cökum zur Zerreissung disponiert. Die Kenntnis von der Entstehung der Berstung wird in ausführlichen theoretischen Erörterungen erläutert und erweitert. Sämtliche 8 Verletzungen des Verfassers, die im Kantonsspital Münsterlingen Chefarzt Brunner beobachtet wurden, betreffen den Dünndarm, der auch bei den andern Statistiken hervorragend (88—92%) beteiligt ist. Das Ileum ist am häufigsten Sitz der Ruptur, das Jejunum am seltensten, 2 mal das Duodenum. In 5 Fällen sind Darmlöcher in der Einzahl vorhanden, in 3 Fällen in der Zweizahl, in einem Fall in der Mehrzahl. Von den eigentlichen primären Erscheinungen sind die Zeichen beginnender Peritonitis scharf zu trennen. Schmerz, Erbrechen, Bauchdeckenspannung und Dämpfung sind die Hauptzeichen. Die Leberdämpfung war in keinem Falle verschwunden. Das Verschwinden der Leberdämpfung sollte aus den Symptomen intestinaler Verletzung ausscheiden. Spannung der Bauchdecken ist allein schon eine absolute Indikation zur Laparotomie. Solange sie besteht, ist von einem operativen Einschreiten noch Erfolg zu erwarten. Frühzeitige chirurgische Therapie ist allgemein als die einzig richtige anerkannt.

Aber auch in allen zweifelhaften Fällen ist die möglichst frühzeitige Probelaparotomie das einzige Vorgehen, das verantwortet werden kann. Die Gesamtheilungsziffer von 469 aus der Literatur gesammelten Operationsfällen beläuft sich auf 133 = 28,3%. Von den 8 Fällen Sträulis, über die meist gut beobachtete Krankheitsbeschreibungen mitgeteilt werden, starben 4. Wideröe (26) operierte mit Erfolg nach 54 Stunden einen 11jährigen Knaben, der beim Skilaufen mit der Magengegend gegen die Skispitze gefallen war und den Dünndarm etwa in der Mitte zur Hälfte quer durchrissen hatte.

B. Netz, Mesenterium, retroperitoneales Gewebe.

1. Castro, V., An unusual case of mesenteric transplantation. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 66. 10. March 4.
2. Jameson, Mesenteric thrombosis. Annals of Surg. 1915. Nr. 5. Nov.
3. Patry, C., Des greffes épiploiques. Rev. méd. de la Suisse romande. Nr. 1.
4. Pers, Alfred, Über die Adenitis glandularum mesenterii. Ugeskr. f. Laeger. Jahrgang 77. Nr. 52. 1915. p. 2021. (Dänisch.)
5. Veyrassat, Diagnostic de la torsion du grand épiploon. Revue méd. de la Suisse romande. Nr. 1.

C. Magendarmkanal.

1. Allgemeines.

1. Aaron, Ch., Chronic intestinal stasis from the viewpoint of the internist. Buffalo Med. Journ. Vol. 72. Nr. 1.
2. Bettmann, Henry Wald, Medical adspects of visceroptosis. Amer. Journ. of Orthop. Surg. 14. Heft 9.
3. Boas, J., Die Bedeutung der okkulten Blutungen des Magendarmkanals für die Abdominalchirurgie. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. Heft 3. p. 364.
4. Colton, A. J., Intestinal paresis with special reference to pituitrin in its treatment. Buffalo Med. Journ. Vol. 71. Nr. 11. July. (Pituitrin wurde mit vorzüglichem Erfolg verwendet.)
5. *Finsterer, H., Die totale Darmausschaltung. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 1. p. 1.
6. Grile, G., Methods and results in surgery of the stomach and intestines. Buffalo Med. Journ. Vol. 72. Nr. 2. Sept.
7. Grober, Behandlung bedrohlicher Blutungen aus dem Verdauungskanal. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. p. 1597.
8. Hans, Hans, Bildung von Einstülptrichtern verschiedener Grösse am Magendarmkanal. Zentralbl. f. Chir. Nr. 17. p. 345.
9. Harold, The element of error in abdominal diagnosis. Annals of Surg. Nr. 1. July.
10. *Hartert, Wilhelm, Ein neuer Weg zur Wahrung vollkommener Asepsis bei Magendarmoperationen. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 3. p. 475.
11. Mc Whorter, Golder L., A new method of intestinal anastomosis. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 66. Nr. 2. Jan. 8. (Rechtwinklige Anastomose.)
12. Meissner, Volvulus mit Strangulationsileus. Persistierender Ductus omphalo-entericus. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 2. p. 265. (Bei einem russischen Kriegsgefangenen.)
13. *Momburg, Die einzeitige, zweireihige Darmnaht. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. p. 635—636.

13a. Parmenter, F. S., The treatment of intussusception. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 66. Nr. 2. Jan. 8.

14. *Pope, The prevention of peritoneal adhesions by the use of citrate solutions. Annals of Surg. Nr. 2. Febr.

15. *Reichel, Zur Nachbehandlung nach Magen- und Darmoperationen. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 137. Heft 4. Sept. p. 258—262.
16. Robbins, Enteroptosis. Med. Record. Bd. 84. Heft 6. (Übersichtsreferat.)
17. Schmidt, Rudolf, Klinik der Magen- und Darmerkrankungen, einschliesslich Röntgendiagnostik. In Merksätzen und kasuistischen Skizzen für Ärzte dargestellt. p. 269. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.
18. *Schöne, G. und F. Uhlig, Zur Technik der Anastomosenbildung zwischen Darmteilen sehr verschiedener Weite. Zentralbl. f. Chir. Heft 13. p. 265.
19. *Uhlig, Fritz, Zur Technik der Anastomosenbildung zwischen Darmschlingen sehr verschiedener Weite. Zentralbl. f. Chir. Heft 32. p. 662.
20. — Zur Behandlung des postoperativen paralytischen Ileus mit intravenösen Kochsalz-Neohormonalinfusionen. Med. Klin. Nr. 22.
21. *Walker and Ferguson, Peritoneal adhesions: their prevention with citrate solutions. Annals of Surg. Febr. Nr. 2.
22. Zöppritz, Heinrich, Weitere Beiträge zur Magendiagnostik. Das Gluzinskische Verfahren, geprüft an 462 Fällen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. Heft 1.

Über die totale Darmausschaltung stellt Finsterer (5) umfassende Untersuchungen an in Hocheneggs Wiener Klinik. Er kommt zu folgenden Schlusssätzen: Die totale Darmausschaltung verdient wegen ihrer grösseren Leistungsfähigkeit (absolute Ruhigstellung des erkrankten Darmes) unbedingt den Vorzug vor der Enteroanastomose oder der inkompletten = unilateralen = Darmausschaltung nach Senn. Bei der heutigen Operationstechnik und Art der Anästhesie (möglichste Ausschaltung der Narkose durch die Lokalanästhesie) ist sie kein gefährlicherer Eingriff als die einfache Enteroanastomose, daher auch bei herabgekommenen Kranken noch ausführbar. Die totale Ausschaltung wegen Tuberkulose, Darmfisteln oder Appendizitis kann zu dauernder Heilung und fast vollkommener Beschwerdefreiheit führen; wird trotzdem die sekundäre Exstirpation des ausgeschalteten Darmstückes verlangt, so kann diese Operation wegen Zurückgehen der entzündlichen Verwachsungen mit der Umgebung sehr leicht und ganz ungefährlich werden. Beim malignen Neoplasma hat die totale Ausschaltung einen palliativen Wert (Ausschaltung der mechanischen Reizung, Verschwinden der Schmerzen); wird der Tumor nach Zurückgehen der entzündlichen Fixation wieder beweglich und damit operabel, so muss der totalen Ausschaltung der Wert einer „vorbereitenden Operation" zur Radikalheilung zugemessen werden. Bei der totalen Ausschaltung ist die Methode Hocheneggs (Einnähen beider Darmlumina) allein berechtigt, da sie technisch am einfachsten ist, postoperative Komplikationen ausschliesst und die Vorteile einer direkten medikamentösen Behandlung des Grundleidens bietet. Der blinde Verschluss beider Darmlumina ist auch bei bestehender Kotfistel absolut unstatthaft, da nach der totalen Ausschaltung die Fistel sich bald spontan schliesst und dadurch sekundär das Stadium einer „totalen Okklusion" entsteht, das dem Träger ebenso lebensgefährlich werden kann, wie der primäre totale Verschluss.

In ausführlicher Habilitationsschrift gibt Hartert (10) einen neuen Weg zur Wahrung vollkommener Asepsis bei Magendarmoperationen: Verkochen des zu eröffnenden Darmabschnittes, Durchtrennung und Naht im verkochten Gewebe, Einstülpung des verkochten Abschnitts. Die Verkochung wird mittelst einer sehr kunstvoll gebauten Kochklemme vorgenommen, die durch Wasserdampf erhitzt wird.

Momburg (13) empfiehlt die zweireihige Lembert-Czerny-Naht dadurch zu vereinfachen, dass mit demselben Faden beide Nähte zugleich gemacht werden und dass nur einmal geknotet wird. Besonders bewährt hat sich das Verfahren bei entzündeter Darmwand.

Die Technik der Anastomosenbildung zwischen Darmteilen sehr verschiedener Weite haben Schöne und Uhlig (18) und Uhlig (19) da-

durch verbessert, dass sie den stark kollabierten abführenden Schenkel mittelst Pravazspritze mit Luft bis zur Weite des gedehnten zuführenden Schenkels aufblasen.

Walker und Ferguson (21) gelang es bei Rattenexperimenten, Pope (14) beim Menschen, peritoneale Adhäsionen durch Zitratlösungen zu verhüten. Walker und Ferguson gebrauchten 3% Natriumzitrat und 1% Natriumchloridlösung. Pope tränkte alle Tupfer und Schwämme mit 2%iger Natriumzitrat- und 2% Natriumchloridlösung und beliess mehrfach etwas Lösung in der Bauchhöhle. Bereits bestehende Adhäsionen werden nicht beeinflusst. Das Mittel wirkt nur verhütend, ist in der Verhütung aber allen bisher empfohlenen überlegen.

In einer Arbeit zur Nachbehandlung nach Magen- und Darmoperationen macht Reichel (15) zunächst Angaben über die Ernährung nach Magendarmeingriffen. Ein kleiner Teil Magendarmoperierter befindet sich nach dem Eingriff so wohl, als hätten sie keine grössere Operation überstanden. Bei ihnen ist die sofortige Ernährung überflüssig; ein anderer Teil leidet nach der Operation an Übelkeit, Erbrechen, Druck- und Spannungsgefühl in der Magengegend. Die eingeführte Sonde entleert früh und abends trübe, anfangs oft blutige, nicht selten stinkende Flüssigkeitsmengen. Bei einer dritten kleinen Gruppe ist der Zustand noch schlimmer, ja bedrohlich. Bei den beiden letzten Gruppen schadet die frühzeitige Ernährung oder verbietet sich von selbst. Nötig ist Flüssigkeitszufuhr subkutan, intravenös oder durch Einlauf. Erst wenn die Neigung zum Erbrechen erloschen ist, der Magen wirklich leer geworden ist und leer bleibt, werden den Operierten kleine Flüssigkeitsmengen (kalter Tee) gestattet, und, wenn sie ihn vertragen, Milch und Schleimsuppen, festere Speisen aber selbst bei bestem Verlauf nicht vor Ablauf des 5. bis 6. Tages zugefügt.

Reichel wendet sich dann zu der Frage: Wie soll man sich verhalten bei Auftreten von Erscheinungen, die eine Insuffizienz der Naht wahrscheinlich machen? Perforation infolge Nahtinsuffizienz erfolgt gewöhnlich am 5. Tage. Sie äussert sich ähnlich der appendizitischen Perforation durch plötzlich eintretenden intensiven Schmerz, umschriebene Bauchdeckenspannung, oft Erbrechen, vielfach leichte Kollapserscheinungen, meist auch Ansteigen der Körperwärme. Wird sofort im ersten Stadium eingegriffen, so ist die Hoffnung berechtigt, wie bei der Frühoperation der akuten Appendizitis den Krankheitsherd durch Freilegen der Nahtstelle Tamponade und Drainage noch rechtzeitig zu isolieren und damit der progredienten Bauchfellentzündung vorzubeugen.

2. Radiologie des Magendarmkanals.

1. Baetjer, Fred H., Visceroptosis from the radiographers viewpoint. Amer. Journ. of Orthop. Surg. 14. Heft 9.
2. Brown, G. E., An unusual stomach case with roentgenographic findings. Journ. of the Amer. Assoc. Bd. 66. Heft 25. June 12. (Präpylorische Nische war durch hernienartige Ausstülpung aller Magenwandschichten hervorgerufen.)
3. Carman, R. D., Spasm of the stomach and duodenum from a roentgenologic point of view. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 66. 17. April 22.
4. *Chaval, Über ein Verfahren zur radiologischen Untersuchung des Duodenum. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 138. Heft 3—4. Dez. p. 161—184.
5. Fischer, Heinrich, Beitrag zur Radiologie der Bewegungsvorgänge am kranken Magen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1915. Bd. 28. Heft 5.
6. Forssel und Key, Ein Divertikel an der Pars descendens duodeni mittelst Röntgenuntersuchung diagnostiziert und operativ entfernt. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 24. Heft 1.

7. Freud, J., Gastroenterostomie und Ileus im oberen Dünndarme. Beitrag zur Röntgendiagnose des Dünndarmileus. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. Heft 2.
8. *— Röntgendiagnose des typischen primären Sarkoms des oberen Dünndarms. Zentral-Röntgenlaboratorium in Wien, Prof. Holzknecht. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31.
9. — Aufgaben und Schwierigkeiten der Röntgenuntersuchung Gastroenterostomierter. Lösung durch Verwendung der Duodenalsonde. Aus dem Zentral-Röntgenlaboratorium des Prof. Holzknecht, Wien. Münch. med. Wochenschr. Nr. 41.
10. *Gerlach, W. und Fr. Erkes, Der Wert der Röntgenuntersuchung für die Diagnose des Ulcus duodeni. Eine radiologische Studie auf Grund von Erfahrungen an 47 operierten Fällen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 136. Heft 4 u. 5. Juni. p. 400—430.
11. Göcke, C., Beiträge zur Morphologie des Magens nach Resektionen. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 2. p. 294.
12. *Goldammer, Die Röntgendiagnostik der chirurgischen Erkrankungen des Verdauungskanals. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Herausgeber: Prof. Dr. Albers, Schöneberg. Ergänzungsband 15. Hamburg, Lucas Gräfe u. Sillem.
13. *Lüdin, Röntgenologische Beobachtungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 23. Heft 6.
14. Rosenthal, E., Röntgenologisch beobachtete Magenperforation. 1. med. Klin. Univ. Budapest. Prof. Dr. Bálint. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34. (Zahlreiche Bilder der spontan geheilten Perforation.)
15. Schlecht, H., Zur Röntgendiagnose der Dickdarmtumoren. Med. Klin. Nr. 39. (Das einzige einwandfreie Verfahren ausgiebiger röntgenologischer Untersuchung des Dickdarms ist die Untersuchung auf dem Trachoskop, bei der das Einlaufen des Kontrasteinlaufs ständig in allen Phasen mit dem Leuchtschirm verfolgt wird.)
16. *Stierlin, Eduard, Klinische Röntgendiagnostik des Verdauungskanals. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 11. p. 584. Mk. 30.—.
17. Troell, Abraham, Ein Beitrag zur Gastroptosefrage, speziell unter radiologischem Gesichtspunkte. Arch. f. klin. Chir. Bd. 107. Heft 2.
18. Wagner, Duodenalstauung bei Duodenojejunalhernie im Röntgenbild. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. Heft 1.
19. Weil, Über die röntgendiagnostische Bedeutung normaler und abnormer Gasansammlung im Abdomen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. Heft 1.
20. *Wilms, Röntgenbestrahlung bei Pylorospasmus. Münch. med. Wochenschr. Nr. 30.

An zusammenfassenden Bearbeitungen liegen die beiden vorzüglichen Bücher von Goldammer (12) und Stierlin (16) vor.

Lüdin (13) stellt röntgenologische Beobachtungen an am Magen während gastrischer Krisen, während eines Ohnmachtsanfalls, während der Menstruation, weist bei vier abgemagerten Kranken Gallensteine im Röntgenbild nach und zeigt den Einfluss der Bauchbinde auf die Gestalt des Magens.

Wilms (20) empfiehlt in unkomplizierten Fällen von Pylorospasmus Röntgenbestrahlung, die mehrfach mit gutem Erfolg angewendet wurde. Indes ist Vorsicht geboten, weil der Einfluss von Röntgenstrahlen auf Geschwüre und Krebse unheilvoll sein kann.

Chaul (4) hat in der Züricher Klinik Sauerbruchs ein Verfahren der direkten Untersuchung des Duodenum ausgebildet, das sich auf die röntgenologische Symptomatologie der Duodenalstenose gründet. Als direktes Verfahren benutzt er Serienaufnahmen in verschiedenen Körperlagen. Oberhalb der Stenose füllt sich das Duodenum in einer Weise, dass seine Konturen scharf sichtbar werden. Die Stenose wird durch Druck des Kompressionstubus gegen die Wirbelsäule des in halbrechter Bauchlage befindlichen Kranken erzielt. Dabei verengern die vorspringenden Wirbelkörper die Lichtung der Pars horizontalis inferior des Zwölffingerdarms. Zur genügenden Füllung des Duodenums ist eine Zeit von 8—10 Minuten erforderlich. Nach Verlauf dieser Wartezeit können die Aufnahmen beginnen. Eine Anzahl vorzüglicher Röntgenbilder zeigt die recht guten Ergebnisse.

Vergleichende Untersuchungen des Röntgen- und Operationsbefundes des Ulcus duodeni, die bei 47 Operationsfällen von Gerlach und Erkes (10) in der chirurgischen Universitätsklinik Berlin (Geheimrat Bier) vorgenommen wurden, ergaben normal geformte und normal funktionierende Mägen 5 mal = 11%, ptotische, oft mit Ektasie verbundenen Mägen 31 mal = 68%, einen 6 Stunden Rest bei Ptosen 12 mal = 25%, hochstehende hypertonische Mägen 6 mal = 13%, hocheinsetzende lebhafte Peristaltik 29 mal = 62%, hocheinsetzende lebhafte Peristaltik, verbunden mit Ptose 18 mal = 38%, hocheinsetzende lebhafte Peristaltik, verbunden mit Ptose und 6 Stunden Rest 8 mal = 17%, Rechtsverziehung des Magens 20 mal = 42%, Dauerschatten in Duodenum 25 mal = 53% und zwar: Dauerfüllung des ganzen Duodenums 10 mal = 21%, Dauerbulbusfüllung 15 mal = 32%.

Unter allen radiologischen Befunden am Duodenum, Dauerbulbusfüllung, Dauerausguss oder Wismutfleck, gibt es — mit Ausnahme des Nischensymptoms bei dem selteneren Ulcus penetrans — keinen, der beim Ulcus duodeni als charakteristisch gelten könnte. Auch am Magen gibt es keine radiologischen Einzelzeichen, weder in seiner Form, noch in seiner Peristaltik, noch in seiner Entleerungsart, denen eine diagnostische Bedeutung zugesprochen werden kann. Auch das Auftreten mehrerer Zeichen hat keine Beweiskraft für die Diagnose des Ulcus duodeni.

Zur Erkennung des typischen primären Sarkoms des oberen Dünndarms gibt Freud (8) folgende Zeichen an: Die röntgenologisch nachweisbare Störung ist fast völlig auf die erkrankte Darmstrecke beschränkt; letztere gelangt selbst zur Darstellung. Es ist eine relativ grössere Darmstrecke in continuo befallen. Die erkrankte Darmstrecke ist stellenweise erweitert; die erweiterte Darmstrecke kann charakteristische Fo men — Tumoraussparung — haben, die bei Füllung mittelst der Duodenalsonde ausgeprägt erscheinen. Die Kerkringschen Falten fehlen teilweise oder ganz. Der Inhalt der Darmschlinge kontrahiert sich nicht spontan und nicht auf Druck. Es bestehen keine Stauungserscheinungen; es stagniert nur eine kleine Chylusmenge in der erkrankten Darmschlinge.

3. Magen- und Zwölffingerdarm.

1. *Andresen, A. F. R., The treatment of gastric ulcer. Med. Record. Bd. 84. Heft 11. März 11.
2. *Boas, J., Kritische Bemerkungen zur Diagnose und Therapie des Ulcus duodeni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2. p. 33—36 u. Nr. 3. p. 71—75.
3. Bräutigam, Stillung einer schweren Magenblutung mittelst Koagulen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 47. p. 1656.
4. *Bruine, Ploos van Amstel, P. J., Die Diagnose von Ulcus duodeni. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. Heft 1. p. 94.
5. *Brun, Hans, Über die Unterbindung der Arteria coronaria sinistra bei Resektionen des Magens, insbesondere der Kardia. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 135. Heft 2 u. 3. Febr. p. 81—100.
6. *Brunzel, H. F., Über den Spätzirkulus nach vorderer Gastroenterostomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 135. Heft 6. p. 555—564. April.
7. *Burge, W. E. und L. E., The cause of gastric ulcer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 66. 14. April 1.
8. Burton, Acute operative dilatation of the stomach. Annals of Surg. Nr. 4. April.
9. Clairmont, P., Die Technik der Duodenalresektion wegen Ulcus. Wien. klin. Wochenschrift. Nr. 24.
10. Cohn, Acute dilatation of the stomach complicating operations on the extremities. Annals of Surg. March. Nr. 3.
11. *Dahl, R., Über die Diagnose des Magen- und Duodenalgeschwürs an der Hand operierter Fälle. Hygiea Bd. 78. Heft 18. p. 1408. (Schwedisch.)
12. *Emmert, J., Ein klinischer Beitrag zur Bewertung des Nachweises okkulten Blutes in Mageninhalt und Stuhl für die Diagnose des Magenkarzinoms. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 10.

13. Ernst, N. P., Atresia infrapapillaris duodeni congenita. Duodeno-Enteroanastomose. Heilung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 28. p. 573.
14. Finsterer, Hans, Vorteile und Nachteile der einfachen Enteroanastomosen und der unilateralen Ausschaltung und deren Ersatz durch die totale Darmausschaltung nach v. Hochenegg. Med. Klin. Nr. 22.
15. — Zur Diagnose und Therapie der akuten Perforation von Magen- und Duodenalgeschwüren. Wien. med. Wochenschr. Nr. 9.
16. — Erwiderungen auf die Bemerkungen Prof. Schnitzlers zu meinem Aufsatze „Zur Diagnose und Therapie der akuten Perforationen von Magen- und Duodenalgeschwüren". Wien. med. Wochenschr. Nr. 15.
17. *Friedenwald, J. and R. Kieffer, On the value of the quantitative estimation of dissolved albumin in the gastric contents in the diagnosis of cancer of the stomach. Amer. Journ. of the Med. Sciences. Sept. Vol. 152. Nr. 3.
18. Glaser, F., Über akuten, auf Pylorospasmus beruhenden Pylorusverschluss nach Pneumonie infolge Ulcus duodeni. Med. Klin. Nr. 24.
19. v. Haberer, H., Duodenalresektion wegen Ulcus. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 29.
20. Hans, Hans, Ventilsicherer Verschluss des künstlichen Magenmundes durch Bildung eines grossen Einstülptrichters. Zentralbl. f. Chir. Heft 5. p. 89.
21. Jedlicka, J., Postoperative Magenblutung infolge Chloroformnarkose. Casopis lékasuv ceskych. Nr. 31. (Nach Ovariotomie bei einer 30jährigen Virgo mit tödlichem Ausgang.)
22. Jefferson and Flumerfelt, The anatomical and physiological subdivisions of the duodenum with a note upon the pathogenesis of ulcer. Annals of Surg. Nr. 3. March. (Einteilung in einen oberhalb und einen zweiten unterhalb der Papilla Vateri gelegenen Teil, Sitz der Geschwüre ist nur der suprapapilläre Teil.)
23. *Kausch, W., Der Circulus vitiosus nach der Gastroenterostomie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 845—847.
24. *Leonard, V. N. und A. B. Dayton, Multiple acute gastritis ulcers after using Percy's „cold iron" for inoperable carcinoma. Journ. of the Amer. Assoc. 66. 20. May 13.
25. *Liek, E., Zur Kenntnis und operativen Behandlung des multiplen kallösen Magengeschwürs. Arch. f. klin. Chir. Bd. 107. Heft 4.
26. *Löhr, W., Dauerresultate operativ behandelter Magenulcera. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 137. Heft 1—3. Aug. p. 1—90.
27. Möller, Harald, Das perforierende Magenduodenalgeschwür. Nord. med. Arkiv. Abt. 1. Kirurgi. Bd. 49. Heft 1—3.
28. Narath, A., Ventilsicherer Verschluss des künstlichen Magenmundes durch Bildung eines grossen Einstülptrichters. Zentralbl. f. Chir. Heft 10. p. 208.
29. *— Zur Geschichte der zweiten Billrothschen Resektionsmethode am Magen. Benennung der einzelnen Ausführungsarten. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 136. Heft 1 bis 3. Juni. p. 62—136.
30. Nöllenburg, W., Ein Beitrag zur Tumorform der Magentuberkulose. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 3. p. 691. (Bei einer 47jährigen Frau, durch Operation geheilt.)
31. *Reichel, P., Erfahrungen aus dem Gebiete der Magenchirurgie, mit besonderer Berücksichtigung des Wertes meiner Methode der Gastrojejunostomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 136. Heft 1—3. Juni. p. 52—61.
32. Reichmann, Zur Lumenerweiterung des Duodenum. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41.
33. Reinhard, W., Beitrag zur Technik der Pylorusausschaltung nach Eiselsberg. Zentralblatt f. Chir. Heft 14. p. 281.
34. Rothschild, O., Erfolgreicher Verschluss nach Magenresektion entstandener Duodenalfistel. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14.
35. Schlecht, Duodenalstenosensymptome bei anormaler ligamentärer Verbindung der Gallenblase (Ligamentum hepatocolicum). Münch. med. Wochenschr. Nr. 38.
36. Schlesinger, Hermann, Unterscheidet sich das Magensarkom klinisch vom Karzinom? Wien. klin. Wochenschr. Nr. 25.
37. Schnitzler, Julius, Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. Finsterer „Zur Diagnose und Therapie der akuten Perforationen von Magen- und Duodenalgeschwüren" in Nr. 9 dieser Wochenschrift. Wien. med. Wochenschr. Nr. 15.
38. Schütz, Emil, Weitere klinische Erfahrungen über Magenkarzinom. Wien. med. Wochenschr. Nr. 3.

39. v. Tappeiner, H., Die Pylorusausschaltung. Ihre Indikation und Technik. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 9.
40. Teutschländer, Otto, Mukormykose des Magens. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. Heft 2. p. 127. (64jähriger Konditor unter dem Bilde des Magenkrebses.)
41. West, R. and Mary E. Stewart, Gas bacillus infection with remarks on gastric ulcer. Proceedings of the New York Pathol. Soc. N. S. Bd. 16. Heft 1 u. 2. Jan. u. Febr.
42. *Wilensky, A. O. and S. H. Geist, Experimental studies in the production of chronic gastric ulcer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 66. 18. April 29.
43. *Wulff, Ove, Über die Diagnose von Ulcus duodeni. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. Heft 1. p. 79.
44. *Zander, P., Technisches zur Magenresektion. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Dez. Bd. 138. Heft 3—4. p. 195—202.
45. *Zoeppritz, Weitere Beiträge zur Magendiagnostik. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. Heft 1. p. 1.

In der Erforschung der Ätiologie des akuten Magengeschwürs blieben die Tierversuche von Wilensky und Geist (42), die bei Katzen Schleimhautdefekte setzten und diese mit aus Magengeschwüren des Menschen gezogenen Streptokokken infizierten, ohne Erfolg. W. E. und L. E. Burge (7) gelang in vitro der experimentelle Nachweis, dass der Sauerstoff die Zellen der Magenschleimhaut gegen die verdauende Wirkung des Magensaftes schützt, während sie bei Herabsetzung des Sauerstoffs (Anämie) ihr unterliegen. Multiple Ulcera des Magens und subseröse Ekchymosen des Bauchfells — wie nach schwereren Verbrennungen — sahen Leonhard und Dayton (24) nach abdominaler Radikaloperation eines inoperablen Cervixkarzinoms mit Hilfe des Percyschen Kaltkauters.

Boas (2) kommt auf Grund umfassender Erfahrung zu dem Ergebnis, dass in der Diagnose des Ulcus duodeni vom diagnostischen Gerüst Moynihans, das nur die Vorgeschichte berücksichtigt, nichts übrig bleibt. Die deutschen Ärzte haben sich mit der auf durchaus schwachen Füssen stehenden Lehre Moynihans nicht begnügt, sondern haben als objektive Momente zugefügt Druckschmerzen, chemische Veränderungen des Mageninhalts, okkulte Blutungen und Röntgenbefund. Als besonders wertvoll betrachtet Boas den Nachweis von okkultem Blut — s. oben Allgemeines —, während er der Röntgenuntersuchung für das unkomplizierte Ulcus duodeni Wert nicht beimisst. Er hält das Duodenalgeschwür für auf internem Wege heilbar und bezeichnet die laktovegetabilische Diät als eine ausgezeichnete Beihilfe für die Bekämpfung der Säurebeschwerden. Nach Dahl (11) bedeutet bei der Diagnose des Magen- und Duodenalgeschwürs die Untersuchung nichts, die Vorgeschichte alles. Das einzige konstante Symptom sind Schmerzen einige Zeit nach dem Essen. Die Schlussfolgerung von P. J. Bruine Bloos van Amstel (4) lautet, die bestimmte Diagnose Ulcus duodeni auf Grund der Vorgeschichte, des klinischen und röntgenologischen Befundes ist nicht möglich. Nur die Diaphanoskopie (Milland-Einhorn) nach Rovsing leistet Gutes. Es gibt wohl eine Krankheit, aber kein Krankheitsbild des Ulcus duodeni. Die Unterscheidung Magen- oder Duodenalgeschwür ist nach Ove Wulff (43), trotzdem gewisse Unterscheidungsmerkmale vorhanden sind, ziemlich unsicher.

Für die Behandlung multipler kallöser Magengeschwüre empfiehlt Liek (25) bei Pylorus = fernem Sitz und bei geringstem Verdacht auf karzinomatöse Entartung zu resezieren. Bei stenosierendem Geschwür des Pylorus ist auch beim Vorhandensein eines zweiten Geschwürs des Magenkörpers zunächst die hintere Gastroenterostomie mit kürzester Schlinge auszuführen. Bewirkt das zweite Geschwür eine Sanduhrstenose, so ist die Gastrogastrostomie zwischen

den beiden Magensäcken plus hinterer Gastroenterostomie am pylorischen Sack indiziert. Wenn die obengenannten Operationen nicht zum Ziel führen, wird unter Verzicht auf weitere palliative Verfahren der ganze erkrankte Magenabschnitt reseziert. Andresen (1) empfiehlt zur Behandlung des Magengeschwürs, das er für eine durch den Streptococcus viridans bedingte Infektionskrankheit hält, Vakzination mit autogenen Bakterien.

Die Dauerresultate aller wegen Magengeschwür und dessen Folgeerscheinungen operierten Fälle der Klinik „Anschütz“ vom Jahre 1899 bis 1911 unter Mitverwertung der von Graf 1907 bearbeiteten Fälle Helfferichs, im ganzen 163 Fälle, werden von Löhr (26) zusammengestellt. Sie verteilen sich auf 91 Männer und 72 Frauen. Die Frauen gelangen verhältnismässig häufiger im jugendlichen Alter zur Operation als die Männer. Von den 141 operierten Fällen hatten 95 Kranke gleich 67 vom Hundert ihre Krankheit 6—20 Jahre und länger. Schmerz und Erbrechen waren in 96, Erbrechen ohne Schmerzen in 17, wiederholtes Blutbrechen in 22, foudroyante Blutung in 6, peritonitische Erscheinungen in 22 Fällen von 163 Fällen die hervorstehenden Krankheitssymptome. Nicht ganz die Hälfte aller Fälle hatte höhere Gesamtsäurewerte des Magensaftes als normal. In 85 Fällen bestand ein Mobilitätshindernis. Die 163 Fälle werden in 6 Gruppen geteilt: Ulcus callosum mit 47 Fällen = 29,5%, Ulcus simplex und Perigastritis mit 39 Fällen = 24,0%, Ulcusnarben und Adhäsionen mit 43 Fällen = 26,0%, Sanduhrmagen mit 6 Fällen = 3,7%, frisch blutende Geschwüre mit 6 Fällen = 3,7%, Ulcus perforatum mit 22 Fällen = 13,5%. Beim Ulcus callosum war der Sitz der Geschwüre in 47% am Pylorus, in 40% an der kleinen Kurvatur, in 13% am übrigen Magen. Die operative Mortalität beträgt 10% (5 von 47). Von den 42 Überlebenden war das Ergebnis des Eingriffs (meist Gastroenterostomie) bei 18 sehr gut, bei 9 gut, bei 1 schlecht und bei 14 ganz schlecht. 2 Jejunostomierte bluteten weiter. Auch von 7 mit Exzision behandelten Fällen bluteten 2. An 39 Kranken mit Ulcus simplex wurden 41 Eingriffe ausgeführt mit einer Mortalität von 4 = 10%. Über 32 der 35 Überlebenden liess sich genügende Auskunft beschaffen. 15 Fälle boten ein sehr gutes, 9 ein gutes, 2 ein schlechtes und 6 ein sehr schlechtes Ergebnis. Es sind demnach 75% gute Resultate zu verzeichnen. 43 Fälle von Ulcusnarben und Adhäsionen hatten eine operative Mortalität von 2 = 4%. 7 mussten zum Teil mehrfach relaparotomiert werden. Das Ergebnis war bei 15 Kranken sehr gut, bei 12 gut, bei 7 schlecht, bei 5 sehr schlecht, also in 70% zufriedenstellend. Teilt man diese Fälle weiter in Narben und Adhäsionen, so ergeben sich bei 18 Narben 12 sehr gute, 5 gute, 1 schlechtes, keine sehr schlechten Resultate, bei 18 Adhäsionsfällen hingegen nur 4 sehr gute und 5 gute (zusammen 50%), dagegen 4 schlechte und 5 sehr schlechte Ergebnisse (ebenfalls 50%). Von 6 Sanduhrmagen gehören 4 dem weiblichen Geschlecht an, 2 dem männlichen. Sie wurden behandelt zweimal mit Gastroanastomose, fünfmal mit Gastroenterostomie (eine Relaparotomie). Kein Todesfall. Dauerresultate zur Hälfte gut, zur andern Hälfte von nicht gänzlicher Vollkommenheit. Das Lebensalter der 6 Fälle mit akuter heftiger Blutung war auffallend niedrig. 3 von ihnen wurden jejunostomiert. Alle 3 starben. Von den 3 gastroenterostomierten starb 1. Nur einmal wurde beim Eingriff ein Geschwür gefunden, in 3 Fällen bot der Situs von Magen und Darm auch nicht die geringste pathologische Veränderung. Von den beiden Überlebenden hatte die chirurgische Behandlung in einem Fall guten Erfolg. Bei den 22 Kranken mit frischen Perforationen — im ganzen 10 Todesfälle — sass der Durchbruch 2 mal am Duodenum (0 Todesfall), 6 mal am Pylorus (1 Todesfall), 8 mal an der kleinen Kurvatur (5 Todesfälle), 6 mal am übrigen Magen (4 Todesfälle). Innerhalb der ersten 12 Stunden wurden 10 Fälle operiert und 6 = 60% gerettet, innerhalb der ersten 13—24 Stunden wurden 8 Fälle operiert und 4 = 50% gerettet, innerhalb der ersten

48 Stunden wurde 1 Fall operiert und gerettet, 5 Tage nach der Operation wurde einer ohne Erfolg operiert. 5 mal war die Perforation bei Ulcus callosum, 13 mal bei Ulcus simplex, 3 mal in der Ulcusnarbe erfolgt. 80% der zur Sektion gelangten Kranken hatte mehrfache Geschwüre. Von den 11 Geretteten liegen über 9 Nachrichten vor; 8 geht es sehr gut; einem hat eine erneute Ulcusperforation 1 Jahr nach der Operation den Tod gebracht. Anders zusammengefasst ergeben sich bei pylorischem Sitz des Geschwürs 82% gute Resultate, 48% bei nichtpylorischem Sitz. Gastroenterostomie mit Knopf hatte eine höhere Mortalität als mit Naht ausgeführte (10 gegen 4%). Bei einer Beobachtungsdauer von $1^1/_2$ bis 2 Jahren nach dem Eingriff änderten sich bei 80% die Ergebnisse auch in späteren Jahren nicht mehr. In 10% zeigte sich Neigung zur Verbesserung und in derselben Zahl Neigung zur Verschlechterung. Ein Geschwür, das bei der Operation nicht schon karzinomatös ist, wird es später ausserordentlich selten. Hingegen werden Geschwür und Krebs öfter miteinander verwechselt. Durch die Möglichkeit und Häufigkeit dieser Fehldiagnose wird die Prognose des einzelnen Falles bei weitem mehr getrübt als durch die Wahrscheinlichkeit einer sekundären Krebsentwicklung auf dem Geschwür.

Die Diagnose des Magenkarzinoms wird gefördert durch Arbeiten von Zoeppritz (45), der das Gluzinskische Verfahren von 462 Fällen prüft, Emmert (12), der auf den Nachweis okkulten Blutes eingeht und Friedenwald und Kieffer (17), die aus der Menge des im Magensaft löslichen Eiweisses Schlüsse ziehen.

Narath (29) bringt eine verdienstvolle kritisch historische Abhandlung, die unter Anführung der Originalbeläge den Wirrwarr in der Priorität und Benennung der verschiedenen Arten der Magenresektionsmethode Billroth II zu lösen versucht. Das Charakteristische der atypischen Magenresektion, die später den Namen Billroth II erhielt, besteht in der Verbindung des Magenrestes mit dem Jejunum. Bei allen Unterarten dieses Verfahrens tut man unbeschadet des Verdienstes der verschiedenen Autoren gut, die Autornamen (mit Ausnahme von Billroth II) vollständig fallen zu lassen und eine Bezeichnung zu wählen, die auf den ersten Blick ohne jeden Zweifel erkennen lässt, welche Operationsart gemeint ist. Bei der einfachen Gastrojejunostomie sind wir längst soweit gekommen. Hier ergeben sich die Benennungen von selbst aus der Lage der Jejunumschlinge zum Querkolon und dem Orte der Anastomose an der vorderen und hinteren Magenwand oder an der grossen Kurvatur. Die sehr brauchbare Nomenklatur der Gastrojejunostomie kann man ohne weiteres auf die Resektion nach Billroth II übertragen. Es ergibt sich also

1. Resectio Billroth II antecolica anterior oder B. II. a. a.
2. Resectio Billroth II antecolica posterior oder B. II. a. p.
3. Resectio Billroth II antecolica inferior oder B. II. a. i.
4. Resectio Billroth II retrocolica posterior oder B. II. r. p.
5. Resectio Billroth II retrocolica anterior oder B. II. r. a.
6. Resectio Billroth II retrocolica inferior oder B. II. r. i.

Hervorzuheben ist dabei, dass unter allen Umständen die Lagebezeichnung der Jejunumschlinge zum Kolon vor der Lagebezeichnung der Anastomosenstelle am Magen stehen muss. Man muss erst Magen und Jejunum vor oder hinter dem Querkolon bis zur Berührung aneinander bringen, ehe man die Anastomosen ausführen kann. Für die Art der Einpflanzung wird das Wort oralis für die Einpflanzung der ganzen Mündung, oralis inferior für die Einpflanzung des unteren Teiles der Mündung vorgeschlagen. Um jedoch

dem Erfinder die Ehre nicht zu schmälern, schliesst Narath mit der folgenden Tabelle:

Art der Gastro-Jejunostomie	Abkürzungen	Ausführung der I. Operation		Erste Veröffentlichung	
		Zeit	Operateur	Zeit	Autor
1. G.-J. antecolica anterior . . .	B. II. a. a.	15. I. 1885	Billroth	26. II. 1885 1885	Billroth v. Hacker
2. G.-J. antecolica posterior . . .	B. II. a. p.	15. III. 1899	v. Eiselsberg	1905	Clairmont
3. G.-J. antecolica inferior . . .	B. II. a. i.	?	?	—	—
4. G.-J. antecolica oralis	B. II. a. o.	24. XI. 1887	Krönlein	15. V. 1888	Krönlein
5. G.-J. antecolica oralis inferior .	B. II. a. o. i.	10. IV. 1885 2. IV. 1888	Idee von v. Hacker Operation von v. Eiselsberg	10. IV. 1885 1889	v. Hacker v. Eiselsberg
6. G.-J. retrocolica posterior . . .	B. II. r. p.	pysiliformis 22. V. 1893 lateralis 7. II. 1894	Roux (?) Braun (?)	1893 (1901) 1907	Roux (Kolbe) Greite
7. G.-J. retrocolica anterior . . .	B. II. r. a.	9. I. 1898	Dubourg	1900	Lafarelle
8. G.-J. retrocolica inferior . . .	B. II. r. i.	?	?	—	—
9. G.-J. retrocolica oralis	B. II. r. o.	28. V. 1907 ?	Reichel Hofmeister	23. IV. 1908 1908	Reichel Stumpf
10. G.-J. retrocolica oralis inferior .	B. II. r. o. i.	4. V. 1905	Hofmeister	1908	Stumpf

Reichel (31) kommt auf das von ihm angegebene Verfahren der Gastrojejunostomie retrocolica oralis (oralis bedeutet nach Narath der ganze Mund des Magenrestes wird in das Jejunum eingepflanzt) oder Billroth II retrocolica oralis nach dem eben wiedergegebenen Vorschlag Naraths zurück. Dies Verfahren hat sich dem Verfasser bei 70 Fällen gut bewährt. Die Modifikationen von Wilms (die Gastrojejunostomia retrocolica oralis inferior (oralis inferior bedeutet, dass nur der untere Teil des Magenmundes in das Jejunum eingepflanzt wird), bzw. Billroth II retrocolica oralis inferior nach dem Vorschlage Naraths hat vor dem Verfahren Reichels nichts voraus, schafft vielmehr an der Kreuzungsstelle der Verschlussnaht und Ringnaht einen schwachen Punkt. Wo das Kochersche Verfahren wegen erheblicher Ektasie des Magens oder weil nur der Pylorus, nicht auch ein grösseres Stück des Magens selbst entfernt werden muss, leicht ausführbar ist, wendet Verfasser es auch heute noch hier und da an. Wo es aber wegen grosser Defekte schwierig oder unmöglich gemacht wird, wird das obenerwähnte Verfahren auf das Wärmste empfohlen.

Zander (44) bringt technisch wertvolle Einzelzüge für die Resectio Billroth II retrocolica oralis aus der Hallenser Klinik Schmieden, in der das angegebene Verfahren als Methode der Wahl bevorzugt wird. Eine starke Abknickung des Thorax gegen das Abdomen, die ähnlich der Gallenblasenoperation durch Unterlegen einer dicken Rolle oder noch besser durch Beckensenkung erreicht wird, erleichtert den Zugang und bringt die hintere Bauchwand dem Bauchschnitt nahe. Nach der Durchtrennung des Lig. gastrocolicum wird sogleich der Mesokolonschnitt angelegt und die oberste Dünndarmschlinge mit einer Seidennaht fixiert. Man kann dann das Colon transversum sehr frühzeitig in die Bauchhöhle zurücklagern, so dass es vor der Austrocknung geschützt wird und man braucht nicht nachträglich nach Eröffnung des Magens und Darmes die Asepsis des Unterbauches durch Suchen nach der Schlinge zu gefährden. Ist das Omentum minus durch Entzündung oder karzinomatöse Lymphknoten geschrumpft, so ist es empfehlenswert, seine Ligatur und Durchtrennung erst nach dem Durchschneiden des Duodenum vorzunehmen. Der Verschluss des Duodenums wird, um das störende Abgleiten des Umschnürungsfadens bei der folgenden Naht zu verhüten, mittelst Durchstichnaht erzielt oder mittelst einer mit wenigen Stichen ausgeführten Steppnaht, der eine Diagonalnaht oder einstülpende Tabaksbeutelnaht folgt. Nicht die kürzeste Schlinge ist zur Anastomose zu wählen, sondern die Länge der Schlinge muss sich der Lage und Grösse des Magens, bzw. seines Restes anpassen, damit keine Abknickung — nicht sowohl des abführenden, als vielmehr des zuführenden Darmschenkels — entsteht. Sehr bewährt hat sich die Fixation des rechten Anteiles des Mesocolon transversum auf durch Resektion entstandene Pankreaswunden. Die eigentliche Resektion des Magens wird erst während des Verlaufs der Anastomosenbildung vorgenommen. Die Jejunumschlinge wird parallel der beabsichtigten Durchtrennungslinie an die Hinterfläche des Magens gelegt. Der Magen wird nach unten links über den linken Rippenbogen gezogen. Unter diesen Verhältnissen ist die Anlegung der ersten Nahtreihe zwischen Magen und Jejunumschlinge technisch fast ebenso einfach wie bei der gewöhnlichen Gastroenterostomie. Für die innere Naht — zwei Schichten genügen — soll nicht Seide, sondern Catgut, für die äussere Seide genommen werden. Nach Ausführung der Serosanaht wird Magen und Darm genau wie bei der Gastroenterostomie eröffnet. Erst nach Vollendung der zweiten hinteren, alle Schichten fassenden Naht wird der Magen abgeschnitten. Als vordere innere Naht empfiehlt sich eine fortlaufende U-Naht ähnlich der einstülpenden Vierstichknopfnaht Lexers. Man sticht auf der Serosafläche des Magens durch alle Schichten durch und einige Millimeter weiter sogleich wieder aus, um dasselbe dann abwechselnd an Magen und Darm fortzusetzen. Der Mesokolonschlitz bedeckt die ganze Resektionsnaht. Er wird nur am Magen fixiert, der dadurch etwas nach unten gezogen wird. Die Grundzüge der geschilderten Technik werden auch für die quere Resektion empfohlen.

In früheren Arbeiten hat H. Brun (5) zur Freilegung des Operationsgebietes im Oberbauch den Rippenkorbrandschnitt empfohlen (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1913, Nr. 3). Der durch diesen Schnitt erzielte ausgiebige Zugang macht besonders Eingriffe an der Kardia und am Kardiateil des Magens technisch leichter und klarer als der übliche Medianschnitt. In einer weiteren Studie über Mobilisation und Verlagerung des Magens und Duodenums hat Verfasser die Anatomie der Art. coronaria sinistra und die übrige Versorgung des Fundusteiles des Magens einer eingehenden Behandlung unterzogen und nachgewiesen, dass diese Schlagader das bedeutendste Gefäss des Magens, die eigentliche Magenarterie ist und vor allem den Magenkörper ernährt (Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84, Heft 2). Aus den Ergebnissen der Studie über die Gefässversorgung zieht Brun nun die Folgen für die Technik der Magen- und Kardiaresektion. Wir wissen heute, dass das Lymphgebiet des pylorischen

Teiles und der kleinen Kurvatur des Magens in der Magenwand entlang der letzteren bis fast an die Kardia hinaufreicht. Daher die Forderung, die kleine Kurvatur mit zu entfernen. Aus diesem Grunde und ferner, weil die Lymphzisterne oben am Stamme der Coronaria sinistra liegt, wird ihre Unterbindung und Durchtrennung im Bereich ihres zweiten Segmentes zur Notwendigkeit. Sie ist ein typischer Akt für die radikale Resektion geworden. Wenn diese Schlagader am Stamme unterbunden ist, wird der orale Stumpf nur noch von verhältnismässig kleinen Gefässen ernährt, und zwar macht sich der Ausfall nach den anatomischen Beziehungen am meisten für die Magenvorderwand geltend. Erfahrungen Bruns haben bestätigt, dass die Insuffizienzen des Duodenalstumpfes bei Magenresektionen auf Nekrosen beruhen, die sich durch sorgfältige Berücksichtigung der Vaskularisation bestimmt vermeiden lassen. Analog ist zu erwarten, dass auch am oralen Magenstumpf Schädigungen infolge Lahmlegung der Blutversorgung an der kleinen Kurvatur nach Unterbindung der Coronaria sinistra sich geltend machen. Für diese Annahme führt Verfasser eine Erfahrung an, bei der nach Magenresektion eine entsprechende Nekrose der Magenwand am Kardiateil und zwar besonders der Vorderseite auftrat. Der Fall erweist zugleich, dass das Duodenum freibleibt, wenn die Gefässversorgung an seinem Anfangsteil besonders von oben her — Rami duodenales superiores, Coronaria dextra — peinlich berücksichtigt wird. Aus den Erfahrungen erhellt, dass bei der erweiterten Resektion des Magens mit Fortnahme der kleinen Kurvatur, welche die Unterbindung der Arteria coronaria sinistra am Stamm nötig macht, der geschädigten arteriellen Versorgung des oralen Stumpfes Rechnung getragen werden muss. Das ist nur dadurch zu erreichen, dass das Ausbreitungsgebiet der Coronaria sinistra geopfert wird. Dadurch fällt der grösste Teil des Magenkörpers weg, die Resektionslinie geht von der Nähe der Kardia senkrecht zur Magenachse hinüber an den oralen Teil der grossen Kurvatur. Allerdings wird der Magenstumpf dadurch erheblich kleiner. Es gelingt aber dennoch, nach ausgiebiger Mobilisation das Duodenum soweit hinüberzubringen, dass es ohne Spannung für das erste Verfahren Billroths zu verwenden ist. Auch bei der Kardiaresektion sind die anatomischen Beziehungen der Art. coronaria sinistra zu berücksichtigen. Neben der auch durch Blockierung des Vagus noch nicht überwundenen Gefahr des unmittelbaren Schockes und der hochgradigen Empfindlichkeit des Mediastinums gegen Infektion haben vor allem Ernährungsstörungen an den Resektionsenden und die ihnen folgende letale Nahtinsuffizienz das Bild dieser Operation beherrscht. Drei erfolgreiche Totalresektionen des Magens haben einer letal verlaufenen Kardiaresektion von Sauerbruch gegenüber das Gemeinsame, dass ihnen ein grösserer Magenstumpf fehlt, an dem es zu einer Nekrose hätte kommen können. Zur Vereinigung gelangten Teile, die in ihrer Ernährung nicht geschädigt waren. Also auch bei Kardiaresektionen, bei denen die Coronaria sinistra unterbunden wird, ist das ganze von ihr versorgte Gebiet der Magenwand zu entfernen. Ein zur Heilung gebrachter Fall von abdomineller Kardiaresektion, bei dem dieser Forderung bewusst Rechnung getragen wurde, belegt die Richtigkeit dieser Anschauung.

Brunzel (6) beschreibt zwei Fälle von Circulus vitiosus nach vorderer Gastroenterostomie nach Wölfler, die erst mehrere Jahre nach der Anlegung der Magendarmverbindung in Erscheinung traten. Beide Kranke waren 8 Jahre vorher wegen Magengeschwür gastroenterostomiert. In den letzten Jahren hatten beide öfters Anfälle von Erbrechen, die offenbar als Circuluserscheinungen zu deuten sind, bis ein Anfall mit massenhaftem Erbrechen bei beiden den allgemeinen Körperzustand schwer schädigte. Den ersten gelang es, durch Braunsche Anastomose zu retten. Der zweite, der für einen operativen Eingriff zu sehr heruntergekommen war, ging zugrunde. Bei der hinteren Gastroenterostomie nach v. Hacker hat Brunzel Circuluserscheinungen nie gesehen.

Kausch (23) erlebte indes auch bei der Gastroenterostomia posterior verticalis in zwei Fällen Erscheinungen von Circulus vitiosus. Der eine Kranke wurde durch reichliche subkutane Traubenzuckerinfusionen gerettet, der andere starb. Die Sektion ergab hochgradige Magenatonie, zu deren Überwindung Kausch die Jejunostomie vorschlägt.

4. Dünndarm.

1. Carlsson, P., Zur Kasuistik der tuberkulösen Dünndarmstrikturen. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 2. p. 455, auch
2. — Hygiea Bd. 78. Heft 19. p. 1502. (Schwedisch.)
3. Flechtenmacher, C. jun., Über ausgedehnte Dünndarmresektionen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. Heft 3. p. 451.
4. Fowler, R. H., Complete congenital atresia of the ileum. Med. Record. Bd. 89. Heft 24. June 10.
5. Frasier, A. S., Volvulus of Meckels Diverticulum. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 66. 16. April 15.
6. Fuhrmann, Nicht erkannte Dünndarmperforation nach Typhus ambulatorius. Med. Klin. Nr. 16.
7. v. Holmdahl, David Ed., Beitrag zur Kenntnis der eitrigen, ulzerösen und diphtheritischen Prozesse im Dünndarm. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 1. p. 193.
8. Linhart, W., Ein Mittel zum Schutz der Haut bei Dünndarmfisteln. Münch. med. Wochenschr. Nr. 24. Feldärztl. Beil. 24. (Kalomel 0,3 auf 100 g feinpulverisierte Borsäure.)

5. Dickdarm.

1. Bryan, Sigmoid vesical fistula. Annals of Surg. March. Nr. 3.
2. Carlson, Barthold, Colitis gravis s. chronica suppurativa. Hygiea Bd. 78. Heft 4. p. 251. (Schwedisch.) (4 Fälle, operativ behandelt und geheilt.)
3. *Hubbard, Megakolon. Annals of Surg. March. Nr. 3.
4. *Küttner, H., Zur Technik meiner sakralen Vorlagerungsmethode beim hochsitzenden Rektumkarzinom. Zentralbl. f. Chir. Heft 46. p. 905.
5. *Mehliss, Hirschsprungsche Krankheit und ihre Therapie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 135. Heft 4 u. 5. März. p. 475—495.
6. Peck, Ch. H., Some mechanical factors in colonic stasis. Med. Record. Bd. 89. Heft 21. Mai 23.
7. Schoemaker, J., Kasuistisches und Technisches aus der Dickdarmchirurgie. Arch. f. klin. Chir. Bd. 107. Heft 2. p. 195. (3 Fälle von dynamischer akuter partieller Kolondilatation, 2 Fälle von Perforation einer Appendix epiploica — rechte Bauchseite! — Technik der Dickdarmresektion.)
8. Schrautzer, F., Über Rektumkarzinome mit besonderer Berücksichtigung der Wirkung des Anus praeternaturalis. Wien. klin. Rundsch. 30. 1—6. (Der Anus praeternaturalis lässt oft vorher inoperable Fälle operabel werden.)
9. Siegel, Ernst, Zur totalen Resektion des Dickdarms. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1066—1069. (Mit Erfolg wegen Torsionserscheinungen.)
10. Soper, H. W., Polyposis of the colon. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Bd. 151. Heft 3. March.
11. Strauss, Alfred A., Complete exclusion of the large bowel. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 66. Nr. 4. Jan. 22. (Wird von Hunden gut vertragen.)
12. Tengström, Stefan, Ein Fall von Dextroposition des Kolon. Hygiea Bd. 78. Heft 6. p. 353. (Schwedisch.)

Mehliss (5) folgte in der operativen Behandlung verzweifelter Obstipationsfälle bei Hirschsprungscher Krankheit dem Vorschlag von Ruge und machte auf der chirurgischen Abteilung der Krankenanstalt Altstadt zu Magdeburg (Prof. Habs) bei zwei Fällen, einem 20jährigen Mädchen und einem 17jährigen Burschen, die Ileo-Sigmoideostomie. Um den Rückfluss des aus dem Ileum ausfliessenden dünnen Stuhles in den ausgeschalteten Dickdarm zu verhindern, wurde oberhalb des eingepflanzten Ileummundes durch Umnähung eines Faszienstreifens um die Flexur eine Stenose geschaffen, die gerade noch weit genug war.

den Darmsekreten des ausgeschalteten Darmteiles den Abfluss zu gestatten. Kontrastmahlzeit und -Einlauf überzeugten von der Fernhaltung des Speisebreies aus dem ausgeschalteten Darmteil jenseits der Faszienstenose.

Hubbard (3) beschreibt einen Fall von Megakolon bei einer 24 jährigen Frau, bei der er sich schliesslich zur Exstirpation entschliessen musste.

Das Wesen des sakralen Vorlagerungsverfahrens Küttners (4) beim hochsitzenden Rektumkarzinom besteht darin, dass bei ausschliesslich sakralem Vorgehen die allseitig ohne Eröffnung isolierte, den Tumor enthaltende Darmstrecke in die sakrale Wunde vorgelagert und erst sekundär wie ein vorgelagertes Dickdarmkarzinom abgetragen wird. Dieser sekundären Abtragung wird die zirkuläre Vereinigung der Darmenden unmittelbar angeschlossen.

6. Appendix.

1. *Bardescu, N., Über Appendizitis. Spitalul. 1915. Nr. 1 u. 2.
2. *Bovin, Emil, Ein Fall von Adenomyom im Wurmfortsatz. Svenska Läkaresellskapets Handlinger. Bd. 42. Heft 2. Juni. p. 403. Festschr. f. Holmgren. (Schwedisch.)
3. *Bull, P., Statistische Mitteilungen über Appendizitis. Hospitalstidende. Jahrg. 58. Nr. 52. 1915. p. 1327. (Dänisch.)
4. *Colley, Fritz, Der Mythus von der Gerlachschen Klappe und über die Häufigkeit der Epityphlitis bei Vegetariern. Arch. f. klin. Chir. Bd. 108. Heft 1.
5. *Connel, F. G., Pseudoappendizitis. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 67. Heft 5. July 29.
6. *Dodge, Cystic dilatation of the vermiform appendix. Annals of Surg. March. Nr. 3.
7. *Douglas, S. and L. Th. Le Wald, Fecal concretions of the appendix demonstrable by the Röntgen ray. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Heft 25. June 17.
8. *Eising, E. H., Pericystitis complicating acute appendicitis. Med. Record. Bd. 89. Heft 5.
9. *Gelpke, L., Die Herausnahme des Wurmdarmes durch die Bruchlücke bei Anlass der Operation der rechtsseitigen Leistenhernie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 14. p. 283.
10. Haeberlin, Ein Fall von Darmverschluss infolge Appendizitis mit linksseitiger Abszessbildung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 47. p. 1681.
11. *Laasche, Über die innerliche Behandlung der akuten Blinddarmentzündung. Wien. klin. Rundsch. Nr. 39 u. p. 223. (Hunger, Opium, Kälte.)
12. *Lahm, Das primäre Karzinom des Processus vermiformis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 2.
13. *Lewisohn, Duodenal ulcer, mistaken for chronic appendicitis. Med. Record. Bd. 81. 10. Heft 25. June 17.
14. Lichtenstein, F., Volvulus des Cökums in der Schwangerschaft. Resektion. Spontane Frühgeburt, Heilung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 3.
15. *Lissner, H. H., Pylephlebitis following appendicitis. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 65. 19. May 6.
16. Meissner, Ileus durch Strangulation des Wurmfortsatzes (postappendizitische fibröse Adhäsion der Appendixspitze. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 3. p. 574. (Mit tödlichem Ausgang.)
17. *Moschkowitz, E., The histopathology of diseases of the appendix. Proceed. of the New York Pathol. Soc. N. S. Bd. 16. Heft 1 u. 2. Jan. u. Febr.
18. *Moser, Die Entfernung des Wurmfortsatzes gelegentlich der Bruchoperation. Zentralblatt f. Chir. Nr. 23. p. 465.
19. *Nixon, P. J., Can we diagnose appendicitis? Med. Record. Bd. 89. Heft 11. March 11.
20. *Pollag, S., Gibt es nur primäre Invagination des Wurmfortsatzes in das Cökum? Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 138. Heft 3—4. Dez. p. 185—194.
21. *Samberger, F., Zur Ätiologie der Appendizitis. Wien. med. Wochenschr. Nr. 1.
22. *Schemmel, Appendektomie und Radikaloperation des rechtsseitigen Leistenbruchs. Zentralbl. f. Chir. Nr. 23. p. 469.
23. *Simon, F. W., Das Karzinom und das Karzinoid der Appendix mit einem kurzen Überblick auch über die übrigen an der Appendix vorkommenden Tumoren. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 9.

24. Wiener, J., Appendectomie under local anesthesia. Journ. of the Amer. Assoc. Bd. 66. Heft 15. April 8.
25. *Winslow, The diagnosis of appendicitis in early typhoid fever. Annals of Surg. 1915. Nr. 5. Nov.
26. Young, Warren G., An unusual case of appendicitis. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 66. Nr. 5. Jan. 29.
27. *Zesas, Denis G., Über appendizitisches Hinken. Zentralbl. f. Chir. Nr. 30. p. 620.

Pathogenese.

Samberger (21) wiederholt in deutscher Sprache seine Theorie vom Zusammenhang der Appendizitis mit dem Schlaf auf der rechten Seite. (Siehe dieser Jahresbericht über das Jahr 1915, p. 65.)

Die Lehre von der Gerlachschen Klappe verdankt nach Colley (4) ihr Dasein dem Umstande, dass man in vergangenen Jahrzehnten die Organe nicht frisch untersuchte, sondern vorher in Chromsäure härtete. Bei 152 eingehenden Sektionen wurde nie eine Gerlachsche Klappe gefunden. Für die Einmündung des Wurmfortsatzes in den Dickdarm lassen sich zwei Extreme feststellen: einmal geht der Wurm im spitzen Winkel scharf vom Cökum ab; seine Wand lagert sich zunächst mehrere Millimeter lang unmittelbar an die Wand des Cökums an (kurzes Gekröse); das andere Mal mündet der Wurmfortsatz stumpfwinklig ins Cökum ein (langes, freibewegliches Gekröse). Nicht die Gerlachsche Klappe hat die Epityphlitis mit ihren Folgen bedingt, sondern die Epityphlitis hat einen Zustand hervorgerufen, der fälschlicherweise als Gerlachsche Klappe aufgefasst wird. Die Sektionen wurden in Anatolien an Türken, Kurden und Arabern vorgenommen, die sich fast nur von Pflanzenkost nähren. Mehr als zwei Drittel der eröffneten Leichen zeigten deutliche Zeichen überstandener Epityphlitis. Der Blinddarmanhang erkrankt in gleicher Weise bei Vegetariern, wie bei Völkern, die reichliche Fleischnahrung zu sich nehmen.

Bemerkenswert sind die Befunde von Moschkowitz (17), der 1500 Wurmfortsätze histologisch untersucht hat und ähnlich wie Aschoff zum Schluss kommt, dass die Erkrankung vom frühesten Beginn an eine eitrige Entzündung darstellt, die eher entero- als hämatogenen Ursprungs ist, in den Krypten, als den Stätten der stärksten Stagnation, beginnt und nicht als katarrhalisch in dem gewöhnlichen Sinne des Wortes bezeichnet werden darf. Die pathologische Läsion entspricht der Dauer der Erkrankung. Perforation kommt nur in den späteren Stadien der Erkrankung zustande, wobei Thrombose der Mesenterialgefässe ein wesentliches kausales Moment darstellt. Die als chronische Appendizitis, Striktur, Obliteration bezeichneten Krankheitszustände stellen das Endresultat der ausgeheilten eitrigen Entzündung dar. Involution oder chronisch katarrhalische Entzündung der Appendix kann pathologisch-anatomisch nicht festgestellt werden, so dass mit der Annahme einer chronischen Appendizitis als andauernder und fortdauernder katarrhalischer Entzündung zu brechen ist. Dementsprechend ist als berechtigte Nomenklatur lediglich akute Appendizitis, heilende oder subkutane Appendizitis und geheilte oder chronische Appendizitis gerechtfertigt. Für letztere ist ausser Striktur und Obliteration die Abwesenheit von Schleimkrypten und die Verbreiterung der submukösen Bindegewebszone charakteristisch, die auf Querschnitten leicht erkennbar ist. Bei der akuten Appendizitis ist mindestens 12 Stunden nach Beginn eine lokale Peritonitis mit Fibrinbildung in der Umgebung der Läsion nachzuweisen. Aus dem Fehlen dieser Peritonitis kann auf das Fehlen akuter Appendizitis geschlossen werden. Oxyuren spielen in der Ätiologie keine Rolle.

Diagnose.

Die diagnostischen Arbeiten beschäftigen sich in erster Linie mit Fehldiagnosen — Lewisohn (13): Duodenalgeschwüre, Mixon (19): Cholecystitis,

Pyelitis, Volvulus eines Meckelschen Divertikels, Tubarabort, Perforation eines Magengeschwürs.

Winslow (25) berichtet über 4 Fälle, in denen Typhus für Appendizitis gehalten wurde. Neben klinischen Zeichen ist die Verminderung der Leukozyten das beste Zeichen für Typhus.

Douglas und Le Wald (7) brachten in zwei Fällen den röntgenologischen Nachweis von Kotsteinen im Wurmfortsatz. Er gelingt nur, wenn der Stein mit Kalk imprägniert ist.

Conell (5) sucht die unbefriedigenden Fälle meist chronischer Appendizitis zu klären, bei denen nach der Appendektomie der Schmerz nicht wegblieb (87 von 212). Er kommt zu dem Schluss, dass nach Ausschluss aller Fälle, bei denen ein bestimmter pathologischer Befund eine Verwechslung mit Appendicitis chronica rechtfertigt, meist bei jüngeren Individuen Fälle mit Schmerzen in der rechten Beckenschaufel beobachtet werden, die mit Ptosis, Verstopfung und Neurasthenie vergesellschaftet sind. In diesen Fällen ist ein Eingriff kontraindiziert; sie sollten nur auf dringendes Verlangen unter Vorbehalt der Prognose als Probelaparotomie operiert werden. Chronische Appendizitis soll nur diagnostiziert werden, wenn ein akuter Anfall vorausgegangen ist. Eine befriedigende Erklärung der Pseudoappendizitis ist zur Zeit noch nicht möglich; es ist jedoch nicht unwahrscheinlich, dass eine Gleichgewichtsstörung zwischen dem Vagus- und Sympathikussystem von Bedeutung ist und dass vielleicht auch die innere Sekretion eine Rolle spielt.

Klinik.

2 Fälle Eisings (8) zeigten ausschliesslich zystische Erscheinungen. Lissner (15) sah Pylephletitis mit tödlichem Ausgang nach Appendizitis.

Zesas (27) erinnert an Hinken und Schmerzen in der Hüfte bei chronischer Appendizitis.

Behandlung.

Bardescu (1) und Bull (3) bringen statistische Mitteilungen über ihre Behandlungserfolge, Bardescu mit Schlussfolgerungen, die dem auch in Deutschland vertretenen Anschauungen ähnlich sind. Die Mortalität bei Bull (3) ist 9% und zwar in den ersten 12 Stunden nach Beginn des Anfalls 0%, nach 24 Stunden 1,8%, nach 36 2,4%, nach 48 Stunden 4,5%, nach 60 Stunden 5,5%, nach 72 Stunden 8%, nach 4—7 Tage 5%, nach der ersten Woche 18,2%.

Auch die Empfehlung der internen Behandlung [Laascho (11)] fehlt nicht.

Gelpke (9), Moser (18) und Schemmel (22) empfehlen die grundsätzliche Entfernung des Wurmfortsatzes gelegentlich der rechtsseitigen Bruchoperation und beschreiben ihr technisches Vorgehen.

Sonstiges.

Neben Mitteilungen von Lahm (12) über das primäre Karzinom, von Dodge (6) über die zystische Erweiterung und von Bovin (2) über das Adenomyom des Wurmfortsatzes liegt die ausführliche unter ausgiebigster Literaturbenutzung verfasste Übersichtsarbeit von Simon (23) über das Karzinom, Karzinoid und die übrigen Tumoren des Wurmfortsatzes vor.

Das Vorkommen einer isolierten, inkompletten, ohne gleichzeitige Invagination von Darmteilen auftretenden Einstülpung des Wurmfortsatzes wird von Pollag (20) durch Mitteilung eines auf der chirurgischen Abteilung des Freimaurerkrankenhauses Hamburg (Oberarzt Grisson) beobachteten Falles (9jähriges Kind) sichergestellt.

7. Anus und Rektum.

1. Boas, Meine Erfahrungen über die Diagnose und Therapie des Hämorrhoidalleidens. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 6. (Siehe diesen Jahresbericht für das Jahr 1912.)
2. Brenner, E. C., Congenital defects of the anus and rectum. Surg., Gyn. and Obstetr. Vol. 20. Nr. 5. 1915. May.
3. Burrows, W. F. and E. C. Burrows, A new hemorrhoidal operation; the snare and bullet. Journ. of the Amer. Assoc. 66. 12. March 18.
4. Crouse, H., A new position for proctoscopic examinations. Surg., Gyn. and Obstetr. Vol. 20. Nr. 6. 1915. June.
5. Göz, Erich, Kasuistische Beiträge zur Fistula ani. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 2. p. 268. (Tuberkulose häufiges ätiologisches Moment; Durchtrennung des Sphinkter hat nur bei mehrmaliger Trennung dauernde Inkontinenz zur Folge. Die einmalige Durchtrennung ist daher ein berechtigter Eingriff.)
6. Hilgenreiner, Heinrich, Weiterer Beitrag zur Atresia ani analis und zur angeborenen Afterenge. Med. Klin. Nr. 36. (Es ist wahrscheinlich, dass es sich in der Regel um eine Atresia ani analis handelt.)
7. Kausch, Ein kavernöses Angiom des ganzen Mastdarms. (Mastdarmexstirpation in fünf Zeiten.) Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. Heft 3. p. 399.
8. Körbl, Herbert, Sphinkterplastik bei Incontinentia alvi. Arch. f. klin. Chir. Bd. 108. Heft 1.
9. May, A. H., The significance of hemorrhoids. Med. Record. Bd. 89. Heft 16. April 15.

D. Leber und Gallenwege.

1. Brewer, G. E., Some observations on congenital and acquired hemolytic icterus. Med. Record. Bd. 90. Heft 1. July 1.
2. Colmers, F., Transventrikuläre Choledocho-Duodenostomie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 49. p. 980.
3. Deaver, Operation for removing the gallbladder. Annals of Surg. Nr. 4. (Einziger Unterschied gegen das bei uns gebräuchliche Verfahren, dass das Bett der Gallenblase beim Ablösen Schritt für Schritt zugenäht wird.)
4. Dubs, J., Über ein angeblich nach Trauma entstandenes primäres Sarkom der Leber. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 138. Nov. Heft 1 u. 2. p. 1—34. (Bei einem 25jährigen Dienstmädchen. — Literatur.)
5. Einhorn, M., The duodenal tube as a factor in the diagnosis and treatment of gallbladder diseases. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Heft 25. June 17.
6. — Gastrohydrorrhea in cirrhosis of the liver accompanied by pyloric stenosis. Med. Record. Bd. 89. Heft 24. June 10.
7. Erdmann, J. and G. Heyd, The relief of chronic obstructive jaundice by palliative operations. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Vol. 152. Nr. 2. Aug.
8. Friedemann, M., Über akute Gallenblasenentzündungen mit drohender und mit erfolgter Perforation. Med. Klin. Nr. 25. (Schleunige Operation!)
9. Hörhammer, Cl., Über extraperitoneale Perforation der Gallenblase. Aus der chir. Univ.-Klin. Leipzig (Prof. Payr). Münch. med. Wochenschr. Nr. 41.
10. Hosemann, Infolge Granatverletzung geheilter Leberechinococcus. Med. Klin. Nr. 12.
11. Jeger, Ernst, Zur operativen Behandlung des Aszites bei Leberzirrhose. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 1. p. 94. (Seit- zu Seitanastomose zwischen der Vena cava und dem Hauptstamm der Vena meseraica superior.)
12. Justi, K., Amöbenruhr und Amöbenabszess der Leber mit Durchbruch in die Lunge. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 20. Heft 12. p. 268—273. (Ausführlicher Sektionsbefund eines in den Brustfellraum durchgebrochenen Leberabszesses; drei abgesackte Höhlen, davon eine operativ eröffnet. Gesamteitermenge 3 l. Die Dysenterie wurde in Ostasien erworben.)
13. *Kehr, Hans, Wie erkennen und wann behandeln wir operativ den akuten Gallenkolikanfall? Therap. d. Gegenw. Heft 1—4.
14. Lewisohn, Intrahepatic cholelithiasis. Annals of Surg. May. Nr. 5. (Steine zum Teil in die Bauchhöhle durchgebrochen.)

15. Mertens, V. E. und H. Stahr, Verschluss des Ductus choledochus durch ein Adenomyom. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 135. Heft 6. p. 565—574. April. (Vorgeschichte cholangitischer Anfälle von zunehmender Heftigkeit bei einer 36jährigen Frau. Sitz des Adenomyoms hintere Wand des Choledochus zwischen Mündung des Cystikus und Papille.)
16. Mitchell, W. T. jr., and R. E. Stifel, The pressure of bile secretion during chronic obstruction of the common bile duct. Bull. of the Johns Hopkins Hospit. 27. 301. March. Im unterbundenen Choledochus bei Katzen und Hunden ergab sich ein nahezu konstanter Druck von 278 mm Wasser. Die Ruptur des verstopften Choledochus muss mit entzündlichen Veränderungen der Wand zusammenhängen.)
17. Mölle, Heinrich, Über Papillome der Gallenblase, nebst Mitteilung eines selbst beobachteten Falles. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 1. p. 173.
18. *Narath, Alfred, Über Entstehung der anämischen Lebernekrose nach Unterbindung der Arteria hepatica und ihre Verhütung durch arterioportale Anastomose. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 135. Heft 4 u. 5. März. p. 305—379.
19. Neugebauer, Fr., Ein seltener Fremdkörper der Gallenblase. Zentralbl. f. Chir. Nr. 24. p. 491. (Neben Steinen ein 8 mm langer Torso eines Ohrwurmes.)
20. Niewerth, Gallensteinmonstrum mit monströser Geschichte. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 11. Feldärztl. Beil. 11. (Durchbruch eines 20 g schweren, $10^1/_2$ cm langen, an der dicksten Stelle 110 mm dicken Gallensteins durch die Bauchdecken bei einem 80jährigen Mann.)
21. Oehlecker, F., Leberadenom mit Stieldrehung. Zentralbl. f. Chir. Nr. 26. p. 535.
22. *Pollatschek, Arnold, Die Diagnose der Cholelithiasis. Med. Klin. Nr. 23.
23. *Reinhard, P., Die radiologische Untersuchung tropischer Lebererkrankungen. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 20. Okt. p. 455—466.
24. *Riedel, Gallensteinkolik, verursacht durch fieberhaften Erguss aseptischer Flüssigkeit in die steinhaltige Gallenblase; weitere Schlüsse daraus. Arch. f. klin. Chir. Bd. 108. Heft 1.
25. — Ansammlung von Eiter oder Galle unter dem Zwerchfell infolge von Gallensteinen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1058—1062.
26. Schütze, J., Die röntgenologische Darstellbarkeit der Gallensteine. (Institut Dr. Immelmann in Berlin.) Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. (Bei geeigneter Technik gelingt es heute in vielen Fällen, Gallensteine im Röntgenbilde sichtbar zu machen.)
27. Seeliger, Siegfried, Beitrag zur Kenntnis der echten Choledochuszysten. Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. Heft 1. p. 158. (Bei einem 13jährigen Mädchen.)
28. *Sprengel, Die Gallensteinkrankheit im Lichte der Anfalloperation. Arch. f. klin. Chir. Bd. 107. Heft 3. p. 379.
29. Weil, Panzerherz und Picksche Leberzirrhose. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 23. Heft 6.

Alfr. Narath (18) widmet der Entstehung der anämischen Lebernekrose nach Unterbindung der Art. hepatica und ihrer Verhütung durch arterioportale Anastomose umfassende Untersuchungen. Übereinstimmend mit dem Tierversuch haben Erfahrungen an Menschen gezeigt, dass die Leber nekrotisch wird, wenn ihr alle arterielle Blutzufuhr abgeschnitten wird. Forscher, die trotz Unterbindung der Leberarterien im Experiment keine Nekrose eintreten sahen, haben sich täuschen lassen. Die arterielle Blutzufuhr war in solchen Fällen nicht gänzlich ausgeschaltet. Die kritische Würdigung der Fälle von Unterbindung der Art. hepatica beim Menschen bestätigt die 1909 von Albert Narath aufgestellten Sätze: „1. Die Unterbindung der Art. hepatica communis ist erlaubt, vorausgesetzt, dass wenigstens eine von den kollateralen Bahnen noch unverletzt ist. Die Unterbindung der Art. hepatica propria vor Abgang der Arteria gastrica dextra ist nur im Notfalle erlaubt. Es können kleinere Lebernekrosen vorkommen. Die Unterbindung der Arteria hepatica propria ist nicht erlaubt wegen der grossen Gefahr der Lebernekrose. Bei Verletzungen ist statt der Ligatur die Arterienvereinigung durch Prothese oder Naht zu versuchen. Eine Ausnahme macht die Ligatur bei einem peripheren Aneurysma. Hier ist die Gefahr der Lebernekrose geringer. Die Ligatur eines Leber-

astes ist nicht erlaubt, besonders bei Herzschwäche. Statthaft wäre die Ligatur bei Aneurysma des rechten oder linken Astes; ebenso die präventive Ligatur besonders des linken Astes bei ausgedehnten Resektionen wegen Tumoren. Diese Sätze gelten für ein „normales" Verhalten der Arterie. Liegen Varietäten vor, so können unter Umständen die kollateralen Bahnen so stark sein, dass die Arterienunterbindung an keiner Teilstrecke für die Leber gefährlich zu werden braucht. Da man jedoch bei Operationen selten in der Lage ist, die Varietät zu erkennen, so ist es vorsichtiger, eine „normale" Blutversorgung anzunehmen und danach zu handeln. Bei Verletzungen der Arterie unterbinde man (wenn die Arterienvereinigung nicht möglich ist) unmittelbar an der Wundstelle und nicht weiter proximal, um möglichst wenig Kollateralbahnen auszuschalten." Das Verfahren, das der Leber ihr arterielles Blut wiedergibt, muss technisch nicht allzu schwer sein und sich schnell durchführen lassen. Die Kapillaren der Pfortader und Leberschlagader kommunizieren miteinander und finden ihren gemeinsamen Abfluss in der Vena centralis eines jeden Azinus. Der Bau der Leber bedingt also, dass Kapillaren, die gemeinhin portales Blut führen, sich mit arteriellem Blut füllen, wenn aus irgend einem Grunde kein portales Blut mehr hineingelangt. Ebenso umgekehrt. Wenn die Arteria hepatica unterbunden ist, die Vis a tergo in den arteriellen Kapillaren aufhört, wird sich das arterielle Blut durch portales ersetzen. Daher der Gedanke, der Leber, wenn die Unterbindung der Arteria hepatica propria nötig wird, das arterielle Blut mit dem Pfortaderblut auf dem Wege der Pfortader zuzuführen. Die Pfortader bringt also ein Gemisch von Pfortaderblut und arteriellem Blut in das Kapillarnetz. Aus Hundeversuchen, deren Fortsetzung durch den Kriegsausbruch verhindert wurden, leitet Verfasser die Möglichkeit eines Weiterlebens der Leber mit der neugeschaffenen Blutversorgung ab. Als zuführende Schlagader wurde zunächst die Nierenschlagader, später die Art. hepatica benutzt. Die Verfahren der arterioportalen Anastomosen und die mikroskopischen Leberbefunde werden unter Beifügung zahlreicher Abbildungen ausführlich beschrieben. Verfasser schliesst: Während früher die Arteria hepatica propria bei „normalen" anatomischen Verhältnissen als chirurgisch unangreifbar angesehen wurde, scheint die Ligatur der Propria heute erlaubt zu sein, wenn sich eine arterioportale Anastomose herstellen lässt.

Bei tropischen Lebererkrankungen empfiehlt Reinhard (23) in jedem Fall die radiologische Totaldarstellung der Leber zu versuchen. Dazu ist keineswegs in jedem Falle eine Aufblähung des Magens und Darmes nötig. Zuweilen sind Hilfsmittel überhaupt nicht erforderlich. Im übrigen genügt in den meisten Fällen eine einfache Magenaufblähung mittelst Bikarbonat und Weinsteinsäure. Keine Aufnahme soll gemacht werden, ohne dass vorher unter Leuchtschirmkontrolle eine genaue Einstellung stattgefunden hat. Die normale Leber unterschreitet auch im Röntgenbilde den Rippenbogen nicht; der rechtsseitige Anteil ist etwa zwei Drittel so hoch als breit, in der Parasternallinie gemessen. Der linksseitige Leberanteil schneidet bei im Liegen dargestellter normaler Leber dicht vor der Herzspitze ab und zeigt so gut wie keine Wölbung. Die obere Leberkontur steigt unter sanfter Wölbung zu einer zentral stehenden Kuppel an, die den linken Zwerchfellbogen um einen Interkostalraum überragt und herzwärts ganz leicht eingedellt ist. Lageänderungen können zu Täuschungen und zu Annahme pathologischer Prozesse Veranlassung geben: Tiefstand des rechten Leberlappens (Drehung der Leber um die sagittale Achse) zur Annahme einer Lebervergrösserung, Kantenstellung (Drehung der Leber um die frontale Achse) zur Annahme einer Leberverkleinerung. Beim klassischen Bild des Leberabszesses überragt die Konvexität der Leberkuppel den linken Zwerchfellbogen beträchtlich. Ferner ist der Leberbuckel exzentrisch orientiert. Abgrenzung gegenüber Phrenikuslähmung kann in Betracht kommen. Echinokokken zeigen

ein ähnliches Bild. Lebertumoren sind unregelmässiger. Ausgebildete diffuse Vergrösserungen imponieren ohne weiteres. Weniger ausgebildete sind durch abnorme Wölbungen oder mittelst Winkelmessungen von der Leberdrehung zu unterscheiden.

Bei der Diagnose der Cholelithiasis weist Pollatschek (22) besonders auf die Tastung der Leberschwellung hin. Leberschwellung fehlt selten während eines Gallensteinanfalls. Erleichtert wird die Tastung besonders bei fetten Leuten und während des Anfalls durch ausgiebige Kataplasmierung des Bauches, die Entspannung und Geschmeidigkeit der Bauchdecken herbeiführt. Nach Kehr (13) sind Schüttelfrost und Fieber, grosse durch Morphium wenig zu beeinflussende Schmerzhaftigkeit der meist tastbaren Gallenblase, schlechtes Allgemeinbefinden, ileusähnliche Erscheinungen und Ikterus die Hauptererscheinungen der akuten schweren Form der Gallenkolik. Überall, wo Eiter in der Gallenblase angenommen oder vermutet wird, soll möglichst frühzeitig, also im Anfalle selbst operiert werden. In umfangreicher Arbeit betont Sprengel (28) das mechanische Moment der Okklusion durch Steine oder Verschwellung in der Ätiologie der Gallensteinkrankheiten — im Gegensatz zu Riedel (25), nach dem der Stein Folge, nicht Ursache der Entzündung ist.

E. Milz.

1. Barret, G. M., Linitis plastica. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 67. Heft 4. July 22.
2. Brunzel, H. F., Zur Frage des postoperativen Blutbildes und zur Diagnose der traumatischen Milzruptur. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 950—951. (Anwendung der diagnostischen Bauchpunktion wird empfohlen; Blutbild wenige Wochen nach der Milzexstirpation so gut wie normal.)
3. Giffin, H. Z., The treatment by splenectomy of splenomegaly, with anemia associated with syphilis. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Bd. 152. Heft 1. July.
4. Leighton, W. E. and F. Moeller, A case of spontaneous rupture of the malarial spleen. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 66. 10. March.
5. Mellon, R. R., A case of primary splenic Hodgkins disease. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Bd. 151. Heft 5. May.
6. Pentmann, Zur Lehre der Splenomegalie. Diffuse Kapillarendothelwucherung in Milz und Leber mit Kavernombildung in Milz, Leber und Wirbelkörper. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. 18. Heft 1.
7. Sailer, J., Linitis plastica. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Bd. 151. Heft 3.
8. Schou, Jens, Über Milzexstirpation. Ugeskr. f. Laeger. Jahrg. 78. Nr. 38. (Dänisch.)
9. Troell, Abraham, Über die Unterbindung der Milzgefässe als Ersatzoperation für die Splenektomie bei Blutkrankheiten. Svenska Läkaresällskapets Handlingar. Bd. 41. Heft 4. p. 551. 1915. (Schwedisch.) (Die Unterbindung der Milzgefässe hat in kurzer Zeit eine Reduktion des spezifischen Milzgewebes zur Folge. Damit ist gleichzeitig eine Einschränkung der Organfunktion verbunden. Es bilden sich Infarkte, die sich nicht infizieren. Das Ergebnis der Unterbindung ist qualitativ, aber nicht quantitativ gleichwertig mit der Milzexstirpation. Bei perniziöser Anämie und Morbus Banti soll daher die Unterbindung der Milzgefässe versucht werden.)
10. — On ligation of splenic vessels as a substitute for splenectomy in blood diseases. Annals of Surg. Nr. 1. Jan.
11. Wight, Acute secondary tuberculous splenomegaly: splenectomy. Annals of Surg. March. Nr. 3. (Mit tödlichem Ausgang.)

F. Bauchspeicheldrüse.

1. Einhorn, M., Zur Klinik der Pankreassteinkolik. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5.
2. v. Haberer, Beitrag zur akuten Pankreasnekrose. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. Heft 3. p. 431.
3. — Pankreasfistel nach ausgedehnter Duodenalresektion mit Ausgang in Heilung. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. Heft 3. p. 424.

4. Hartig, Kurt, Über einen operierten Fall von Steinbildung und Karzinom des Pankreas. Med. Klin. Nr. 23.
5. des Ligneris, M., Über diffuse Lymphosarkomatose des Pankreas. Pathol.-anat. Inst. Basel, Prof. Hedinger. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23.
6. Reinhardt, A., Zur Kenntnis der Pankreaszysten und Pseudopankreaszysten. Münch. med. Wochenschr. Nr. 40.
7. Waksoff, Klinische Beobachtungen über die akute Pankreasnekrose. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 19. Heft 3. April. p. 278. (Übersichtsreferat, Literatur.)
8. Willis, A. M. and S. W. Budd, Pancreatic cysts. Surg., Gyn. and Obstetr. Vol. 20. Nr. 6. 1915. June.

XIII.

Entwicklungsgeschichte und Anatomie der weiblichen Genitalien, einschliesslich der Plazentation.

Referentin: Elisabeth Weishaupt, Berlin,
stellvertr. Leiterin des pathol. Instituts der Kgl. Universitäts-Frauenklinik.

1. *Adler, L., Antagonismus zwischen Follikel und Corpus luteum. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 585—593.
2. *— Zur Frage der ovariellen Blutungen. Gyn. Rundsch. 10. Jahrg. Heft 13, 14.
3. Ahlfeld, Zeitpunkt der Konzeption und die Dauer der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. 1915. Nr. 45.
4. *— Kurzfristige Schwangerschaften. Mitteil. z. Geb. u. Gyn. f. d. Praxis. Heft 2. Leipzig. Repertorienverlag. (Ahlfeld fasst die Resultate seiner Betrachtungen und Erwägungen dahin zusammen, dass vorderhand das „offenbar unmöglich" nicht ausgesprochen werden darf, wenn bei „reifem" Kinde die Schwangerschaftszeit, vom Tage der Konzeption an gerechnet, auch nur 220 Tage betragen hat, falls sonst keine anderen Gründe dagegen sprechen.)
5. Armbruster, G., Über menschliche Befruchtung. Frauenarzt Nr. 12. 1915.
6. Assmann, Gerhard, Klimax tarda. Inaug.-Diss. Breslau. Sept.
7. Badertscher, J. A., The Development of the Thymus in the Pig. 1. Morphogenesis. Amer. Journ. of Anat. Vol. 17. 1915. Nr. 3. p. 317—338. 2. Histogenesis. 8 Fig. Ibid. Nr. 4. p. 495—523.
8. *Barth, Otto, Über das Vorkommen menstrueller Blutungen nach restloser Entfernung beider Ovarien. Strassburg i. E. 1915.
9. *Bengt, A. Boye, Beitrag zur Entwicklungsgeschichte der Schilddrüse. Mit 3 Abb. Anat. Anz. p. 377—382.
10. *Beuttner, O., Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Kastrationsatrophie des Uterus (Untersuchungen an weissen Ratten). Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 3. p. 632—671.
11. *Bromann, J. und T. Rietz, Untersuchungen über die Embryonalentwicklung der Pinnepedia. III. Über die Entwicklung des Verdauungsrohres und seiner Adnexe nebst Bemerkungen über die physiologisch vorkommenden, embryonalen Dünndarmdivertikel und ihre Bedeutung. Mit 17 Tafeln und 3 Abb. im Text.
12. *— Untersuchungen über die Embryonalentwicklung der Pinnepedia. IV. Über die Entstehung und Bedeutung der bei den Robben (und gewissen anderen Säugetieren) normal vorkommenden, fadenförmigen Appendices mesentericae bzw. umbilicales.

Mit 2 Tafeln und 2 Textabb. Deutsche Südpolarexpedition 1901—1903, herausgeg. von E. v. Drygalski im Auftrage des Reichsamtes des Innern. Verlag von Georg Reimer. Berlin 1913. Einzelpreis brosch. 25,50 Mk., Subskriptionspreis 21,30 Mk.
13. Cova, Ercole, Innere Sekretion der Plazenta und ihr Einfluss auf die anderen Drüsen mit innerer Sekretion. Ann. di ost. e gin. Sept. 1915.
14. *Dahl, W., Innervation der weiblichen Genitalien. Zeitschr. f. Geburtsh. Bd. 78. Heft 3. p. 539—602.
15. *Driessen, L. F., Die Rolle des Glykogen in der normalen Uterusschleimhaut. Arch. mens. d'obstétr. et de gyn. Nov. 1915. Ref. nach Amer. Journ. of Obstetr. and Diseases of Women and Childr. Bd. 3. Nr. 462. p. 1138.
15a. — Over de beteekenis van glycogeen in het normale baarmoederslymvlies. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. jaarg. afl. 3. (Mendes de Leon.)
16. Ellermann, V., Über die Zeitdauer der Schwangerschaft und deren Schwankungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 4. p. 311—326.
17. *Ehrenfest, H., Das Wiedererscheinen der Menstruation nach der Geburt. Amer. Journ. of Obstetr. Vol. 72. Nr. 4. 1915.
18. *Flesch, Max, Die Entstehung der ersten Lebensvorgänge. Vortrag, gehalten in der wissenschaftl. Verein. der Sanitätsoffiziere zu Lille am 26. Mai 1915. Verl. Gustav Fischer, Jena. p. 27. Preis 0,60 Mk. (Nach Flesch ist die Spore, die Jugendform des Bakteriums, nicht dieses selbst mit seinen vielen, differenzierten Eigenschaften und komplizierten Funktionen, als Vergleichsobjekt für die Anfangsformen des Lebens heranzuziehen. Die Hitzebeständigkeit der Spore ist insofern von grosser Bedeutung für das Problem, als wir ihr entnehmen, dass die ersten Anfänge lebender Materie nicht notwendigerweise an die heutigen niederen Temperaturen gebunden gewesen sein müssen. Versuche, lebende Substanz künstlich zu bilden, werden demnach Aussicht auf Erfolg nur dann haben, wenn es gelingen sollte, urzeitliche Bedingungen, vor allem die Temperatur und Druckverhältnisse vergangener Entwicklungsperioden hervorzurufen, was Flesch nicht als unerreichbar hingestellt wissen möchte.)
19. *Forssner, Hj., Können grosse intraperitoneale Blutungen aus Graafschen Follikeln oder Corpus luteum-Bildungen ohne Vorhandensein von Schwangerschaft entstehen? Arch. f. Gyn. Bd. 105. Heft 1. p. 74—107.
20. Fraipont, M., Peritoneale Fissuren des Corpus luteum in Fällen von vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta. Ann. de gyn. et d'obst. 1914. IV. p. 200.
21. Frank, R. T., und F. Rosenbloom, Über physiologisch aktive Substanzen in Plazenta und Corpus luteum. Surg., Gyn. and Obstetr. Vol. 21. Nr. 5.
22. Fraser, Elizabeth A. and J. P. Hill, The Development of the Thymus, Epithelial Bodies and Thyroid, in the Marsupials. P. 1. 2. Proc. R. Soc. London. Biol. Sc. Vol. 21. Nr. 5.
23. *v. Frisch, Bruno, Zum feineren Bau der Membrana propria der Harnkanälchen. Anat. Anz. Mit 5 Abb. Bd. 48. Heft 11. p. 284—296. 1915.
24. *Fuhrmann, L., Unstimmigkeiten in geburtshilflichen Beckenmassen und Ebenen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 1.
25. *Gutt, Jan., Über Lymphfollikelbildung in der menschlichen Tube. Inaug.-Diss. Basel 1914.
26. *Geipel, Zur Kenntnis des Vorkommens des decidualen Gewebes in den Beckenlymphdrüsen. Mit 4 Tafeln. Aus der Anatomie des Johannstädter Krankenhauses zu Dresden. Arch. f. Gyn. 106. Bd. Heft 2. p. 177—206.
26a. *Grumme, Abhängigkeit des Fortpflanzungsvermögens vom Eiweissgehalt der Nahrung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1223. (Der Landwirt kennt die Abhängigkeit des Fortpflanzungsvermögens vom Eiweissgehalt der Nahrung und handelt danach. Grumme stellte fest, dass von 400 Gänseeiern infolge Kartoffelfütterung der Tiere über 90% vergeblich bebrütet wurden, während sich 300 Eier von Höfen, auf denen Körner oder Kleie neben den Kartoffeln gegeben wurden, fast durchweg als befruchtet zeigten. Diese Statistik beweist eine Unterernährung des Geflügels bei mangelndem Kraftfutter.)
27. Hart, D. B., Ein neuer Weg zur Erforschung der Natur und Entwicklung des typischen Geschlechtscharakters bei den Säugetieren. Edinb. Med. Journ. New Series XIII. 1. p. 17.
28. *Hedenberg, Mauritz und Lars Strindberg, Beitrag zur Anatomie und der Funktion der menschlichen Plazenta. Anat. Anz. Nr. 2.

29. Herrmann, E. und M. Stein, Über die Wirkung eines Hormons des Corpus luteum auf männliche und weibliche Keimdrüsen. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 29. Nr. 25.
30. Hertwig, O., Das Werden der Organismen. Eine Widerlegung von Darwins Zufallstheorie. Mit 115 Textabb. Jena, G. Fischer. p. 710. Brosch. 18,50 Mk. geb. 20 Mk.
31. Huber, G. Carl, The Development of the Albino Rat, Mus norvegicus albinus. 1. From the Pronuclear Stage to the Stage of Mesoderm Anlage. End of the first to the End of the ninth Day. 32 Abb. Journ. of Morphol. Vol. 26. 1915. Nr. 2. p. 247—386.
32. *Hussy und Herzog, Nachweis der Abwehrfermente im histologischen Schnitte. Arch. f. Gyn. Bd. 105. Heft 1. p. 142—150.
33. Hymansson, A. and Max Kahn, Lipoid Content of Maternel and Fetal Blood. Amer. Journ. of Obstetr. and Diseas. of Wom. and Childr. Bd. 73. Nr. 462. p. 1041 bis 1045.
34. *Jaschke, Rud. Th., Ovarialgravidität mit wohlerhaltenem Embryo. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 1. p. 181—188.
35. *— Die neue Lehre von der Placenta praevia nebst Mitteilung eines Falles von Placenta praevia isthmica foetalis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 1. p. 148—162.
36. Jordan, H. E., Microscopic Structure of Yolk-Sac of Pig Embryo, With Special Reference to Origin of Erythrocytes. (Mikroskopische Struktur vom Dottersack des Schweinsembryo, mit besonderer Berücksichtigung des Erythrozytenursprungs.) Amer. Journ. of Anat. Philadelphia. Bd. 19. März. Nr. 2.
37. *Keibel, F., Eine Auseinandersetzung Wilhelm Roux' mit dem Vitalismus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. (Nach einer kurzen Wiedergabe der Rouxschen Gedankengänge über die „funktionelle Definition der Lebewesen", über ihre Autoergasien (Selbstleistungen), die sich Roux auf mechanistischem Wege entstanden denkt und nach Anführung der Beweise, die Driesch für die vitalistische Autonomie des Lebensgeschehens glaubt beibringen zu können, spricht Keibel seine Meinung dahin aus, dass ihm Roux als Naturforscher in seiner Bekämpfung des Vitalismus und insbesondere in seiner Gegnerschaft zu Driesch vollkommen recht zu haben scheine. Keibel stimmt aber nicht Roux' letzten Schlüssen bei; während er ihm nämlich zugeben will, dass die ersten einfachsten Lebewesen im Laufe von längeren Zeiträumen als durch sukzessive Züchtung der Elementarfunktionen unter Aufspeicherung dauerhafter Variationen entstanden gedacht werden können, lehnt er die Aussicht auf eine synthetische Herstellung einfachster Lebewesen vielleicht schon in wenigen Dezennien bei Einhaltung der als nötig erkannten Reihenfolge der Erwerbungen der einzelnen Elementarfunktionen als allzu sanguinisch vorläufig ab.)
38. de Kervily, Michel, Les mitochondries du syncytium des villosités placentaires chez la femme. Compt. rend. Soc. biol. Tome 79. Nr. 6. p. 226—228.
39. — L'origine des cellules vacuolaires libres du stroma des villosités placentaires chez la femme. Compt. rend. Soc. biol. Tome 79. Nr. 7. p. 281—282.
40. — Les modifications des cils du syncytium des villosités placentaires chez la femme. Compt. rend. Soc. biol. Tome 79. Nr. 8. p. 329—330.
41. Kingery, H. M., So-called Parthenogenesis in the white Mouse. 16 Abb. Biol. Bull. Marine biol. Labor. Woods Hole. Vol. 27. 1914. Nr. 5. p. 240—258.
42. Krabbe, Knud H., Histologische und embryologische Untersuchungen über die Zirbeldrüse des Menschen. Mit 28 Abb. Anat. Hefte. Bd. 54. Heft 2. p. 187—320.
43. Lehn, Charlotte, Über die Veränderungen des Körpergewichts während der normalen Geburt, nebst Bemerkungen über die Fruchtwassermenge. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 98. Heft 3.
44. Leonardo da Vinci, Quaderni d'Anatomia V. VI. von C. L. Vangeusten, A. Fonahn, H. Hopstock. Mit engl. u. deutsch. Übersetzung. Christiania, casa editrice Jacob Dybwad. Die 6 Bände des Gesamtwerkes, das im Jahre 1911 begonnen wurde, und die „Feuillets A und B" von Piumati (1898 Paris) und Sabachnikoff (1901 Turin) enthalten das zeichnerische und textliche Material über Anatomie von Leonardo, soweit es die kgl. Bibliothek auf Schloss Windsor besitzt.
45. *Lindemann, W., Physiologie des Corpus luteum. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
46. Lippmann und Plesch, Entstehung und Bedeutung der Exsudatlymphozyten. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 118. Heft 2. (Nach Experimenten an aleukozytären Tieren bestreiten Lippmann und Plesch für die kleinen Lymphozyten ebenso den hämatogenen Ursprung wie die Herkunft von Adventitiazellen und von „Milchflecken" und bezeichnen sie als Abkömmlinge des Serosaendothels.)

47. *Loose, O., Die Grundlage der Heilungsvorgänge im menschlichen Körper, Entstehung und Bedeutung der sogenannten weissen Blutzellen. Leipzig, Verlag von Georg Thieme. (Als Ergebnis langjähriger, überaus mühseliger Untersuchungen im Ultramikroskop und mit einer spezifischen Färbung nach Schäfer glaubt Loose die Bildung mehrkerniger Eiterzellen und lymphozytähnlicher Zellen aus roten Blutkörperchen mitteilen zu können. Auch für das Granulationsgewebe nimmt er das rote Blutkörperchen als Grundstoff an und verheisst zwei weitere Veröffentlichungen, in denen er zeigen will, dass sich der Aufbau aller Zellen auf „das Plasmaklümpchen, das wir rotes Blutkörperchen nennen", zurückführen lässt. In den Einzelheiten sind Looses Untersuchungen sehr interessant und der Nachprüfung wert, in ihren Grundlagen und Ergebnissen vorläufig stark befremdend. (Die Beobachtung, dass sich im überlebenden Blutpräparat nach einigen Tagen die Zahl der farblosen Blutzellen vermehrt fand, was durch Entstehung aus roten Blutkörperchen zu erklären sei, kann keinesfalls als beweiskräftig gelten, um so weniger, als von anderer Seite (Aworow, P. P. und A. D. Timofejewski, Kultivierungsversuche von leukämischem Blute. Virch. Arch. Bd. 216. p. 184—213. 1914) über mitotische Zellteilung und Vermehrung von Leukozyten im Deckglaspräparat bereits berichtet wurde. D. Ref.) Am 4. Jan. 1916 starb Loose im Dienste des Vaterlandes als Chefarzt des Reserve-Lazaretts in Hohensalza. Es wäre sehr bedauerlich, wenn seine weiteren Untersuchungen nicht mehr zur Veröffentlichung gelangen würden.)

48. *Maximow, A., Sur la structure des Chondriosomes. Journ. de biol. Bd. 79. Heft 10. p. 465—466. (Maximow betrachtet die Chondriosomen als konstante intrazelluläre Organteile, die sich vom undifferenzierten Protoplasma unterscheiden und eine aktive Rolle in verschiedenen metabolischen Prozessen spielen. Maximow hofft, dass bei Anwendung von Gewebekulturmethode von Champy-Knoll unsere Kenntnisse von den morphologischen und physiologischen Eigenschaften der Chondriosome erweitert werden.)

49. Müller, Innere Menstruationsblutung aus reifen Graafschen Follikeln. Mitteil. a. ärztl. Ges. d. Schweiz. Zürich 1914.

50. Meyer, Hans, Zur Biologie der Zwillinge. Inaug.-Diss. Berlin. Juli/Sept.

51. *Novak, Josef, Zur Theorie der Corpus luteum-Funktion und der ovariellen Blutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.

52. *— E., Studie über die Beziehungen zwischen dem Grad der menstruellen Reaktion des Endometriums und dem klinischen Charakter der Menstruation. Surg., Gyn. and Obstetr. Vol. 21. Nr. 3.

53. *Nussbaum-Hilarowicz, J., Über einige bisher unbekannte Organe der inneren Sekretion bei den Knochenfischen. Mit 6 Abb. Anat. Anz. Bd. 49. Heft 14. p. 354 bis 367. (Nussbaum-Hilarowicz fand bei den Tiefseefischen mehrere bisher unbekannte, gefässreiche Drüsen ohne Ausführungsgänge, die er als innersekretorische Organe betrachtet. So fand sich der mediale, weitgrösste Teil des vorderen Nierenabschnittes von grossen epithelialen Zellen aufgebaut, von denen eine jede von Blutkapillaren umgeben ist. Der geringere laterale Teil zeigt dagegen gewöhnlichen Nierenbau und funktioniert als Nierenorgan. — An der Dorsalfläche des hinteren Nierenabschnittes wurden weisslichgelbliche, linsenförmige Körperchen beobachtet. In einem subösophagealen Drüsenorgan liegen teils blindgeschlossene Epithelschläuche, teils solide Epithelstränge; es scheint Nussbaum-Hilarowicz demzufolge möglich, dass das Organ, wie andere der inneren Sekretion dienende Drüsen, zweifache Sekrete liefert, die in das Blut gelangen. Auch viele leuchtende Organe der Tiefseefische, vor allem diejenigen, die keine Ausführungsgänge besitzen, will der Verf. zu den hormonalen Organen rechnen und ihr Leuchten als Nebenfunktion aufgefasst wissen.)

54. *Pearl, Raymond, Data on the Relation of the Corpus luteum to Primary and Secondary Sex characters. A summary of some Recent Experimental Work. (Beitrag zu den Beziehungen des Corpus luteum zu den primären und sekundären Geschlechtscharakteren. Eine Zusammenfassung von kürzlich angestellten Experimenten.) The Urology and Cutaneous Review. Technical Supplement. Jan. p. 29—37.

55. *Pfaundler, M., Körpermaststudien an Kindern. Mit 5 Textabb. und 8 Tafeln. p. 148. Verlag von Julius Springer, Berlin. Preis brosch. Mk. 4,80.

56. *Pok, Josef, Über menstruationsähnliche Blutungen in der Schwangerschaft. Aus der 3. geburtsh. Klin. und k. k. Hebammenlehranstalt in Wien. Gyn. Rundschau. Jahrg. 10. Heft 3 u. 4. Der Verf. berichtet über 6 eigene Fälle.

57. *Pryll, W., Kohabitationstermin und Kindsgeschlecht. Münch. med. Wochenschr. Jahrg. 63.Nr. 51. p. 1579.
58. *Retterer, Ed., Causes des variations évolutives de l'épithelium vaginal. Compt. rend. Soc. biol. Tome 79. Nr. 4. p. 161—164.
59. — Les fibres cellules de l'utérus gravide sont striées en travers. Compt. rend. Soc. biol. Tome 78. 1915. p. 231—234.
60. — Striation des fibres-cellules du myométrium féminin. Compt. rend. Soc. biol. Tome 78. 1915. p. 267—270.
61. — et H. Neuville, Organes génitaux externes d'un jeune Hippopotame femelle. Compt. rend. Tome 78. 1915. p. 165—168.
62. — — Forme de l'utérus d'un Macaque rhesus à terme, en position du foetus. Compt. rend. Soc. biol. Tome 78. 1915. p. 234—237.
63. — — Disques placentaires d'un Macaque rhesus. Compt. rend. Soc. biol. Tome 78. 1915. p. 271—274.
64. *Reusch, W., Das Verhalten der Menstruation nach gynäkologischen Eingriffen. Ein Beitrag zur Physiologie des Ovariums (aus d. städt. Frauenklinik Stuttgart, Direktor Baisch).
65. *Reusch, Frühstadien der Corpus luteum-Bildung beim Menschen. Arch. f. Gyn. Bd. 105. Heft 1. p. 262—280.
66. Schatz, Die Ursachen der Kindeslagen (2. Fortsetzung zu Bd. 71. p. 541—651 u. Bd. 104. p. 393—470). Arch. f. Gyn. Bd. 105. Heft 1. p. 107—142.
67. *Schlagenhaufer und Verocay, Ein junges menschliches Ei. Arch. f. Gyn. Bd. 105. Heft 1. p. 151—169.
68. Schmidt, Gustav, Beiträge zur Entwicklungsgeschichte von Didelphys und zur Frage der Polyembryonie. Inaug.-Diss. Giessen. Juni/Okt.
69. Schreiner, K. E., Über Kern- und Plasmaveränderungen in Fettzellen während des Fettansatzes. Ein Beitrag zur Frage nach der Natur der sog. Chromidien und Blastosomen. Mit 24 Abb. Anat. Anz. Bd. 48. Heft 7/8. p. 145—171. 1915. (Schreiner hält durch seine Untersuchungen an den Fettzellen von Myxine den Beweis erbracht, dass die im Cytoplasma dieser Zellen vorkommenden färbbaren Stäbchen aus Nukleolarsubstanz gebildet sind, die aus dem Kern ausgeschieden ist. Aus diesen der Kernsubstanz entstammenden Stäbchen gehen die Granula hervor, welche zur Bildung der Fettvakuolen Anlass geben. Sie gehen während der Zelltätigkeit zugrunde, werden aber immer wieder aufs neue aus den ins Cytoplasma ausgewanderten Nukleolarteilen aufgebaut. Unter den färbbaren Plasmagranula der Fettzellen muss zwischen solchen, die durch ihre Vereinigung Plasmastäbchen bilden und solchen, die von den Stäbchen gebildet werden, scharf unterschieden werden.)
70. *Schwarzenbach, Demonstration zur embryonalen Beckenentwicklung. Mitteil. aus ärztlichen Gesellschaften der Schweiz (Zürich) 1914. (Unter sieben Embryonen wurde eine Lendenwirbelassimilation angetroffen. Solche Bildungen müssen demnach nicht allzu selten vorkommen.) (? Ref.)
71. Shufeldt, Comparative study of certain cranial sutures in the Primates. (Vergleichende Studien über einige Schädelnähte der Primaten.) Proceed. of Amer. Assoc. of Anat. Anat. Record. Vol. 9. Nr. 1. p. 121—124. 1915.
72. *Sellheim, Hugo, Experimentelle und vergleichend physiologische Untersuchungen über die „Entwicklung" der typischen Fruchtlage. Arch. f. Gyn. Bd. 106. Heft 1. p. 1—57.
73. *Siegel, P. W., Bedeutung des Kohabitationstermins für die Befruchtungsfähigkeit der Frau und für die Geschlechtsbestimmung des Kindes. Münch. med. Wochenschr. Jahrg. 63. Nr. 21. p. 748—750.
74. *Slemons, The results of a Routine Study of the Placenta. (Ergebnisse konsequenter Untersuchungen der Plazenta.) Geburtsh. Ges. in New-York. March 14. Amer. Journ. of Obstetr. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 73. Aug. p. 204.
75. *Sobotta, J., Über den Mechanismus der Aufnahme der Eier der Säugetiere in den Eileiter und des Transportes durch diesen in den Uterus. Mit 16 Abb. Anat. Hefte. Bd. 54. Heft 2. p. 359—446.
76. — Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. 2. Aufl. J. F. Lehmanns Verlag. München. p. 696 mit 330 Abb. Preis 22 Mk.
77. Stoltsenburg, J. M., The Growth of the Fetus of the Albino Rat from the Thiteenth to the Twenty-Second day of Gestation. (Das fötale Wachstum der weissen

Ratte vom 13. bis 22. Schwangerschaftstage.) Anat. Record. Vol. 9. Nr. 8. p. 667 bis 681. 1915.
78. *Strahl, H., Über einen jungen menschlichen Embryo nebst Bemerkungen zu C. Rabls Gastrulationstheorie. Mit 3 Abb. Anat. Hefte. Bd. 54. Heft 1. p. 113—148.
79. Tiegel, Gertrud, Über einen Fall von Placenta cervicalis. Greifswald 1915. Druck der Union Deutsche Verlagsges. Stuttgart. (Kroemer.)
80. Torggler, Eine Bemerkung zu Dr. Fuhrmanns „Unstimmigkeiten in geburtshilflichen Becken-Massen und -Ebenen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 366—367.
81. Trautner, Karl, Über monamnotische Zwillinge. Inaug.-Diss. Erlangen 1915. Buchdruckerei J. B. Grasel, München (Seitz).
82. Triepel, H., Chorda dorsalis und Keimblätter. Anat. Hefte. 1. Abt. Bd. 50. 1914.
83. *— Ein menschlicher Embryo mit Canalis neurentericus. Chordulation. Mit 12 Abb. Anat. Hefte. Bd. 54. Heft 1. p. 149—185.
84. Tröscher, Hans, Über Bau und Funktion des Tubenepithels beim Menschen. Inaug.-Diss. Berlin. Juli/Sept.
85. Tweedy, E. H., Das untere Uterinsegment, seine Entstehung und seine Bänder. Lancet. 11. März.
86. *Uhlenhuth, E., Die Zellvermehrung in den Hautkulturen von Rana pipiens. Mit 1 Abb. im Text und Tafeln XII—XVI. Arch. f. Entwicklungsmech. Bd. 42. Heft 2. p. 168—207. (Die Epithelzellen der explantierten Froschhaut vermehren sich nach Uhlenhuth sowohl auf amitotischem wie auf mitotischem Wege. Die Amitosen erfolgen zeitlich vor den Mitosen. Die Amitose wird von Uhlenhuth als Kernteilung mit vereinfachtem Chromatinteilungsapparat betrachtet; sie führt wahrscheinlich zu einer Zellteilung.)
87. *Vogt, E., Die arteriellen Gefässverbindungen eineiiger Zwillinge im Röntgenbilde. Kgl. Frauenklinik Dresden, Direktor Prof. Kehrer. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 24. Heft 2. p. 102—103.
88. Walker, E. W. Ainley, The Growth of the Body in Man. The Relationship beween the Bodyweight and the Bodylenght (Stemlength). Prov. R. Soc. London. Biol. Sc. Vol. 89. p. 157—173.
89. *Walter, Leo, Zur Pathologie des Corpus luteum. Mit einer Textabb. Aus der Frauenklinik der Univ. Erlangen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Ergänzungsheft p. 61—84. 1915.
90. *Westmann, Axel E., Sezernierende Zellen im Epithel der Tuba uterina Falloppii. Mit 4 Abb. p. 335—342. Anat. Anz. Bd. 49. Heft 13.
91. *Zander, R., Versuch der Erklärung eines Falles von seltener Lageabweichung des Colon descendens und des Colon sigmoideum beim erwachsenen Menschen aus der Entwicklungsgeschichte des Darms. Mit 5 Abb. Anat. Hefte. Bd. 54. Heft 1. p. 1—30.
92. Zangemeister, Über Gewichtsveränderungen in der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett. Ärztl. Verein zu Marburg. 28. Juni. Offizielles Protokoll. Münch. med. Wochenschr. Jahrg. 63. Heft 38. p. 1363.

A. Entwicklungsgeschichte.

Schlagenhaufer und Verocay (67) beschreiben ein junges menschliches Ei, dessen Trägerin durch Selbstvergiftung mit Lysol ihr Leben endete. Sie geben die Masse des Eies folgendermassen an: Durchmesser der grössten Eilichtung 2 : 1,6 : 1 mm, die Verschlussplatte ist ca. 0,328 mm breit, 0,36 mm lang und 0,2 mm dick. Der Embryonalschild ist 0,240 mm lang und 0,280 mm breit. Der grösste Durchmesser des Dottersackes ist etwa 0,23 mm in der Länge und 0,184 mm in der Breite.

Die Verfasser reihen ihr Ei zwischen die kleinsten bisher beschriebenen ein und schliessen es dem Petersschen Ei an, wobei sie nur das Millersche und das Linzenmeiersche Ei als jüngere Stadien anerkennen, dagegen das Bryce-Teachersche Ei als pathologisch erklären und nicht als normales Paradigma gelten lassen.

Schlagenhaufer und Verocay beobachteten auf 41 Schnitten einen Gewebsverschlusspfropf, den sie als eine vom Ektoblast gebildete Schutzplatte

an der Stelle des Eieindringens deuten. Sie nehmen an, dass dieser durch den Ektoblast selbst besorgte Schutzdeckel wahrscheinlich ein normales Vorkommnis im Entwicklungsstadium der Eiblase darstellt, der vielleicht nur so lange besteht, bis das Ei ganz von Bluträumen umgeben ist. Der intervillöse bzw. prävillöse Raum ist strotzend mit Blut gefüllt. In der Trophoblastschale überwiegt das Syncytium gegenüber dem Zytotrophoblast.

Die Amnionhöhle ist ringsum geschlossen und auch gegen den Haftstiel gleichmässig gewölbt. Das Mesoderm des Chorions ist bereits in reichem Masse gebildet; ebenso besitzen Amnion und Dottersack, ja die Embryonalanlage selbst Mesoderm, ohne dass noch ein Primitivstreifen nachzuweisen wäre. Für den Menschen ist demnach der Primitivstreifen sicher nicht die einzige, ja nicht einmal die erste Mesodermquelle. Der Embryonalzapfen hat eine scharf begrenzte Oberfläche mit endothelartiger Bekleidung. Der Binnenraum des Chorions wird der Hauptmasse nach von Magma reticulare erfüllt, durch das in der Nähe des Chorions einzelne Mesodermstränge verlaufen. Einer dieser Mesodermstränge enthält an seinem Abgange einzelne Entodermzellen. Ein Spalt im embryonalen Mesoderm, der Ähnlichkeit mit einem eben aufgetretenen embryonalen Cölom besitzt, wird trotzdem nicht als solches gedeutet, da erst wesentlich ältere Embryonen eine derartige Bildung zu zeigen pflegen. Hervorgehoben wird der reichliche eosinophile Dottersackinhalt, dessen gute Sichtbarkeit möglicherweise an der Art der Fixierung des Präparates liegt.

Einen menschlichen Embryo mit Canalis neurentericus, der dem Embryo Gle vom Grafen Spee bezüglich seiner Entwicklung sehr nahe steht und dessen Alter auf reichlich $2^1/_2$ Wochen geschätzt wird, beschreibt Triepel (83). Der neurenterische Kanal durchsetzt das Embryonalschild nicht sehr weit von seinem hinteren Ende, am ventralen Kanalende greifen die grossen ektodermalen Zellen auf die Unterseite der Embryonalanlage über und bilden die Chordaplatte. Auffallend ist eine kleine dorsalwärts gerichtete Ausstülpung der Chordaplatte, die mit der Abschnürung der Chorda in Verbindung gebracht werden könnte. Kaudalwärts vom Canalis neurentericus liegen an der Ventralseite vom Schilde die gleichen grossen Zellen wie rostralwärts, so dass anzunehmen ist, dass sich die Chordaplatte auch nach hinten von der ventralen Mündung des Canalis neurentericus entwickelt. Eine seichte Primitivrinne verläuft in dem verhältnismässig kurzen Primitivstreifen, dessen Kopffortsatz mit seinem ektodermalen, die Medullarplatte bildenden Teile in enger Verbindung mit dem Mesoderm steht, was zur Deutung der ektodermalen Herkunft des embryonalen Mesoblasts herangezogen wird. An der Hand seiner Befunde stellt Triepel die dringende Forderung, bei den Kranioten nicht von einer Gastrula resp. von einem Gastrulastadium, sondern von Chordula und Chordulastadium zu sprechen und für die Bezeichnung dorsale Urmundslippe rostrale Rückenmundlippe zu setzen. Eine Abbiegung und Verbreiterung des Kopfteiles wird als abnorm bezeichnet. Vom Schildentoderm gehen Zellfortsätze in den zwischen ihm und dem Mesoderm liegenden Raum zur Beteiligung an der hier stattfindenden Gefässbildung. Von einer Differenzierung einzelner Ursegmente ist höchstens der erste Anfang zu bemerken. Aus mesodermalen Zellen und Zellfortsätzen werden mesenchymale Elemente — die zarte Wand junger Blutgefässe — gebildet.

Während im Embryonalschilde noch keine Blutzellen vorhanden sind, finden sich solche innerhalb von kurzen Gefässen im Haftstiel. Das Amnion sitzt in Form einer Zipfelmütze auf dem Embryonalschild. Ein Amniongang liess sich nicht nachweisen. Das Präparat gibt keine Anhaltspunkte für die Entstehungsart des Amnion. In dem Nabelblasenmesoderm fanden sich Blutzellen und Gefässanlagen in grosser Menge, auch glaubt Triepel Übergangsformen zwischen Mesodermzellen und Erythrozyten beobachtet zu haben, wie denn nach Triepel die Differenzierung von Blut und Gefässröhren zu den wesent-

lichen Aufgaben des mittleren Keimblattes gehören. Der Allantoisgang schiebt sich als Ausstülpung des Nabelblasenentoderms in den Haftstiel hinein.

Strahl (78) beschreibt eine junge menschliche Fruchtblase, die in ihrem Entwicklungsgrad nahezu vollkommen mit der von Grosser beschriebenen übereinstimmt, im übrigen aber einige Abweichungen aufweist. Von der Dorsalseite des Strahlschen Embryo geht der Eingang in den Chordakanal als feiner, aber unzweifelhaft erkennbarer Spalt in die Tiefe. Der Kanal verläuft zunächst senkrecht und biegt dann im rechten Winkel nach vorn ab; nach kurzem Verlauf hat er an seiner Entodermseite eine ausgiebige ventrale Öffnung, setzt sich aber vor dieser weiter durch den Kopffortsatz nach vorn fort. Die Wand des Chordakanals endet vorn in fester Verbindung mit dem Entoderm in Bonnets Ergänzungsplatte. In dem vordersten Teil der Embryonalanlage verläuft das Entoderm gestreckt und zeigt nicht die an dem Grosserschen Präparat vorhandene Einbiegung. Blutgefässanlagen sind im Mesoderm der Nabelblase, dagegen nicht im Haftstiel und in den Chorionzotten nachweisbar. Im Haftstiel findet sich der Überrest eines in der Rückbildung begriffenen Amnionganges und der blind endigende Allantoisgang. Der Choriongang fehlt in dem Strahlschen Präparat und ebenso der in dem Grosserschen Präparat noch vorhandene Nabelblasenfaden.

Sehr ausführlich wendet sich Strahl gegen Rabls Auffassung der Gastrulationsproblems; er hält vor allem den Nachweis nicht für erbracht, dass bei Amnioten Darmepithel aus dem vorderen Teil der mesodermal entstandenen Chorda aufgebaut wird und dass sich bei Vogelembryonen als Allgemeinerscheinung die Anlage des Darmepithels durch Einbuchtung von der Ektodermseite her nachweisen liesse.

Bromann (11) fand bei seinen teilweise gemeinsam mit Rietz unternommenen Untersuchungen an Robbenembryonen von 13—82 mm Stadium im Ösophagus zwei Kategorien von Vakuolen, von denen die eine mit dem Lumen in Verbindung steht, wogegen die andere nicht mit ihm kommuniziert. Bromann und Rietz nehmen an, dass beide Arten ursprünglich gleicher Art waren und auf niedrigeren phylogenetischen Stadien dazu dienten, das temporär obliterierte Lumen wiederherzustellen. Trotz Hinfälligkeit dieser Funktion bei höheren phylogenetischen Stadien besteht dank der Erblichkeit die Bildung der Vakuolen fort. Vollständig ähnliche Vakuolen fanden sich auch im kranialen Magenteil, in der Blase und fast gleiche Bildungen wurden im Rektum beobachtet.

Schon beim 13 mm Lobodonembryo ist die Ösophagusanlage relativ lang, wodurch die sehr kaudale Lage des Magens anscheinend bestimmt wird. Die kaudale Magengrenze verschiebt sich erst in späteren Entwicklungsstadien kranialwärts von der Milchdrüsenhöhe. Intraepitheliale Drüsen treten zuerst beim 23 mm-Embryo auf.

Das Duodenallumen wurde niemals obliteriert, Vakuolen im Duodenalepithel nicht gefunden. Das Jejunum entwickelt sich ganz und gar intraabdominal, wogegen das Ileum schon beim 13 mm-Embryo im Nabelbruchsack liegt. Der physiologische Nabelbruchsack war beim 82 mm-Embryo vollständig in die Bauchhöhle reponiert. Der Blinddarm wird als eine einseitige, zuerst rechtwinklig vom Cölom abstehende Darmverdickung angelegt; er befand sich niemals im Nabelbruchsack.

Die Ringmuskelschicht des Darmes findet sich beim 13 mm l. Embryo, die Längsmuskelschicht noch nicht beim 104 mm l. Fötus angelegt. Die Villusbildung fängt im Dünndarm bei 29—58 mm, im Dickdarm bei etwa 82 mm langen Embryonen an. Die endotermale Kloake ist schon auf den 13 mm-Stadium in Sinus urogenitalis und Enddarm aufgeteilt. Die Ampulla recti ist beim 29 mm, die Columnae rectales sind bei 23—32 mm langen Embryonen angelegt.

Das ursprünglich einfache Mesenterium commune wird beim 52 mm-Embryo oder auch bereits auf früheren Stadien durch die Ausbildung einer Mesenterialfalte zwischen Mesoduodenum inf. und Vena cava inf., ausserdem durch die Entstehung eines Ligamentum pancreatico-lieno-colicum kompliziert, die mesenterialen Lymphdrüsen liegen im allgemeinen recht weit entfernt vom Darmrohr zerstreut im Mesenterium, in der Nähe der grossen Gefässe. Nur an der Ileocökalgrenze kommen sie dem Darmrohr sehr nahe.

Das Pankreas entsteht aus mindestens 2 Anlagen, einer kranialen, die mit dem Lebergang verbunden ist, und einer kaudalen, die selbständig in das Duodenum mündet. Der kaudale Pankreasgang, der in der Duodenalwand häufig Divertikel bildet, geht frühzeitig zugrunde. Sowohl im Duodenum wie im Jejunum und Ileum finden sich alle Übergänge zwischen den Keibelschen Darmepithelknospen, Vorstadien der Dünndarmdivertikel, und akzessorischen Pankreasanlagen, am zahlreichsten bei 3 cm-Embryonen, in späteren Entwicklungsstadien verschwinden sie mehr oder weniger vollständig. Diese Divertikelanlagen können während der Ontogenie nicht vom Duodenum bis in das kaudale Ileum verschoben werden, wie das andere Autoren annehmen.

Da die Bauchspeicheldrüse in der Phylogenese in zahlreichen kleinen Drüsenläppchen angelegt wird, so werden die physiologisch vorkommenden embryonalen Darmdivertikel ebenso wie die unter Umständen daraus entstehenden, abnorm persistierenden Darmdivertikel der Erwachsenen und die überzähligen Bauchspeicheldrüsen als atavistische Bildungen betrachtet. Die Knochenfischarten mit zahlreichen kleinen, über die Bauchhöhle verstreuten Bauchspeicheldrüsen sind in dieser Beziehung als primitiv zu bezeichnen.

Während nach Bromann das Schicksal der proximalen Partien der Venae und der Arteriae omphalo-mesentericae schon genügend bekannt ist, ist das der peripherwärts vom Darm bzw. Mesenterium gelegenen Partien dieser Gefässe noch wenig erforscht.

Der proximale Teil der definitiven Arteria omphalo-mesenterica entsteht durch die Verschmelzung eines ventralen Aortenzweigpaares, wahrscheinlich wird auch ihr distaler, dem entodermalen Dotterblasenstiel entlang verlaufende Teil in ähnlicher Weise einfach. Der mesodermale Dotterblasenstiel bleibt noch lange erhalten, wenn der entodermale zugrunde gegangen ist; in seinem Inneren verläuft die periphere Partie der Arteria omphalo-mesenterica bis zur Dotterblase. Die proximale Insertion dieses Stranges siedelt von einer faltenartigen Erhebung des Ileum auf das Mesoileum über; die von hier distal verlaufende Arterie wird als Arteria vitellina, der proximal innerhalb des Mesenterium verbliebene Teil als Arteria mesenteria superior bezeichnet. Der die Arteria vitellina umschliessende Mesenchymstrang berstet gewöhnlich unmittelbar an der Nabelinnenseite nach der Reposition des physiologischen Nabelbruches. Tritt die Zerreissung ausnahmsweise in der Mitte des Stranges ein, so entsteht ausser der Appendix mesoilei eine Appendix umbilicalis. Die anfangs paarig angelegte Vena omphalo-mesenterica wird durch Atrophie der rechten Vena omphalo-mesenterica unpaar. Wir unterscheiden auch hier in späteren Stadien eine innerhalb des Mesenteriums verlaufende Vena mesenterica superior und die Vena vitellina, die in einem am Mesoduodenum inserierenden Strang verläuft. Meistens persistiert der die Vena vitellina enthaltende Strang auch nach der Reposition vom physiologischen Nabelbruch und ist dann von der Innenseite des Nabels bis zum linken Mesoduodenum zu verfolgen, oder er berstet und atrophiert oder er berstet und persistiert als Appendix mesoduodeni. In Ausnahmefällen entsteht auch hier, durch Zerreissung in der Mitte des Stranges, eine Appendix umbilicalis venosa. Die mesenteriale Insertion wird nicht selten durch Darmverschiebungen und Verwachsungen verlegt, so dass sich der Strang in das Cökum angehakt findet. In der Regel verläuft die Vena vitellina isoliert von der proximalen Partie des Nabelblasenstieles, worin Bromann den Grund

zu der schnellen Atrophie des entodermalen Dotterblasenstieles sieht. Bleibt ein Zusammenhang bestehen, so können sich kapillare Verbindungen mit der Arteria vitellina bi.den, wodurch ein Persistieren des proximalen Dotterblasenstieles (Meckelsches Divertikel) veranlasst wird. Ist die Vena vitellina vom proximalen Dotterblasenstiel isoliert, bleibt aber mit seinem distalen Teil mit ihm in Verbindung und berstet später der mesodermale Dotterblasenstiel peripherwärts, so können die beiden Stränge eine lebenslänglich persistierende Schlinge bilden, die vom Mesoileum ausgeht und am Mesoduodenum inseriert.

Die Tatsache, dass die Vasa vitellina der höheren Säugetiere viel längere Zeit persistieren als die Dotterblase Nahrung für den Embryo enthalten kann, findet zum Teil dadurch seine Erklärung, dass die Dotterblase das erste und eine Zeitlang einzige hämatopoetische Organ des Eies darstellt. Vielleicht ist sie ausserdem eine wichtige endokrine Drüse.

Bengt A. Boye (9) fand im 7. und 9. Fötalmonat in der menschlichen Thyreoidea Degenerations- und Desquamationserscheinungen, Ermangelung des Kolloids, Veränderungen in der Grösse der Zellen und findet darin eine Stütze der Anschauung, dass die erste Gestaltung der Organe, die sie während ihrer Entwicklung erhalten, nur ein Provisorium darstellt. Beim Übergang zum postfötalen Leben geschieht eine Anpassung dadurch, dass die Organe zuerst teilweise eingeschmolzen werden und danach in etwas verändertem Bau mit ihren definitiven strukturellen und vitalen Eigenschaften versehen werden.

Anschliessend an einen Fall von abnormer Schlingenbildung des Jejunum und Rechtsverlagerung des Colon ascendens und des Colon sigmoideum bespricht Zander (91) das Vorkommen der letztgenannten Abnormität im Zusammenhang mit seiner entwicklungsgeschichtlichen Ursache. Er selbst fand bei Erwachsenen einige Male, aber immerhin doch sehr selten, den Scheitel des Colon sigmoideum in Berührung mit dem Blinddarm. Unter 50 Föten im Alter von 4—6 Monaten wandte sich 12 mal das Endstück des Colon sigmoideum vom Rektum aus nach rechts, und in vier Fällen davon stellte das Colon sigmoideum eine horizontal über dem Beckeneingang gelegene Darmschlinge dar, deren Scheitel bis zur rechten Fossa iliaca reichte.

Sellheim (72) lehnt für das Zustandekommen der typischen Fruchtlage beim Menschen die Gravitationstheorie ab und versuchte für die Akkommodationstheorie, wie sie von Bumm gelehrt und von Schatz (1909) neuerdings näher begründet wurde, weiteres Beweismaterial heranzuschaffen. Er konnte bei geeigneter Versuchsanordnung wahrnehmen, dass auf den Rücken niedergelegte Neugeborene als Resultante aus den mannigfachen Bewegungen von Armen, Beinen, Kopf usw. im Laufe mehrerer Stunden mit grosser Regelmässigkeit eine Vorwärtsbewegung kopfwärts fertig bringen. Der Durchschnitt aus allen Messungen an 80 Kindern ergibt für ca. 8 Stunden eine Verschiebung kopfwärts von 3,4 cm, wenn die Bekleidung Armen und Beinen freie Beweglichkeit gestattete, bei Ausschaltung der freien Beweglichkeit 2,2 cm (Beobachtung an 46 Kindern). Sellheim findet keinen Grund, daran zu zweifeln, dass das Kind die „Lieblingsbewegungen" des Neugeborenen auch innerhalb der Gebärmutter zur Ausführung bringt und sei es nur im Sinne von Vorübungen, wie sie auch bei anderen Muskelgruppen vorkommt. An einem Phantomkind mit eingebautem kleinem Elektromotor im Kopfe konnte Sellheim Vorwärtsbewegungen in gleichem Sinne auf planer Fläche und im kugeligen Hohlraum beobachten. Auf den Uterus übertragen würden diese Bewegungen eine Drehung des Kindes aus eigener Kraft erklären. Die Längs- und Kopflage wird von Sellheim aus der Entwicklungsgeschichte des Fruchthalters in der Schwangerschaft hergeleitet. Die Längsentwicklung des Uterus und eine gewisse „Rückzugsbewegung der Wand beckenwärts" sind in gewissem Sinne der Vorwärtsbewegung des Kindes gleichgerichtet. Die vorwiegende Lage des Kindes mit dem Rücken nach links

vorne erklärt Sellheim als eine formale Anpassung und eine Formübereinstimmung des konvex vorgetriebenen kindlichen Rückenteils mit der Konkavität der vorderen Bauchwand. Bewegungen beim Vogelembryo wirken geradezu wie eine Illustration der für den Menschen angenommenen und durch Experiment festgestellten Kräfteanordnung.

Vor Jahresfrist stellte Siegel (73) in der Deutsch. med. Wochenschr. (1915, Nr. 42) auf Grund von 100 Beobachtungen eine Kurve auf, aus der sich ergab, dass die Zeit kurz nach der Menses, also das sogenannte Postmenstrum für die Empfängnis der Frau die günstigste Gelegenheit darstellt. Im Intermenstruum sinkt die Empfängnisfähigkeit der Frau herab, um während des Prämenstruums beinahe einer Sterilität Platz zu machen. Inzwischen haben sich die Beobachtungen des Verfassers auf 220 Fälle vermehrt und die aus ihnen gewonnene Kurve ist annähernd dieselbe wie die vorjährige.

Eine besondere Wichtigkeit erhalten die Beobachtungen dadurch, dass der Verfasser hofft, aus ihnen Schlüsse über die Geschlechtsbestimmung des Kindes ziehen zu können. Unter den 80 zur Verwertung geeigneten Fällen erhielt der Verfasser in der Rubrik 7, d. h. aus den Kohabitationen vom 1. bis 9. Tage post Menstruationsbeginn in 86% Knaben und in Rubrik 3, d. h. vom 15. bis 22. Tage in 86% Mädchen. Die Rubrik 2, vom 10. bis 14. Tage bildet eine Art Übergang, der freilich mehr zu Mädchengeburten hinneigt und vielleicht durch die individuelle Verschiedenheit des Follikelsprungs bedingt ist. Bei alleiniger Berücksichtigung der verheirateten Frauen, deren anamnestische Angaben, die sehr viel genauer bewertet werden dürfen, als die der unverheirateten, steigt die Wahrscheinlichkeit der Vorausbestimmung auf 95%.

Der Verfasser folgert aus seiner Zusammenstellung erstens, dass je reifer das Ei bei der Befruchtung ist, desto wahrscheinlicher ein Knabe zur Entwicklung gelangt und dass also wohl die geschlechtsbestimmende Kraft im Ei liegt, nicht aber in ihr präformiert ist, sondern dass das Geschlecht aus dem Zeitpunkte der Kopulation bestimmt wird. Zweitens haben seine Beobachtungen insofern eine ungeheuer praktische Bedeutung, als nunmehr Knaben- und Mädchengeburten geregelt werden könnten, soweit der Wille zur Regelung besteht, indem entweder nur zu den Zeiten des gewünschten Geschlechts verkehrt wird, oder dadurch, dass zu den Zeiten, wo das nicht gewünschte Geschlecht erzeugt werden könnte, ein nach Möglichkeit sicheres Präventivmittel angewendet wird.

Pryll (57) brachte bei 581 Fällen (25 eigene, die übrigen aus der Literatur) Kohabitationstermin und Kindsgeschlecht in eine Tabelle, deren Ergebnisse im Widerspruch mit den Resultaten von Siegel und Fürst stehen. Während diese beiden Autoren das kindliche Geschlecht abhängig von der Eireife und dem Kopulationszeitpunkt fanden, konnte Pryll aus seiner Zusammenstellung nur den dauernden Knabenüberschuss folgern, wie er als die bekannte Sexualproportion in dem Verhältnis von 1,06 : 1,00 zu den weiblichen Geborenen in unseren Breiten sich allgemein vorfindet. Die vergleichend statistische Methode erscheint Pryll überhaupt ungeeignet, um dem komplizierten Problem der Geschlechtsbestimmung beim Menschen mit Erfolg beizukommen.

B. Plazentation, Gravidität, Puerperium.

Slemons (74) fand unter 600 Plazenten jede fünfte und sechste abweichend von der Norm. In sieben Fällen korrespondierten histologisch-syphilitische Veränderungen mit positivem Wassermann, in 242 Fällen waren die negativen Befunde in Übereinstimmung. Einmal war bei negativem Wassermann der Plazentarbefund positiv, zehnmal war das Ergebnis umgekehrt: Negativer Plazenta-

befund, positiver Wassermann. In zwei Fällen fanden sich nur zwei Blutgefässe in der Nabelschnur und in beiden Fällen bot das Neugeborene Anomalien, in dem einen Fall mehrere Deformitäten und nur eine Arteria hypogastrica, im anderen Falle bestand ein perforiertes Septum interventriculare. Zweimal beobachtete Slemons Ruptur fötaler Gefässe bei Insertio velamentosa der Nabelschnur. Oft liefert die mikroskopische Untersuchung Auskunft über den Zeitpunkt der Nabelschnurligatur. Ist sie erst angelegt, wenn die Pulsationen aufhören, so sind die Gefässe relativ leer, sind sie dagegen sehr gefüllt, so ist anzunehmen, dass zu früh abgebunden wurde. Bei vorzeitiger Plazentarlösung scheint bei gleichem Umfang die Lösung im Zentrum gefährlicher für das Kind zu sein als die am Rande.

Die früheren Untersuchungsergebnisse über das Vorkommen von Anastomosen im Gefässgebiet eineiiger Zwillinge hatten nach Vogt (87) nur beschränkte Gültigkeit, da mit der Methode, die Arterien und Venen der Plazenta getrennt zu injizieren, immer nur ganz oberflächlich liegende Anastomosen sichtbar gemacht werden konnten. Durch röntgenanatomische Untersuchungen an fünf eineiigen Zwillingsplazenten fand Vogt die Richtigkeit der Lehre von den arteriellen überkapillaren Gefässverbindungen eineiiger Zwillinge in einwandfreier Weise bestätigt und ergänzt. Zum Vergleich bringt Vogt eine Abbildung von getrennt geschlechtlichen Zwillingen, bei denen die Gefässgebiete, obwohl das Plazentargewebe auch makroskopisch nicht voneinander trennbar ist, röntgenanatomisch vollkommen getrennt und selbständig sind. (Technik s. Vogt, Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21, p. 32 und Hauch, Ibidem, Bd. 20, Heft 2).

An den Chorionzotten beobachteten Hedenberg und Strindberg (28) Sekretionsbilder, die den für exkretorische Organe typischen ähneln und das Vorhandensein einer lebhaften Sekretion von den Zotten in die intervillösen Räume dartun. Da Blut vom fötalen Kreislauf, das sonst leicht gerinnt, bei Zusatz von frischem Plazentarextrakt Gerinnungshemmung aufweist, so liegt die Annahme nahe, dass von den Chorionzotten ein gerinnunghemmendes Ferment produziert wird, auf dessen Sekretion die beobachteten Bilder beruhen.

Wie bereits früher andere Autoren für die Tierplazenta, so hat Driessen (15) für die menschliche Plazenta in den ersten Monaten der Schwangerschaft starken Gehalt an Glykogen nachgewiesen. Die Plazenta reichert Glykogen an, das sich auch in den Grenzzellen der mütterlichen und fötalen Gewebe findet. Die Decidua enthält in den Stromazellen und in den Drüsen enorme Mengen von Glykogen. Beim Tode verschwindet das Glykogen aus den Zellen, deshalb ist nur lebendes Gewebe zur Untersuchung geeignet. Driessen untersuchte die Decidua bei künstlich unterbrochener Schwangerschaft und von Schwangerschaften, die wegen Karzinom zur Operation kamen. Drüsen, Chorion, der Trophoblast an den Zottenspitzen, nicht aber das Syncytium enthalten Glykogen; das Syncytium scheint ähnlich dem gastrointestinalen Epithel Eiweiss, Fett und Stärke abzubauen. Die Langhans-Zellen enthalten kein Glykogen, dagegen ist es in den mesodermalen Spindelzellen vorhanden. Da die Sekretion des Glykogens und die Entwicklung des Corpus luteum genau miteinander übereinstimmen, so ist es wahrscheinlich, dass das Hormon des Corpus luteum von Einfluss darauf ist. Der Glykogengehalt der prämenstruellen Schleimhaut ist ein wichtiger Beitrag zu der Erklärung des Menstruationszyklus. Das unbefruchtete Ei und das befruchtete Ei verursachen eine identische Reaktion im Ovarium und Uterus. Ihre Assimilationsprodukte verursachen die Corpus luteum-Bildung, das Corpus luteum regt die Glykogenbildung der Schleimhaut an. Geht das Ei unbefruchtet zugrunde, so sistiert die Drüsensekretion im Ovarium und die Schleimhaut wird zerstört. Gelangt das befruchtete Ei in den Uterus, so findet es dort das von den Schleimhautzellen produzierte Nährmaterial.

Der Trophoblast entwickelt und ernährt sich und das Ei durch das Glykogen. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft verschwindet der Trophoblast, das Corpus luteum degeneriert und das dem Fötus nötige Material wird ihm nunmehr durch das Syncytium zugeführt.

Hüssy und Herzog (32) untersuchten acht Plazenten vom Ende der Gravidität nach 24—48stündiger Einwirkung von Schwangerenserum und Kontrollen, die der Einwirkung von Serum ausgesetzt wurden, das von sicher Nichtgraviden stammte. Die linsengrossen Plazentarstückchen wurden darauf in Paraffin eingebettet. Die histologische Untersuchung ergab, dass, wenn sich überhaupt Veränderungen im spezifischen Plazentargewebe fanden, diese entschieden deutlicher in denjenigen Stückchen ausgesprochen waren, die im Schwangerenserum bebrütet worden waren. Im allgemeinen zeigte sich die Serumeinwirkung erheblich viel deutlicher in Veränderungen des Zottenstromas als im Ektoderm.

Die Methode kommt für die Schwangerschaftsdiagnostik nicht in Betracht. Sie kann das Dialysierverfahren nach Abderhalden nicht ersetzen.

Bindende Schlüsse über die Spezifität der Abwehrfermente aus den histologischen Untersuchungen ziehen zu wollen, wäre nach Hüssy und Herzogs Meinung verfehlt.

Die Dauer der Schwangerschaft ist nach Ellermann (16) physiologischen Schwankungen unterworfen, deren Häufigkeit und Grösse dem exponentiellen Fehlergesetz folgt. Die Durchschnittsabweichung war bei 1000 Fällen im Mittel 10,6 Tage. Ellermann empfiehlt mit einer um ein wenig kleineren Zahl: 10,1, die aus Stinnebecks Statistik gewonnen wurde, zu rechnen. Die Grenzen für Fälle mit einem Kindesgewicht von 3—3,5 kg werden in praxi mit 240 und 300 Tagen festgesetzt werden können. Werden auch die selteneren Fälle mitgerechnet, erhält man als absolute Aussenwerte 230 und 310 Tage. Handelt es sich um grosse Kinder (4 kg und darüber), so müssen die Grenzen dementsprechend erhöht werden, derart, dass die drei Durchschnittsgrenzen 248—308, die absoluten äusseren Grenzen 238 und 318 Tage werden.

Jaschke (35) stimmt der jetzt wohl ziemlich allgemein geltenden Anschauung von einer Dreiteilung des Uterus in Corpus, Isthmus und Cervix zu. Der Isthmus nimmt die Stellung eines selbständigen zwischen Korpus und Cervix eingeschalteten Übergangsteiles ein. Die Schleimhaut zeigt Übergangscharakter mit Annäherung an den Charakter der Korpusschleimhaut, die Muskulatur steht nach Grösse und Verteilung der Muskelfasern und ihrem Verhältnis zum Bindegewebe näher der Cervixwand; die Muskelfasern sind dünner und spärlicher als im Korpus. In der Schleimhaut des Isthmus findet regelmässig Deciduabildung statt, die Schwangerschaftshypertrophie bleibt aber wesentlich hinter der im Korpus zurück.

Die in früherer Zeit als wichtig geltende stärkere oder geringere Überlagerung des inneren Muttermundes durch Plazentargewebe tritt in der heutigen Beurteilung zurück gegenüber der Tatsache, dass der in der Norm von Plazentargewebe freie Isthmus ganz oder teilweise zur Haftung der Plazenta herangezogen wird. Der Ort der Eieinbettung spielt aber für die Art der Plazentarhaftung eine grosse Rolle.

Die Nidation im unteren Abschnitt des Korpus nahe dem Isthmus wird bei einem Ei mit hoher biologischer Valenz, das tief und rasch in die Schleimhaut vordringt, mit grosser Wahrscheinlichkeit zur Bildung einer Placenta capsularis führen.

Implantiert sich das Ei primär im Isthmus, so sind dem Flächenwachstum gewisse Grenzen gesetzt, da der enge Isthmus sich nach unten stark verjüngt, die chorialen Elemente dringen vielfach tief in die Muskulatur vor, wodurch eine abnorm feste Haftung der Plazenta hervorgerufen wird (Placenta accreta).

Dringen die Zotten unter Aufwerfung eines später fibrinoid sich umwandelnden Walles von Decidua parietalis extrachorial vor, so entsteht die Placenta marginata partim extrachorialis. Der den Muttermund überlagernde Lappen kann immer nur ein Kapsularislappen sein.

Die Gefahr für die Frau bei der Placenta isthmica liegt hauptsächlich in der Nachgeburtsperiode. Es blutet bei der echten Placenta isthmica gar nicht, bei der sekundären nur teilweise aus dem Korpus, die Quelle der Blutung liegt in der überdehnten, kaum oder gar nicht kontraktionsfähigen Wand des Isthmus.

Im medialen Teil eines hühnereigrossen Ovariums beschreibt Jaschke (34) bei einer 25jährigen Frau eine Gravidität mit wohl erhaltenem Embryo von 13 mm Schwanznackenlänge. Die Tube war in keiner Weise beteiligt. Jaschke neigt der Ansicht zu, dass es sich nicht um eine epovarielle sondern um eine intrafollikuläre Befruchtung und Entwicklung des Eies handele und dass die Eischale nichts anderes sei, als die Wand des Corpus luteum bzw. Follikels, in dem das befruchtete Ei sich weiter entwickelt hat.

Forssner (19) beschreibt zwei Fälle von Ovarialgravidität. Im ersten Falle trat eine grosse Blutung in die Bauchhöhle 13 Tage nach dem letzten Tage einer völlig normalen, zu rechter Zeit eingetretenen Menstruation auf, die zweite Patientin hatte $1^1/_2$ Monat vorher abortiert. Eireste im Falle 1 im Corpus luteum; im Fall 2 wurde in dem am äusseren Rande eines Corpus luteum gelegenen Hämatom ein einziger Villus aufgefunden. Nach einer kritischen Besprechung der 40 seit 1900 publizierten Fälle, auf die sich die Lehre von den Follikelblutungen stützt, erklärt Forssner, dass kein einziger Fall, auch nicht die fünf histologisch vollständig untersuchten Fälle die Abwesenheit von Schwangerschaft sicher ausschliesst. Er erachtet es als wahrscheinlich, dass auch diese Fälle Ovarialschwangerschaften mit vollständig ausgestossenen Eiern und nicht sogenannte Follikelblutungen gewesen sind, die auf irgend eine mystische Weise ohne alle nachweisbare Veränderung im Ovarium entstanden waren.

In 34 Fällen untersuchte Geipel (26) die Beckenlymphdrüsen auf das Vorhandensein von decidualem Gewebe. Er fand dasselbe hier ebenso wie auf dem Peritoneum und im Netz so häufig, dass er sich zu der Annahme berechtigt glaubt, dass es sich um einen physiologischen Vorgang handelt. Am häufigsten zeigen sich die Einlagerungen in den Glandulae hypogastricae; seltener kommen die sakralen Drüsen in Frage. Die Zahl der positiv befundenen Drüsen schwankt zwischen einer und fünfzehn. Meist wird bei Vorkommen decidualer Veränderungen in den Lymphdrüsen eine kräftige deciduale Reaktion im Douglas beobachtete. Die häufigste Lokalisation findet sich in den Rindenbezirken der Drüse. Im allgemeinen hatte Geipel den Eindruck einer Bevorzugung der Eintrittsstellen der Lymphgefässe. Die Herde werden durch Volumenzunahme ohne Vermehrung der Retikulumzellen gebildet. Weder die Endothelzellen noch das adenoide Gewebe sind daran beteiligt. Ausserordentlich deutlich, wie sonst an keiner Stelle der Lymphdrüsen, treten die Lymphspalten neben den decidualen Herden hervor. Geipel hält deciduale Umwandlung am Wurmfortsatz für nicht häufig, in den Beckenlymphdrüsen bei Erstgebärenden quantitativ umfangreicher als bei Mehrgebärenden. Geipel streift im Hinblick auf seine Untersuchungen daran sich anknüpfende Fragen und Arbeitshypothesen.

Driessen (15) hat 500 Schleimhäute der Gebärmutter, unter welchen 136 von normal menstruierenden Frauen mikrochemisch untersucht mit dem Ergebnis, dass in den ersten 14 Tagen kein Glykogen gefunden wurde, und dass es am 14. Tage sich zu bilden anfängt, erst in den Drüsen; nach dem 21. Tage auch im interstitiellen Gewebe, während es in den letzten 3 Tagen vor der Menstruation wieder abnimmt. Die Steigerung zeigt also die gleiche Wellenbildung wie die Schleimhautveränderungen selbst. Verf. meint die Veränderungen auf

Rechnung des Einflusses des Corpus luteum auf die Gebärmutter stellen zu dürfen. Die Einzelheiten der Beweisführung müssen im ursprünglichen nachgelesen werden. (Mendes de Leon.)

C. Brunst. Menstruation.

Nach Reusch (64) geht aus seinen eigenen wie aus den Beobachtungen von Fränkel, Halban und Köhler mit aller Sicherheit hervor, dass dem Wiedereintritt der Menstruation nach Eingriffen am Ovarium ganz bestimmte biologische Gesetze zugrunde liegen. Der reifende Follikel gibt den Anstoss zur Menstruation. Wird er entfernt, so kann sie nicht zustande kommen. Es muss erst wieder ein neuer Follikel heranreifen, um sie hervorzurufen. — Das Corpus luteum reguliert den Zeitpunkt des Eintritts der Menstruation. Wird es exstirpiert, so tritt sofort die Periode auf.

Barth (8) fand unter dem Operationsmaterial der Strassburger Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1901—1913 292 Fälle von Exstirpation beider Ovarien unter Schonung des Uterus. Mit ganz vereinzelten Ausnahmen trat in den Fällen, in denen weniger als 14 Tage zwischen dem Beginn der letzten Regel und der Operation vergangen waren, keine postoperative Menstruation auf. Lag ein längerer Zeitraum (14—28 Tage) zwischen den beiden betreffenden Daten, so kam es in vereinzelten Fällen noch einmal zu einer letzten Menstruation. Die prämenstruelle Schleimhautveränderung, Blutstase in den Gefässen, allgemeine Operationsschädigungen, die Tätigkeit anderer Drüsen mit innerer Sekretion können begünstigend oder hemmend auf den Eintritt der Blutung einwirken.

Novak (52) fand im allgemeinen die menstruelle Schleimhauthypertrophie um so beträchtlicher, je stärker die Menstruation war, so dass beide als die Folge desselben ovariellen Reizes aufgefasst werden, die in ihrer Stärke von dem Grade dieses Reizes abhängen.

Eine Ausnahme bildeten die Fälle von kongenitaler Anteflexion mit spärlicher menstrueller Blutung. Da hierbei eine starke Schleimhauthypertrophie gefunden wurde, so kann die Ursache der auftretenden Menstruation nicht, wie bisher vielfach angenommen wurde, in einer Unterentwicklung der Ovarien zu suchen sein. Vielleicht liegt eine Undurchlässigkeit der Schleimhautgefässe für die roten Blutkörperchen vor, womit sich auch die Stauung in den Schleimhautgefässen und die dysmenorrhoischen Beschwerden erklären liessen.

Bei 209 Frauen mit 309 Geburten zeigte sich nach den Beobachtungen von Ehrenfest (17) in mehr als der Hälfte der Fälle die menstruelle Blutung binnen 12 Wochen nach der Entbindung, und zwar bei 80% aller stillenden Frauen vor der Entwöhnung des Kindes. Die Ovulation tritt wieder ein, wenn der schwächende Einfluss der Geburt und der durch die Laktation entstehende Säfteverlust ausgeglichen ist. Bei subinvolviertem Uterus und bei Retroflexio, also bei hyperämischem Fruchthalter fällt die erste Menstruation sehr stark aus, während bei Laktationsatrophie des Uterus Schleimhauthypertrophie und Menstruation völlig ausbleiben kann. Bei kranken und schwächlichen Frauen verzögert sich der Wiederbeginn der Ovulation.

D. Anatomie.

1. Allgemeines. Lehrbücher. Topographie.

Bei der grossen Verschiedenheit der in den Lehrbüchern angegebenen Beckenmasse und Ebenen begrüsst Fuhrmann (24) die beginnende Vereinigung der Geburtshelfer auf die 4 Hodgeschen Parallelebenen als eine Verein-

fachung. Diese gehen: die 1. vom Oberrand der Schossfuge zum Vorberg, die 2. vom Unterrand der Schossfuge durch den 2. Kreuzbeinwirbel, die 3. durch den Sitzbeinstachel und den 4. Kreuzbeinwirbel, die 4. durch das Steissbein, so dass dieses in der Ebene liegt. Die Beckenhöhe beträgt nach Sellheim für die Schossfuge 4—4$^1/_2$ cm, für die hintere Beckenwand (Kreuzsteissbein) 3 mal 4 = 12 cm. — Die Tubercula obturatoria superiora und inferiora (nach Henle) haben sich Fuhrmann als zwei wichtige Knochenpunkte für die Bestimmung der Stellung des kindlichen Schädels zum Beckeneingang bewährt.

Pfaundler (55) fand, dass die Variation der Körperlänge beim Kinde absolut genommen bis zur Pubertät zunimmt. Hervorzuheben ist die grössere Variation unter gleichalterigen Kindern höherer Standesklassen, die vielleicht auf vermehrte Rassenmischung und auf die Domestikation zurückzuführen ist. Die Untermassigkeit der Kinder folgt der von Gauss aufgestellten Fehlerkurve. Pfaundler erwägt, ob vielleicht eher von einer Übermässigkeit der Kinder der Reichen als von einer artwidrigen Untermassigkeit der Armenkinder zu sprechen wäre. Die relative Breitenentwicklung ist nämlich bei den Kindern aus der Arbeiterklasse nicht geringer, sondern sogar grösser als bei den Kindern der Wohlhabenden. Auch ist ihr Körpergewicht nicht in demjenigen Masse reduziert wie die geringere Körperlänge erwarten liesse.

Das menschliche Wachstum wird nach Pfaundler beherrscht durch die Regel von der Konstanz des absoluten Zuwachses, von der die Längenwachstumsverhältnisse in durchsichtiger Weise abhängig sind.

Pfaundler arbeitete zum Teil in Gemeinschaft mit O. Kastner ein Verfahren aus für die direkte Bestimmung der Körperoberfläche und ein zweites indirektes durch Berechnung aus linearen Körpermassen. Ausserdem bestimmte er gesondert, vorläufig nur an Kinderleichen, Körpernettovolumen, Bruttovolumen und die im Körper eingeschlossene Gesamtgasmenge. Zum Schlusse der Ausführungen werden die klinischen und anatomischen Notizen über 14 Fälle gegeben, deren Oberflächen und Volumenwerte bestimmt wurden.

Nach Dahl (14) werden die weiblichen Genitalien in der Hauptsache vom Plexus hypogastricus und ovaricus und vom Nervus erigens versorgt. Die beiden ersten sind in der Hauptsache motorischer Natur, enthalten aber sicherlich auch sensible Fasern und haben zweifellos vasokonstriktorischen Einfluss. Der Nervus erigens seu pelvicus enthält sensible und motorische Fasern. Er ist der Hemmungsnerv für die weiblichen Genitalien und hat vasodilatatorische Funktionen. In dem Plexus Frankenhäuser lösen sich die beiden Nerven auf und vermischen sich miteinander. Die Sensibilität der Gebärmutter beruht auf krampfhaften Kontraktionen von Uterus und Tube. — Im oberen Lumbal- und im unteren Sakralmark finden sich beim Weibe die gleichen Zellgruppen als Zentren für die Innervation der weiblichen Genitalien, wie sie beim Manne als spinale Zentren für Ejakulation und Erektion bekannt sind. Auch die peripherischen Innervationsverhältnisse ähneln denen des Mannes. Die Äste des Nervus pudendus versorgen als Nervi labiales posteriores den hinteren Teil der Schamlippen. Der Verlauf der sympathischen Nerven im Plexus cavernosus clitoridis ist der gleiche wie der des Plexus cavernosus penis beim Manne. — Im submukösen Gewebe der Vagina finden sich gangliöse Anhäufungen, von denen Cohnstein annimmt, dass sie periphere Zentren des Uterus seien. Franz, Kurdinowski, Kehrer beobachteten Kontraktionen an der exstirpierten, von allen Nerven entblössten Gebärmutter des Kaninchens.

Dahl untersuchte den Frankenhäuserschen Plexus vom erwachsenen Menschen nach verschiedenen Fixations- und Färbemethoden. Er entnahm aus seinen Präparaten, dass sich die makroskopisch erkennbaren Ganglienknoten wieder aus zahllosen kleinen Ganglienzellanhäufungen zusammensetzen, die durch Bindegewebe voneinander getrennt sind. Die Ganglienzellen gleichen zweifellos denjenigen, die man sonst überall im vegetativen Nervensystem findet, eine sche-

matische Trennung der einzelnen Zelltypen, Stern-, Kronen-, Glomerulotypen, zwischen denen sich zahlreiche Übergänge vorfinden, darf nicht vorgenommen werden. Es handelt sich ausnahmslos um multipolare Ganglienzellen. Dahl gewann den Eindruck, dass mehr markhaltige als marklose Nerven im Plexus Frankenhäuser vorhanden sind. Vatersche Körperchen oder ähnliche Gebilde konnte Dahl trotz eifrigen Suchens nicht finden.

Das Corpus uteri ist mit markhaltigen und mit marklosen, stark gewellten Fasern durchsetzt. In grösseren Nervenbündeln sind mehrfach beide Faserarten vertreten. Die Nervenstämmchen lassen sich manchmal bis zur Mukosa hin verfolgen, besonders zahlreich sind die Nerven in der Nachbarschaft der Gefässe. Eine Anhäufung von marklosen Nerven findet sich in den Ecken des Uterus in der Gegend der Tubeneinmündungen.

Die Cervix ist in gleich starkem Masse wie das Corpus uteri mit Nerven versorgt. In der Portio dagegen sah Dahl nur vereinzelte dünne, marklose Fasern. Dass irgend eine Muskelschicht reicher versorgt ist als die andere, konnte Dahl nicht feststellen.

Mit Hilfe der Rongalitfärbung, einer supravitalen Methylenblaufärbung liessen sich die zarten marklosen Nervenfasern parallel den Muskelfasern mit ihren astartigen Verzweigungen wahrnehmen. Die einzelnen Nervenausläufer endigen spitz ohne spezifische Endigung.

Dahl fand die Muskulatur im schwangeren Uterus nicht reichlicher mit Nerven versorgt als im nichtgraviden Uterus und auch das Verhältnis der markhaltigen zu den nichtmarkhaltigen nicht verändert. Nur war die Wellung der Uterusnerven im schwangeren Uterus weniger ausgebildet und zum Teil sogar ganz geschwunden. Auf Grund von Durchmusterung sehr zahlreicher Schnitte gelangte Dahl zu der Überzeugung, dass Uterusmuskulatur und Schleimhaut der Gebärmutter frei von Ganglienzellen sind.

Die Nerven der Eileiter, die zum Teil vom Plexus Frankenhäuser, zum Teil vom Plexus ovaricus stammen, sind in ihrer überwiegenden Mehrheit marklos.

Manchmal aus einem grösseren, manchmal aus mehreren kleineren Ganglienknötchen in der Höhe der Nierengefässe konnte Dahl eine Anzahl von Nervenfasern in den Plexus ovaricus einstrahlen sehen. Die Nerven sind sehr fein und umspinnen als Geflecht die Arteria und Vena ovarica, mit den Gefässen bis an den Hilus verlaufend. Kleinere zarte Äste des Plexus spalten sich vor dem Eintritt in das Ovarium ab und ziehen zu den Tuben. Die Zellen der Spermatikalganglien sowie des Ganglion mesentericum superius gehören leicht dem Typus der Sternzellen an, ausserdem finden sich neben anderen Typen sogenannte „Kranzzellen". Der von den Ovarialganglien abzweigende Plexus ovaricus bewahrt in seinem ganzen Verlauf das typische Verhalten des sympathischen Nerven. Er setzt sich im wesentlichen aus dünnen marklosen Nervenbündeln zusammen, denen einzelne dünne Markscheiden beigemengt sind.

Für die Nervenendorgane in den äusseren Genitalien, in denen sich unter Abänderung der Form des Körperchens Nervenfasern knäuel- oder achterförmig um ein zentrales Körperchen herumschlingen, macht Dahl keine feinen Unterschiede und schlägt vor, sie nach Dogiel mit dem Sammelnamen Genitalnervenkörper zu bezeichnen. Sie sind in der Klitoris zahlreicher als in den Nymphen. In den tieferen Partien der Klitoris sieht man Bündel mit dicken Markscheiden, in den höheren ziehen dünne, markhaltige, manchmal auch marklose Nervenfasern zu den Endorganen. Die an die Gefässe der Klitoris und der kleinen Labien ziehenden Nerven sind meist marklos, wahrscheinlich sind es Ausläufer des Plexus cavernosus. Die Fasern des Nervus clitoridis und pudendus sind markhaltig, die Zellen in den dazugehörigen Ganglienknoten unipolar.

Vom 4. und 5. Sakralnerv ziehen 4 oder 5 zwirnfadendünne Nervchen, stark in Fett eingehüllt, zum Frankenhäuserschen Plexus, wo sie sich auflösen,

wobei der eine oder der andere Ast Anastomosen mit den sympathischen Sakralganglien eingeht. Der Nerv ist aus markhaltigen, mit Lantermannschen Segmentationen versehenen Fasern zusammengesetzt. Dahl kann das Vorkommen von Ganglienzellen im Verlauf dieser Nervenfasern, die den Nervus erigens bilden, ausschliessen.

Der Plexus hypogastricus wie der Plexus aorticus, aus dem er entspringt, sind aus leicht gewellten, marklosen Achsenzylindern zusammengesetzt. Daneben finden sich dünne markhaltige Fasern und vereinzelt dickere Markscheiden. Die einzelnen und zu Knötchen zusammengelagerten Ganglienzellen zeigen ein typisches Kernbläschen.

Zahlreiche Nervenfasern ziehen vom sakralen und coccygealen Abschnitt des Grenzstranges zum Plexus Frankenhäuser.

2. Ovarium. Corpus luteum.

Reusch (64) bespricht die bisher beschriebenen Corpus luteum-Frühstadien von Hegar, Robert Meyer, Schröder und Wallart, denen er zwei eigene Beobachtungen anreiht. Hegar hatte sich noch für die bindegewebige Genese des Corpus luteum ausgesprochen, während die anderen Autoren ebenso wie Reusch die epitheliale Genese aus ihren Präparaten für erwiesen erachten. Eine Zweischichtigkeit der Theca interna ist in keinem der bisher bekannten Frühstadien nachgewiesen. Die Grenze der Granulosazellschicht gegen die Theca interna ist in den Frühstadien immer scharf. Sie wird durch parallel verlaufende feinste Bindegewebsfasern (Grenzfasermembran) und durch die in charakteristischer Weise reihenförmig angeordneten Kapillaren deutlich bezeichnet.

Nach Adler wirkt das Corpus luteum hemmend auf die Blutung auslösende Komponente der Ovarialfunktion ein, der reifende Follikel dagegen hyperämisierend auf das Genitale. Der reifende Follikel veranlasst in der Schleimhaut die Entwicklung des Intervallstadiums aus dem Postmenstruum; aber auch den prämenstruellen Zustand der Schleimhaut lässt Adler unter dem Einfluss des zum Corpus luteum heranreifenden Follikels entstehen. Seiner Meinung nach ist der Follikel, wenn er sich des Eies entledigt hat, deswegen doch noch kein Corpus luteum, sondern wird erst dann, wenn er wirklich gelb ist, in der Zeit, in der nach Seitz vorwiegend die Produktion von dem hyperämisierend wirkenden Lipamin erfolgt, zum gelben Körper. Als gleichsinnig funktionierend fasst Adler die zwei Phasen der Follikelreifung bis zum Platzen und sodann das sogenannte Vaskularisations- und Proliferationsstadium (R. Meyer) auf. Als Corpus luteum katexochen bezeichnet er dasjenige vom Ende des Prämenstruum und dem Anfang der Menstruation, das durch die grösste Menge von Fettsubstanz und Lipochrom ausgezeichnet ist. Durch die Ausscheidung von Lipoiden soll die menstruelle Blutung wieder zum Rückgang gebracht werden. Das Fehlen dieses Stadiums charakterisiert sich als Follikelatresie, fehlendes Corpus luteum und klinisch durch das Andauern der Blutungen. Im Gegensatz zur Fränkelschen Theorie sieht also Adler im Follikel den dominierenden Faktor für die prämenstruelle Schleimhautentwicklung und lässt das Corpus luteum erst auf dem Höhepunkt seiner Entwicklung seine antagonistische Funktion beginnen. Eine Wirkung der Follikelflüssigkeit ist nach den bisherigen Untersuchungen vorderhand nicht anzunehmen, dagegen sind sowohl das Ei wie das Granulosaepithel als Funktionsträger anzusprechen. Für die Wirkung des Eies spricht der Schleimhautkollaps und der Eintritt der Blutung beim Eitod und bei der Eiausscheidung, ebenso die deciduale Fortbildung und die Steigerung der Genitalhyperämie bei der Nidation. Auf eine Funktion der Granulosazellen deuten schon im ungeplatzten Follikel die lumenartigen Bildungen im Cumulus oophorus hin, die wahrscheinlich Sekretionserscheinungen bedeuten.

Wenn der hyperämisierende Reiz des Follikels speziell bei der zystischen Atresie noch fortbesteht, andererseits aber kein Follikel zum voll funktionierenden Corpus luteum ausreift, so kommt die Blutung nicht zum Abschluss, sondern dauert unter Umständen noch wochenlang fort.

Novak (51) fasst die Funktion des Corpus luteum als gleichsinnig mit der Follikeltätigkeit und mit der Funktion der Granulosazellen auf, indem es eine Hypertrophie und eine damit Hand in Hand gehende Hyperämie der Uterusschleimhaut bewirkt. Die Menstruation wird durch die Ausschaltung der Funktion des Corpus luteum herbeigeführt, das sich zu diesem Zeitpunkte wie das in ihm nachweisbare Fett darlegt, bereits in einem regressiven Stadium befindet. Die Befunde von Seitz, Wintz und Fingerhut, die zwei verschiedene antagonistisch wirkende Extrakte aus dem Corpus luteum darstellen konnten, widersprechen der Auffassung von Novak, dem der Übergang der Funktion eines Organs in ihr direktes Gegenteil sehr unwahrscheinlich vorkommt.

Über drei eigene Fälle von Blutungen aus dem Corpus luteum und über eine grosse Anzahl aus der Literatur berichtet Walter (89). Zum Teil werden äussere akzidentelle Momente, dann lokale Erkrankungen, weiter Zusammenhänge mit Unregelmässigkeiten in der Menstruation, dann Beziehungen zum Myoma uteri zur ätiologischen Erklärung herangezogen, während für eine ganze Reihe von Fällen jede Möglichkeit einer Erklärung fehlt.

Pearl (54) injizierte Vögeln intraabdominal Corpus luteum-Trockensubstanz und konstatierte bei genügend starken Dosen (1—1,5 g) ein Aufhören der Ovulation. Extrakt oder Substanz mussten roh verwendet werden, durch Kochen wurden sie inaktiviert. Intravenöse Injektionen hatten denselben Erfolg wie die intraperitonealen. Bei jungen, 4 Monate alten Hühnern wurde durch Corpus luteum-Gaben per os das Wachstum gestört, die Geschlechtsreife aber nicht aufgehalten. Ausserdem beschreibt Pearl den Fall einer Kuh, die mehrmals normal geworfen und sehr viel Milch gegeben hatte, dann allmählich männliche Geschlechtscharaktere entwickelte. Die Ovarien des Tieres waren zystisch, erhielten aber Graafsche Follikel und interstitielle Zellen. Es fehlte ein Corpus luteum und Pearl folgert, dass neben seinen anderen Funktionen das Corpus luteum die weiblichen Geschlechtscharaktere aufrecht halte.

Frank und Rosenbloom (21) wiesen beim kastrierten Meerschweinchen nach Injektion von Corpus luteum und Plazentarextrakten eine Hypertrophie des Uterus nach, von der sie annehmen, dass sie durch Stoffe, die an die Lipoide gebunden sind, hervorgerufen wurde.

Lindemann (45) stellte zunächst Tierversuche mit einem nach Abderhalden von der Firma Merk als Corpus luteum Opton hergestellten Präparat an und gab es dann Frauen per os, und durch subkutane und intramuskuläre Injektion. Besonders bei Pubertätsblutungen und bei unregelmässigen Blutungen in der Menstruation und im Intervall beobachtete Lindemann eine blutungshemmende Wirkung. Weniger sicher gestaltete sich die Wirkung bei klimakterischen Blutungen.

3. Tuben.

Sobotta (75) hat auf Schnittserien festgestellt, dass während die anatomische Lage von Tube und Ovarium beim nichtbrünstigen Meerschweinchen für die Aufnahme der Eier in den Eileiter denkbar ungünstig ist, in der Brunst durch die Tätigkeit des Musculus mesenterii tubae das Infundibulum tubae herabgezogen und gedreht wird, wodurch die vorher offene Eierstockstasche zu einer nahezu völlig geschlossenen Kapsel umgewandelt wird. Durch den Vorgang wird die Lage der Organe zueinander ähnlich dem Dauerzustand der Muriden. Beim nichtbrünstigen Kaninchen ist eine geräumige, dorsomedial weitgeöffnete Tasche vorhanden, die mit einer Seitenbucht versehen ist, in der die laterale Fläche und der tubare Pol des Ovariums stecken, während die dor-

sale Eierstocksfläche und der mediale Rand der Geschlechtsdrüse vollkommen frei gegen die Peritonealhöhle liegen. Das Infundibulum tubae ist ausserordentlich gross und stark entwickelt, es kehrt fast seine ganze Oberfläche und auch seine Mündung der Peritonealhöhle zu und liegt mit seinem Hauptteil am freien Rande des Mesenterium tubae, speziell des oberen Eileitergekröses. Während der kompakte Muskelstreifen, den man beim Meerschweinchen hier findet, beim Kaninchen fehlt, ist das Eileitergekröse im ganzen viel reicher an Muskulatur als das des Meerschweinchens. Die längsverlaufenden subserösen Muskelbündel stammen in gleicher Weise wie beim Meerschweinchen von der äusseren longitudinalen Muskellage des tubaren Endes des Uterushornes ab. Zur Zeit der Ovulation wird das Ovarium von dem nunmehr straff gespannten Eileitergekröse derart eingehüllt, dass auch beim Kaninchen eine wirklich geschlossene Kapsel zustande kommt. — Bei den Muriden erscheint kurze Zeit nach der Ovulation am ampullären Teil der Tube eine bläschenartige Ausdehnung. In dieser Tubenanschwellung liegen innerhalb einer reichlichen Flüssigkeitsmenge die gesamten durch die Ovulation des betreffenden Eierstockes frei gewordenen Eier. Hier findet die zweite Richtungsteilung, Besamung und Bildung der Vorkerne statt. Auch beim Meerschweinchen konnte Sobotta feststellen, dass sich der Periovarialraum während der Ovulation ziemlich stark mit Flüssigkeit anfüllt und dann unmittelbar nach Aufnahme der Eier in den Eileiter auffallend leer erscheint, während eine Anschwellung im ampullären Teil der Tube beobachtet wird. Ähnlich, wenn auch weniger stark ausgebildet, liegen die Verhältnisse beim Kaninchen. Sobotta nimmt an, dass bei allen genannten Tieren der Transport der Eier in die Tiefe durch Ansaugung, nicht durch den Flimmerstrom und nicht durch äussere Überwanderung geschieht.

Westmann (90) beobachtete im menschlichen Uterus und in der Tube in den sezernierenden Epithelzellen eigenartige grosse Kerne mit Einschnürungen in der Mitte, die er als in amitotischer Kernteilung begriffen deutet. Der Teil des Kernes, der der Kutikula zunächst liegt, buchtet diese mehr und mehr nach aussen aus, während er bis auf einige dunkle Körnchen weniger färbbar erscheint. Dieses Stadium wird als Karyolyse erklärt und der ganze Prozess als Regenerationsprozess des Epithels mit amitotischen Kernteilungen angesehen. Ebensolche Erscheinungen, aber in viel geringerer Zahl, kommen auch in den Zilienzellen vor. Während der Menstruation sind diese Zellen im Uterus vermehrt und in lebhafterer Tätigkeit begriffen.

Unter 181 Tuben fand Gutt (25) nur in zwei Fällen Lymphfollikel mit Keimzentren. In diesen Fällen war obendrein Tuberkulose nicht sicher auszuschliessen. Demnach scheint Gutt Lymphfollikelbildung in der normalen Tube nicht vorzukommen.

Nach Tweedy (85) wächst in der Schwangerschaft der obere Cervixabschnitt zum sogenannten „unteren Uterinsegment" aus, nachdem vorher durch Erschlaffung des pelvinen Diaphragmas und durch Kontraktion der Uterusmuskelfasern eine Erweiterung des inneren Muttermundes eingetreten ist. Da das quer verlaufende, am Orificium intern. inserierende Aufhängeband des Uterus von den sehnigen Ausläufern der Uterusmuskelfasern gebildet wird, so hängt die Spannung dieses Diaphragmas von der Spannung des Uterusmuskels ab.

Beuttner (10) fand die zytogene Schicht (Mucosa uteri) bei der weissen Ratte beinahe konstant doppelt so breit wie die Gesamtmuskulatur. Durch den Ausfall der Ovarialfunktion wird die Weiterentwicklung des Uterus gehemmt und zwar macht sich der atrophierende Einfluss besonders auf die zytogene Schicht geltend. Nach der Vagina zu scheint der Kastrationseinfluss auf die Muskulatur, weniger auf die zytogene Schicht, abzunehmen, die Zylinderepithelzelle des Uterus mucosae nimmt an Höhe ab, ebenso sind die Kerne verkürzt, liegen näher der Zelloberfläche. Die Länge der Kerne vom Bindegewebe der zytogenen Schicht ist vermindert, der Einfluss auf die Kerne des Muskelgewebes

in der zirkulären Schicht gering, in der Längsschicht überhaupt nicht nachzuweisen, ebensowenig auf die Kerne der Serosazellen.

5. Vagina und äussere Genitalien.

Retterer (58) konnte erhebliche Modifikationen einer und derselben epithelialen Auskleidung unter lokal oder allgemein veränderten Bedingungen feststellen. Das geschichtete Plattenepithel, das sich im Schwangerschaftsintervall in der Scheide findet, wird während der Schwangerschaft zum Schleimepithel, wie um die Scheide zur leichteren Austreibung vom Fötus geschmeidiger zu machen.

6. Harnapparat.

Die Tubuli contorti und die dicken Schenkel der Henleschen Schleifen sind nach v. Frisch von einem dichten Faserwerk von Bindegewebe umgeben, das seinen Ursprung aus dem interstitiellen Gewebe des Nierenstroma nimmt und stellenweise zirkulär um die Kanälchen zieht. Zu innerst dieses Flechtwerkes befindet sich die selbständige Membrana propria, die aus zwei Lamellen besteht, einer äusseren glasartigen, homogenen, und einer inneren, die die Belagreifen trägt. v. Frisch hält es für naheliegend, dass es sich bei den „Basalreifen" der Tiernieren und den Belagreifen der menschlichen Niere um eine analoge Struktur der Membrana propria handelt. Es ist möglich, dass durch die schwere Anlage beider ein Haftpunkt für die Zellen geschaffen ist, d. h. dass sie eine Rolle für die Verbindung zwischen den Epithelien und der Membrana propria spielen.

XIV.

Neubildungen des Uterus.

Referent: A. J. M. Lamers, Herzogenbusch.

Myome.

1. Bauer, A., Zur Kombination von Uterusmyom mit Korpuskarzinom. Diss. in München, Sept.
2. Becher, E., Beitrag zur Histogenese und Morphogenese der Uterusmyome. Diss. in Giessen, Febr. Als Original erschienen in der Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 2. S. 281. (Der Faserverlauf im Myom ist 1. abhängig von dem des Mutterbodens, aus dem das Myom entstand; 2. von den durch Wachstum und Druck bedingten Knickungen der Bündel. Diese Biegungen der Stränge erfolgen nicht ganz regellos, es lassen sich in manchen Fällen gewisse Typen feststellen. Die subserösen Myome verhalten sich, was Aufbau und Entwicklung anbelangt, etwas anders, einmal weil der Bau der subserösen Muskelschicht von den tiefer gelegenen Partien des Myometriums abweicht, und weil ausserdem die subserösen Tumoren anderen Druckverhältnissen unterworfen sind, als die interstitiellen. — Erwiderung auf diese Arbeit siehe Heimann, Nr. 22.)
3. Bender, X., Fibrome du ligament large coexistant avec un fibrome de l'utérus. Rev. de gyn. et de chir. abd. 1914. Heft 5. S. 435. (Kasuistisch. 48jährige Frau, deren Menstruationen seit etwa $3^1/_2$ Jahren immer stärker geworden waren, trotz elektrotherapeutischer und Bäderbehandlung. Bei der Operation wurde ein vom Uterus

ganz unabhängiges Myom des rechten breiten Bandes gefunden, das sich leicht exstirpieren liess. Im Uterus selbst mehrere Myomknollen; Exstirpation desselben. Histologisch nichts Besonderes.)

4. Bland-Sutton, J., On two hundred consecutive hysterectomies for fibroma attended with recovery. Brit. Med. Journ. Nr. 2900. S. 133.
5. Bovin, E., Ein Fall von Myomoperation an einer 82jährigen Frau. Hygiea. 1915. S. 1067. (Kasuistisch. Die dem Myom zugeschriebenen Blasenbeschwerden stammten von einem Blasendivertikel her. Abdominale vaginale Amputation; Heilung.)
6. — Zwei Fälle von grossen einfachen Cervixmyomen. Hygiea. 1915. S. 1063. (Das eine gab ein absolutes Geburtshindernis ab und es musste wegen Infektion der Patientin in einer Sitzung Kaiserschnitt und Hysterektomie gemacht werden. Im zweiten Fall wurde die Indikation zum Eingreifen durch Druckerscheinungen von seiten der Harnröhre gegeben. Abdominale Exstirpation. Auf später gewonnenen Erfahrungen sich stützend, tritt Verf. jedoch für die vaginale Entfernung durch Zerstückelung der Geschwülste dieser Art ein.)
7. Calmann, A., 1. Achsendrehung eines myomatösen Uterus; 2. hufeisenartig geformtes Myom des Beckenbindegewebes; 3. multiple Myome mit ausgedehntem, lange symptomlos gebliebenem Schleimhaut- und Portiokarzinom. Geburtsh. Ges. zu Hamburg, Sitzg. v. 7. Nov. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 3. S. 84.
8. Carvallo, C., The technique of a new procedure for subtotal abdominal hysterectomy in cases of uterine fibroma or inflammation of the adnexe. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 22. Nr. 5. S. 614.
9. Chiaje, S. Delle, Sul mioma rosso dell' utero. Ann. di Ost. e Gin. Heft 4. S. 197.
10. Child, Ch. G., Abdominal myomectomy and hysteromyomectomy by morcellation. Amer. Gyn. Soc. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 2. S. 329. (Für die Patientin ist die Operation sicherer, schneller und weniger eingreifend; der Operateur arbeitet fast ganz extraperitoneal. Querer Bauchschnitt.)
11. Cullen, S., Adenomyoma of the recto-vaginal septum. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 67. Heft 6. S. 401.
12. Curtis, A. H., The etiology of fibromyoma of the uterus. Journ. of Infect. Dis. Bd. 19. Heft 5. S. 712. (Bei 80 Patienten wurden aus zerriebenem Myomgewebe Kulturen angelegt. In 13 Fällen wuchsen Keime verschiedenster Art, mit denen es nicht gelang, bei Tieren im Uterus Myome zu erzeugen. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Keimen und Tumoren konnte in keiner Weise nachgewiesen werden.)
13. Deaver, J. B., Operative treatment of fibromyomatous uterine tumors. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 67. Heft 17. S. 1216. (Verfassers Erfahrungen und Erwägungen gehen darauf hinaus, dass sowohl Röntgen- wie Radiumstrahlen gezeigt haben, keine spezifischen Einwirkungen auf Fibrome auszuüben und deswegen in die Reihe der symptomatischen Mittel gerückt werden müssen. Sie schaden, weil sie öfters eine radikale Behandlung aufschieben und häufig unberechtigte Hoffnungen auf nichtoperative Heilung hervorrufen. Verf. befürwortet die operative Behandlung. Er hatte in 10 Jahren an 750 Myomoperationen 1,73% Mortalität. Verf. geht auf die Indikationen zur Operation, durch die seine Fälle für Strahlenbehandlung ungeeignet gewesen wären, näher ein. Er zieht wenn möglich die supravaginale Amputation der Uterusexstirpation vor. Myomektomie macht er selten; nur bei jungen Frauen. Die Anhänge bleiben wenn möglich immer zurück.)
14. Flatau, S., Demonstration eines mehr als 30 Pfund schweren intraligamentär entwickelten Myoms. Ärztl. Ver. in Nürnberg, Sitzg. v. 3. Febr. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 35. S. 1267. (Das Myom weist sehr viele Zerfallsherde auf und ist mit mächtigen, zum Teil bleistiftstarken Venen durchzogen. Die Operation war bei der auf das Äusserste verfallenen Kranken — Gewichtsabnahme innerhalb weniger Monate 50 Pfund, Aszites, Struma — mit den allerschwersten technischen Schwierigkeiten verbunden. Ausgang in Genesung.)
15. Fleischmann, C., Demonstration eines sehr grossen, subperitoneal entwickelten Uterusmyoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 8. Febr. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. S. 228. Gyn. Rundsch. Heft 7 u. 8. S. 128. (Der samt dem durch intramurale Myome vergrösserten Uterus exstirpierte Tumor wog nach der Operation 7900 g. Er besteht aus zahlreichen kleinfaust- bis mannskopfgrossen, teils zystischen, teils zentral erweichten Myomknollen und hatte sich vom untersten Teil der Hinterwand des Korpus

unter dem Douglasperitoneum und nach rechts hin zwischen die Blätter des Mesokolon bis nahe zur Leber entwickelt. Heilung. Die Pat. war 48 Jahre alt.)

16. Frankl, O., Zwei Präparate von zystischem Myom. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 7. Nov. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 6. S. 526. (Makroskopisch sehen sie auf dem Durchschnitt wie Kystome aus; das Mikroskop lässt aber in den Septen Myomstruktur erkennen. Es handelt sich um Pseudozysten infolge von Ödem, eine seltenere Entstehungsart. In allen solchen Fällen finden sich thrombosierte Venen, die wohl als das provozierende Moment des Ödems anzusprechen sind.)

17. — Zur Kenntnis der Adenomyosis uteri. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 16. Jan. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. 17. Mai. S. 484.

18. Geist, S. H., The relation of the endometrium and ovary to hemorrhage from myomatous uteri. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 23. Nr. 1. S. 68.

19. Gerstenberg, E., Schwere intraperitoneale Blutung aus seitlichen Venen des Uterus bei subserösem Myom des Fundus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. S. 795. (Eine 39jährige Krankenschwester erkrankte unter den Zeichen schwerer innerer Blutung. Bei der Laparotomie fand sich in der blutgefüllten Bauchhöhle ein kindskopfgrosses, subseröses Myom des Fundus uteri, während es aus zwei Rissen in der Serosa an der hinteren rechten Kante des Uterus blutete. Naht der Risse und Abtragung des Myoms. Heilung. Es war ein Trauma als Ursache nachzuweisen und ausserdem stand Pat. kurz vor den Menses. — Eine Abb.)

20. Halban, J., Demonstration eines zystischen Myoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 7. Nov. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 6. S. 526. (Gewicht 9 kg, im Laufe von 3 Jahren bei der 40jährigen Frau gewachsen, nur in der Gegend des inneren Muttermundes mit der Hinterfläche des Uterus in Verbindung stehend. Der hart am Uteruskörper vorbeiziehende linke Ureter, erweitert und verdünnt, machte den Eindruck einer Vene, wurde deshalb auch gefasst und durchschnitten, nachher End zu End vereinigt. Der Eierstock erschien plattgedrückt, 12—14 cm lang. Halban schliesst daraus, dass der Eierstock bis zu einem gewissen Grade ein plastisches Organ ist. Das Mesenterium der Flexur war vollständig aufgebraucht.)

21. Heimann, F., Stumpfkarzinom nach Myomotomie. Med. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterländ. Kultur zu Breslau. Sitzg. v. 11. Febr. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. S. 464. Als Original erschienen in der Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1. S. 32. (Bei der jetzt 58jährigen Frau war vor 10 Jahren wegen Myoms der Uterus supravaginal amputiert worden. Blutung seit $1^1/_2$ Jahren. In der Probeexzision der Portio wurde ausgesprochenes Plattenepithel-Karzinom gefunden, die Zellen in Nestern zusammenliegend, mit wenig Kernteilungsfiguren sichtbar. Die abdominale Entfernung des Uterusrestes gelang nicht wegen Immobilität desselben. Die Pat. wurde dann mit Röntgen-Mesothor bestrahlt; vom Karzinom ist nichts mehr zu tasten und der frühere Krater ist glatt mit Schleimhaut überzogen. Verf. findet jedoch in diesem Falle keinen Grund, zunächst die supravaginale Amputation, die sehr viele und wichtige Vorteile hat, durch die Totalexstirpation zu ersetzen.)

22. — Wachstum und Genese der Myome. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 3. S. 713. (Erwiderung auf die Arbeit von E. Becher in derselben Zeitschrift, Bd. 78. Heft 2. S. 281 — siehe Nr. 2.)

23. Horne, A., Demonstration of a fibroma with double pyosalpinx. Sect. of Obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. v. 11. Febr. Bericht: Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 27. Nr. 6—8. S. 205. (In der Diskussion kommt der Operationsmoment zur Sprache. Der Tubeninhalt soll 12 Monate nach der Infektion sicher steril geworden sein. A. Smith operiert bei normaler Temperatur und beweglichen Tumoren schon nach 3 Monaten. Fitz-Gibbon hält es für möglich, dass es sich nicht um aszendierende Infektion gehandelt hat, sondern um Verletzung der Tube durch subseröse Degeneration des Fibroids und Infektion von den Intestinae aus.)

24. Jaworski, J. von, Aus der Biologie der Tumoren — Einfluss mangelhafter Ernährung auf den Zustand bestimmter Neubildungen, hauptsächlich der Tumoren der weiblichen Sexualorgane. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 52. S. 1646. (Benigne Tumoren, besonders die Fibromyome des Uterus, werden bei ungenügender Allgemeinernährung kleiner, es treten Rückbildungserscheinungen in ihnen auf. Umgekehrt wird an dem grossen Zahlenmaterial eines polnischen Asyls für Krebskranke bewiesen, dass ein schlechter ökonomischer Zustand, in dem sich die grosse Masse der Bewohner befindet, ungünstig auf den Verlauf des Karzinoms wirkt.)

25. Jones, G. and F. Winn, A review of one hundred and thirty two consecutive operations for tumors of the uterus. Med. Rec. Bd. 89. Nr. 2376. S. 901.

26. Kouwer, B. J., Fibromyomen van den uterus, met diagnostische moeilijkheden. (Fibromyome des Uterus, mit diagnostischen Schwierigkeiten.) Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 16. Jan. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. S. 198. Holländisch. (1. 46jähr. Virgo. Vor 11 Jahren Myom enukleiert. Jetzt Uterusexstirpation wegen submukösen Myoms. 2. 29jähr. Nullipara; seit 2 Monaten Metrorrhagie. Intraligamentäres, total nekrotisches Myom. 3. 61jähr. VI para; seit 3 Wochen Blutung. Exstirpation des im Umfang einer 6monatlichen Gravidität vergrösserten Uterus. Darin ein faustgrosses, submuköses Myom; kein Karzinom. Ursache der plötzlichen Blutung bleibt unbestimmt.)

27. — Behandeling van het fibromyoma uteri met X-stralen of door middel van operatie. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 4. S. 211. Holländisch. (Auszug siehe im Kapitel „Strahlenbehandlung der Myome", Nr. 26.)

28. Latzko, W., Myom und Korpuskarzinom. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 11. Jan. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. S. 153.

29. — Drei Karzinome und ein verkalktes Myom an einer Patientin. Milzmetastasen. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 20. Juni. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. S. 595 und Wien. klin. Wochenschr. Nr. 35. S. 1154.

30. Lindquist, L., Ein Fall von Myoma tubae permagnum mit Myoma multiplex uteri. Hygiea. 1915. S. 1073. (Das Eileitermyom füllte den Bauch fast vollständig aus; es wog 4750 g.)

31. Malcolm, J. D., Strangulation of a myomatous uterus by torsion of the body on the cervix; supracervical hysterectomy. Recovery. Proceed. of the Roy. Soc. of Med. Bd. 9. Heft 9. S. 89. (Ergibt sich aus der Überschrift.)

32. Maroney, W. J., Sarcomatous change in uterine fibroids. New-York Obst. Soc. Sitzg. v. 2. Mai. Als Original erschienen in Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 3. S. 445. (Übersicht; Statistik. Ein eigner Fall bei einer 52jährigen Frau, die wegen Myoms operiert wurde. Das Sarkom wurde erst bei der histologischen Untersuchung des Präparates entdeckt. Aussprache (Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 3. S. 499): S. H. Geist hat seit Veröffentlichung seiner ersten 250 Myome mit 4,8% Sarkome noch weitere 100 Fibromyome operiert. In zwei Fällen trat nach supravaginaler Hysterektomie später Sarkom auf, an dem die Pat. zugrunde gingen; das Sarkom wurde erst dann nachträglich im makroskopisch nichts Besonderes bietenden Uterus entdeckt. H. N. Vineberg berichtet über zwei ganz ähnliche Fälle. Der Verlauf dieser Sarkome ist immer rasch tödlich. Dass nicht öfters Metastasen entstehen, liegt daran, dass der primäre Herd stark eingekapselt im Innern des Myoms liegt und nicht leicht mit Gefässen in Berührung kommt.)

33. Marques, A., Fibromyoma-Prenhez hysterectomia. Ann. paflistas e med. e cirurg. Heft 4. S. 80.

34. Mc Arthur, A. N., Fibrosis uteri. Med. Journ. of Australia. Bd. 2. Nr. 11. S. 199.

35. Mendes de Leon, M. A., De waarde der castratie bij myomen der baarmoeder. (Die Bedeutung der Kastration bei Myomen der Gebärmutter.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 11. S. 906. Holländisch. (30jährige Erfahrung. An mehr wie 800 Myompatientinnen die zur Beobachtung kamen, wurde 114mal die operative Kastration ausgeführt. Sterbeziffer 2,6%, seit 1905 nur 1,58%. In 10 Fällen blieb der Erfolg aus (Krankengeschichten), 8 verschwanden aus der Beobachtung; bei den übrigen 96 war der Erfolg vollkommen befriedigend. Die Blutungen schwanden nach und nach in kurzer Zeit vollkommen, die Tumoren verkleinerten sich merkbar, die Ausfallserscheinungen waren im allgemeinen gering. Der therapeutische Effekt der operativen Kastration soll dem der Röntgenbehandlung gleich stehen. Kontraindikation bildet ausserordentliche Grösse des Tumors und die Möglichkeit der Enukleation.)

36. Moench, G. L., Beitrag zur Achsendrehung des fibromatösen Uterus und gestielter Uterusfibromyome. Gyn. Rundsch. Bd. 10. Heft 1 u. 2. S. 1. (Bisher wurden in der Literatur 80—90 derartige Fälle veröffentlicht. Das Zustandekommen solcher Achsendrehungen kann man durch Hin- und Herfallen des myomatösen Uterus, bedingt durch Kotbewegungen und Raummangel im kleinen Becken, erklären. Findet die Drehung schnell statt, so kommt es zur hämorrhagischen Infarzierung und Nekrose;

geht sie langsam vor sich, so kommt es zu Stauungen, Ödemen, hyaliner und myomatöser Degeneration, Verkalkung und Atrophie. Die Symptome hängen ebenfalls von der Schnelligkeit der Drehung in erster Linie ab, in zweiter von dem Grade derselben. Bei der Diagnosenstellung wird meist Stieldrehung eines Ovarialkystoms angenommen. Mitteilung von zwei einschlägigen Fällen aus der Tübinger Frauenklinik. Sie betrafen eine 60jährige Frau, die einmal entbunden hatte und eine 45jährige Nullipara. Beide Male Exstirpation des Uterus nach Doyen. Beschreibung der gewonnenen Präparate.)

37. Moench, G. L., Fibromyoma lymphangiectodes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. S. 393. (Nach Moench gibt es sieben verschiedene Formen von zystischen Hohlräumen in der Uteruswand. Die fünfte von Leopold beschriebene Form betrifft das Myoma lymphangiectodes mit zystisch erweiterten Lymphgefässen und Lymphräumen. Einen solchen Fall beschreibt Moench aus der Tübinger Frauenklinik. Er betraf eine 40jährige III-para mit grossem Bauchtumor. Der anderthalbmannskopfgrosse Uterus wurde mit den Adnexen in Lumbalanästhesie entfernt. Postoperativer Verlauf glatt; Heilung nach 14 Tagen. Die anatomische Untersuchung ergab ein erweichtes Uterusmyom mit grossen zystischen Hohlräumen, die sich mikroskopisch als erweiterte Lymphbahnen herausstellten. Es handelte sich mithin um die von Leopold zuerst als Myoma lymphangiectodes bezeichnete Klasse von Geschwülsten. — In solchen Fällen ist klinisch die Differentialdiagnose gegen Gravidität äusserst schwierig, besonders wegen der Weichheit und prallelastischen Konsistenz dieser Geschwülste.)

38. Neef, F. E., Concurring tumors in women. Amer. Journ. of Surg. Heft 11. S. 344.

39. Nijhoff, G. C., Demonstration eines fibrösen Polypen der Portio vaginalis uteri, eingeklemmt in einem Pessarium. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 25. Okt. 1915. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. S. 192. (Holländisch.) (Das Pessarium war erst am Tage vorher eingelegt worden, hatte Schmerzen und Blutung verursacht und liess sich nicht mehr entfernen. Der Polyp war ödematös geworden und der Hals desselben sass in dem Pessarium eingeklemmt. Der Ring musste durchgesägt werden.)

40. Novogrodsky, B., Beitrag zur Frage der Cervixmyome. Gyn. Helv. 1915. S. 70. (Bericht über 4 Fälle. Die Tumoren waren sehr weich. In allen Fällen wurde hyaline Degeneration der Muskelfasern gefunden; in zwei Fällen fanden sich kleine Zysten im Innern der Geschwulst.)

41. Pfender, C. A., Indications for surgery or deep Roentgentherapy for myomata and metropathies. Med. Rec. Bd. 89. Nr. 2369. S. 596.

42. Pool, W. P., Uterus containing sarcomatous degeneration of a fibroid and an independent adenocarcinoma. New-York Obst. Soc. Sitzg. v. 2. Mai. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 3. S. 493. (Kasuistisch. Genaue klinische und pathologisch-anatomische Beschreibung des Falles.)

43. Ribas-Ribas, E., Menopausia y fibromas del utero. Rev. espan. de obst. e gin. Heft 8. S. 343.

44. Rowlands, R. P., Intussusception of the small intestine due to fibromyoma; excision; recovery. Brit. Med. Journ. Nr. 2879. S. 343.

46. Ruge, P., Multiple nekrotisierende Myome. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 4. S. 288. (Das Wachstum der Myome konnte im Laufe von 8 Jahren regelmässig verfolgt werden. Besonders die letzten 2 Wochen, während deren Fieber bestand, hatten sie schnell an Grösse zugenommen. Totalexstirpation. Die Tumoren waren im Innern nekrotisch.)

47. Scheu, H., Ein Fall von Stieltorsion bei Uterusmyom mit tödlicher Blutung in die Bauchhöhle. Diss. München. April.

48. Schlenker, M. A., Cervical myoma; report of an unusual case. New-York Med. and Surg. Journ. 1915. Bd. 18. S. 324.

49. Sippel, A., Profuse Menorrhagien bei Uterusmyom. Dauernde Amenorrhoe durch Röntgenstrahlen. Nach 11 Monaten Exstirpatio uteri wegen Sarkoms. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 2. S. 139. (Ergibt sich aus der Überschrift. Totalexstirpation war zuerst wegen Herzklappenfehler kontraindiziert gewesen. Nach der Bestrahlung hatte sich die Pat. so gut erholt, dass sie die spätere Operation gut bestand. — Verf. richtet sich nicht gegen die Bestrahlungsbehandlung der Myomblutungen überhaupt, sondern weist darauf hin, dass eine durch Strahlenbehandlung erreichte Amenorrhoe und eine Heilung der Myomkranken verschiedene Dinge sind. Eine durch Operation geheilte Myomkranke steht gesundheitlich sicherer da, als eine durch

Röntgenstrahlen amenorrhoisch gemachte. Verf. geht noch näher auf die Genese des Wandsarkomes des Uterus im vorliegenden Falle ein.)

50. Spaeth, G. F., Ein durch vaginale Defundation gewonnener Fundus uteri mit einer Reihe grosser gutartiger Polypen. Geburtsh. Ges. zu Hamburg. Sitzg. v. 21. Nov. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 5. S. 159.
51. Stilling, H. und Beitzke, H., Über Uterustumoren bei Kaninchen. Gyn. Helv. 1915. S. 72. (13 Beobachtungen: Myome, Adenomyome, Adenome und Adenokarzinome. Metastasen wurden nicht beobachtet. Die Tumoren kamen nur bei älteren Tieren vor.)
52. Taylor, H. C. and W. C. White, Blood pressure in fibromyomata uteri. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 22. Heft 2. S. 216. (Untersuchungen an 148 Fällen. 55 (= 37%) hatten 120 mm Quecksilberdruck oder weniger und waren im Mittel 34,9 Jahre alt. 62 (= 41,8%) hatten zwischen 121 und 140 und waren im Mittel 35,8 Jahre alt. Also zusammen 117 Fälle (= 78,8%) mit einem Blutdruck von 140 oder weniger und im Mittel 35,9 Jahre alt. Die 31, die einen Blutdruck über 140 aufwiesen, hatten ein mittleres Alter von 43 Jahren. 22 Patientinnen wurden nach operativer Entfernung des Uterus samt dem Tumor von neuem untersucht. Drei zeigten denselben Blutdruck, 11 hatten eine Zunahme von 5—65 mm und 8 wiesen eine Senkung um 5—40 mm Quecksilber auf.)
53. Thaler, H., Primäres Tubenkarzinom bei Uterus myomatosus und Metastasierung im Ovarium und Appendix. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 16. Jan. Bericht: Zentralblatt f. Gyn. 17. Mai. S. 484.
54. Tracy, S. E., A report of one hundred consecutive cases of fibromyomata uteri subjected to operation. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 67. Heft 17. S. 1213. (In 31 Fällen wurden maligne und degenerative Veränderungen gefunden, darunter 9 mal Karzinom, einmal Sarkom, 6 mal Nekrose, 11 mal hyaline Degeneration usw. (Tabellen und Statistiken anderer Autoren). Verf. hat diese Veränderungen bei seinen Pat. und denen anderer Autoren nach dem Alter der Kranken zusammengestellt (Tabelle). Ebenfalls gibt er eine Zusammenstellung der Fälle, in denen die myomatösen Veränderungen mit Erkrankungen anderer Becken- und Bauchorgane kombiniert waren im ganzen in 75 Fällen. Es waren 74 verheiratet und 54 (= 72%) hatten Kinder geboren. — 64 mal wurde supravaginale Hysterektomie gemacht, 20 mal panabdominale Hysterektomie, 9 mal abdominale, 6 mal vaginale Myomektomie, usw. Primärmortalität 2%; 11 sind später gestorben. Verf. gibt noch eine ausführliche Übersicht über das Verhalten der Menstruation, der Fertilität, der Menstruationsbeschwerden nach den verschiedenen Operationsverfahren.)
55. Werner, E., Zwei Fälle von Myom im Septum vesico- bzw. urethrovaginale. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. S. 698.
56. Wiener, S., Degenerating fibroid with marked toxemic symptoms. New-York Acad. of Med., Obst. and Gyn. Section. Sitzg. v. 25. April. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 4. S. 683. (Kasuistisch. Ausführliche klinische und pathologisch-anatomische Beschreibung des Falles.)
57. Witter, F. C., Sarcomatous degeneration of uterine fibroids. Michigan State Med. Soc. Sitzg. v. 16. Aug. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 67. Heft 10. S. 768. (Die Frequenz soll 1,5—4,3% aller Uterusmyome sein. Sie ist die häufigste Form des Uterussarkoms. Chirurgische Entfernung, so früh wie möglich, ist die einzige zuverlässige Therapie. — Aussprache: Die Ungleichheit der statistischen Zahlen liegt darin, dass nicht scharf festgestellt werden kann, wann man von Sarkom sprechen soll oder wann Malignität vorliegt und wann — noch — nicht.)

Becher (2) liefert in seiner Dissertation einen Beitrag zur **Histogenese** und **Morphogenese** der Uterusmyome. In einzelnen Punkten erhebt Heimann (22) Bedenken gegen darin vertretene Ansichten. Stilling und Beitzke (51) konnten 13 Tumoren bei Kaninchen untersuchen; darunter waren auch Myome. Die Geschwülste kamen nur bei älteren Tieren vor. Ferner erweitert v. Jaworski (24) unsere Kenntnisse über die **Biologie** der Tumoren, indem er den Einfluss mangelhafter Ernährung auf den Zustand von Fibromyomen des Uterus studierte. Er kam zu interessanten Ergebnissen und beobachtete u. a., dass die genannten benignen Geschwülste bei ungenügender Allgemeinernährung kleiner werden und Rückbildungsvorgänge in ihnen auftreten. Curtis (12) hat zur Erforschung der **Ätiologie** der Uterusmyome bei 80 Patientinnen aus zerriebenem Myomgewebe Kulturen angelegt.

In 13 Fällen wuchsen Keime verschiedenster Art, mit denen es nicht gelang, bei Tieren im Uterus Myome zu erzeugen. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Keimen und Tumoren konnte in keiner Weise nachgewiesen werden.

Über den **Blutdruck** bei Uterusmyomen haben Taylor und White (52) interessante Untersuchungen angestellt. Es wurden 148 Fälle untersucht und davon 22 von neuem, nachdem der Uterus mitsamt dem Tumor operativ entfernt worden war. Die wichtigsten Ergebnisse sind im Auszug der Arbeit (52) kurz zusammengefasst.

Geist (18) studierte das **Verhältnis des Endometriums und der Ovarien zu den Blutungen** aus der myomatösen Gebärmutter.

Moench (37) beschreibt einen typischen Fall von **Fibromyoma lymphangiectodes** und geht näher auf die verschiedenen Arten und die Entstehungsweise dieser und ähnlicher Veränderungen in den Tumoren ein. **Zystische Myome** wurden beobachtet von Frankl (16), Halban (20) und Novogrodsky (40). Delle Chiaje (9) veröffentlicht eine Arbeit über die sogenannten **roten Myome.** Fälle von einfacher **Nekrose** werden von Ahlström („Strahlenbehandlung der Myome", Nr. 2; infolge Radiumbehandlung), Ruge (46), Tracy (54) und Wiener (56) publiziert. Die beiden letzteren Patienten zeigten toxische Symptome. Cullen (11) und Frankl (17) beschreiben Fälle von **Adenomyositis** im rekto-vaginalen Septum, Werner (55) zwei Fälle von **Myom im Septum vesico-** bzw. **urethro-vaginale.** Bender (3), Flatau (14) und Kouwer (26) sahen Fibrome im **Ligamentum latum.** Im letzteren Falle hatte der Tumor ein Gewicht von 30 Pfund, übertraf also noch in **ausserordentlicher Grösse** das von Fleischmann (15) exstirpierte Myom von fast 16 Pfund, das sich unter dem Douglasperitoneum und nach rechts hin zwischen die Blätter des Mesokolon bis nahe zur Leber entwickelt hatte. Ungefähr ebenso schwer war ein **Myoma tubae permagnum,** von Lindquist (30) operiert. Novogrodsky (40) und Schlenker (48) berichten über **Cervixmyome.** Spaeth (50) konnte einen durch vaginale Defundation gewonnenen Fundus uteri mit einer Reihe grosser gutartiger **Polypen** demonstrieren und Nijhoff (39) einen fibrösen Polypen der Portio vaginalis, der sich im Verlaufe von 24 Stunden durch Schwellung in ein Pessarium eingeklemmt hat.

Moench (36) liefert einen Beitrag zum Verständnis der **Achsendrehung** des fibromatösen Uterus und gestielter Uterusfibrome. Er erklärt durch letzteren Vorgang die Entstehung von hämorrhagischer Infarzierung, Nekrose, Stauungen, Ödeme, hyaline und myxomatöse Degeneration, Verkalkung und Atrophie der Tumoren. Calmann (7) und Malcolm (31) behandelten ebenfalls Fälle von Achsendrehung eines myomatösen Uterus und Scheu (47) bearbeitete einen Fall von Stieltorsion bei Uterusmyom **mit tödlicher Blutung** in die Bauchhöhle zu einer Dissertation. Gerstenberg (19) beobachtete eine schwere intraperitoneale Blutung aus seitlichen Venen des Uterus bei subserösem Myom des Fundus.

Horne (23) exstirpierte ein Fibrom mit doppelseitiger **Pyosalpinx.** In der Diskussion kam der Operationsmoment zur Sprache. Der Tubeninhalt soll 12 Monate nach der Infektion sicher steril geworden sein. Fitz Gibbon hält es für möglich, dass es sich nicht um aszendierende Infektion gehandelt hat, sondern um Verletzung der Tube durch subseröse Degeneration des Fibroids und Infektion von den Intestinae aus.

Zusammentreffen von **Myom und Karzinom** in demselben Uterus ist nichts Seltenes und wurde wiederholt beschrieben. Es sei hier hingewiesen auf die Fälle von Bauer (1) Calmann (7), Latzko (28) und Neef (38). Heimann (21) sah Karzinom der Portio 10 Jahre nach supravaginaler Amputation des myomatösen Uterus. Der Uterus, welchen Pool (42) zur Untersuchung bekam, enthielt ein sarkomatös entartetes Fibrom und ein davon unabhängiges Adenokarzinom. Tracy (54) fand bei 100 Myomoperationen 9mal Karzinom. Thaler (53) und Graefe (Kap. „Karzinome", Nr. 54) sahen beide einen Fall von primärem Tubenkarzinom bei Uterus myomatosus mit Metastasierung im Ovarium. **Sarkomatöse Degeneration** wird von Maroney (32), Pool (42), Sippel (49) und Witter (57) beschrieben. Nach letzteren soll die Frequenz dieses Vorkommnisses 1,5–4,3% aller Uterusmyome betragen. Tracy (54) fand es bei 100 Myomoperationen nur einmal. Es ist die häufigste Form des Uterussarkoms. Die Diagnose ist immer sehr schwierig, eine Tatsache, die auch aus der an den Vortrag Maroneys (32) anknüpfenden Aussprache, an der u. a. Geist und Vineberg teilnahmen, hervorgeht.

Druckerscheinungen von seiten des Harnapparates durch die Myome werden von Bovin (5 u. 6) und Halban (20), von seiten des Darmes von Rowlands (44) beschrieben.

Kouwer (26) hebt an drei Fällen aus der eigenen Praxis die Schwierigkeiten der **Myomdiagnose** hervor.

Die Frage der **Indikationsstellung, ob operative oder Strahlenbehandlung** der Myome wird im Kapitel „Strahlenbehandlung der Myome" abgehandelt. Siehe dort.

Operationsresultate werden von Bland Sutton (4) über 200 Hysterektomien ohne Todesfall, Deaver (13) über 750 Myomoperationen mit 1,75% Sterblichkeit, Jones und Winn (25), Kouwer (27) und Tracy (54) über 100 Fälle mit 2% Primärmortalität mitgeteilt. **Besondere Operationsverfahren** werden beschrieben von Carvallo (8; subtotale abdominale Hysterektomie); Child (10; abdominale Myomektomie und Hysterektomie durch Zerstückelung); Mendes de Leon (35; Kastration) und Spaeth (50; vaginale Defundation). Bovin (5) operierte mit vollem Erfolg eine 82jährige. Heimann (2) sah ein Stumpfkarzinom 10 Jahre nach supravaginaler Amputation. Er findet trotzdem in diesem Falle keinen Grund, zunächst dieses Verfahren, das sehr viele und wichtige Vorteile hat, durch die Totalexstirpation zu ersetzen.

Strahlenbehandlung der Myome.

(S. a. „Strahlenbehandlung der Karzinome" und für die Technik das Kap. „Elektrizität" usw.)

1. Abbe, R., Radium efficiency in non-malignant surgical conditions. Med. Rec. Heft 2. S. 47.
2. Ahlström, E., Ein Fall von Nekrose in einem mit Röntgenstrahlen behandelten Myom. Hygiea. 1915. S. 1070. (10 Monate nach der ersten, 8 Monate nach der zweiten Strahlenbehandlung supravaginale Amputation wegen Schmerzen und Blutungen. Im Myom ein hämorrhagisch-nekrotischer Herd. Hyaline Entartung der Gefässwände an mehreren Stellen. Die Veränderungen können jedoch auch durch die bei der Operation gefundene Achsendrehung um 90° der Gebärmutter hervorgerufen sein.)
3. — Ein Fall von intramuralem Myom mit Durchbruch in die Gebärmutterhöhle nach intrauteriner Radiumbehandlung. Hygiea. 1915. S. 1042. (Intramurales Myom im Dezember 1914 mit Radium behandelt. April 1915 supravaginale Amputation wegen dauernder Schmerzen und Blutungen und weil der Uterus im Begriffe war, einen Tumor auszutreiben. Man fand die Wand des Uterus um den Tumor nach innen zu nekrotisch. Veränderungen im parametranen Gewebe wie durch Bumm beschrieben nach Karzinombestrahlung.)
4. Arneth, Über Blutveränderungen bei der Strahlentherapie. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 22. S. 660. (Die Strahlentherapie verursacht Veränderungen des Blutbildes nicht nur quantitativer, sondern auch, was für die richtige Dosierung sehr ins Gewicht fällt, qualitativer Art. Aufzählung solcher Veränderungen.)
5. Bangert, K., Moderne Strahlentherapie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Bd. 13. Heft 11. S. 307. (Übersichtsvortrag, hauptsächlich physikalischen Inhalts. Nicht gynäkologisch.)
6. Beuttner, O., Le traitement des fibromes utérins et des métropathies hémorrhagiques par les rayons de Röntgen; résultats. Revue méd. de la Suisse romande. Bd. 36. Heft 9. S. 553. (Mitteilung zahlreicher Krankengeschichten. Trotz der guten Resultate, die an der Genfer Klinik mit der Bestrahlungstherapie erzielt wurden, wurden dennoch in den letzten drei Jahren noch 12, bzw. 20, bzw. 23 Fälle von Myom chirurgisch behandelt. Die Indikation zum chirurgischen Vorgehen wurde aber nicht durch medizinische, sondern ausschliesslich durch soziale Umstände gegeben. Die Pat. sollten „möglichst schnell und möglichst billig" geheilt werden.
7. Blumenthal, F. und G. Karsis, Über die biologische Wirkung der Röntgenstrahlen auf Mäuse. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. S. 1389. (Nichts Gynäkologisches.)
8. Chichmanoff, V., Contribution à l'étude du traitement de quelques affections gynécologiques par les rayons de Roentgen. Thèse de Genève. 1915. (36 Fälle. Technik. Erfolge sehr gut; bei 26 Myomen Aufhören der Blutungen und Verschwinden der Schmerzen, mitunter eine Verkleinerung der Tumoren.)
9. Driessen, L. F., Röntgenbehandeling van meno- en metrorrhagieën. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 14. Mai. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 4. S. 289. (Holländisch.) (Verf. hat im Laufe von 2 Jahren bestrahlt 13 Fälle von Meno- und Metrorrhagia climacterii, 2 Fälle von Menorrhagia e causa ignota (Uterus myomatosus?) und 20 Fälle von Fibromyomata uteri. In erstere Gruppe wurden alle

geheilt (Tabelle); sie waren durchschnittlich 49 Jahre alt. Auch unter den Myombestrahlungen ist kein Versager. Durchschnittliches Alter 46 Jahre; durchschnittliche Dauer der Behandlung 3 Monate (Tabelle). In den meisten Fällen wurde der Tumor merklich kleiner. Beschwerden immer sehr gering. Nachteile wurden nicht gesehen. Aussprache: v. d. Hoeven hat viel Gutes von der Myombestrahlung gesehen; man soll aber äusserst vorsichtig sein, nur Frauen über 40 Jahre und nur kleine Tumoren bestrahlen. Von 12 Fällen musste bei 2 wegen Wachstums der Tumoren operiert werden; bei einem fand sich Sarkom. v. d. Hoeven fand in der Leidener Klinik bei 267 Myomen 12 mal Sarkom, also in 4,5%. Kouwer sagt den Röntgenologen Überhebung nach, wo sie meinen, die Funktion der Ovarien willkürlich regulieren zu können. Die Bestrahlung sei nur in Ausnahmefällen angezeigt.)

10. Driessen, L. F., Demonstratie van bestraalde zwangere konijnen-baarmoeders. (Demonstration bestrahlter, schwangerer Kaninchen-Uteri.) Nederl. Vereeniging v. Electrologie en Röntgenologie. Sitzg. v. 6. Febr. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 18. S. 1579. (Holländisch.) (Es wurden Kaninchen während der ersten Hälfte der Schwangerschaft halbseitig bestrahlt. Technik. Vortr. zeigt Mikrophotogramme von bestrahlter und nichtbestrahlter schwangerer Gebärmutter vom 4.—6.—7.—8. bis 9.—10.—12. und 14. Tag. Schon nach Verabreichung kleiner Dosen nichtfiltrierter Strahlen (10—15 H.) wurde Verzögerung im Wachstum der Plazenta bemerkbar; jedoch war deutlich Deciduabildung und Glykogenbildung vorhanden. Die unbestrahlten Eierstöcke hatten auffallenderweise mehr gelitten wie die in der bestrahlten Hälfte. Die Verabreichung grösserer Dosen filtrierter Strahlen (33 H.) hatte stärkere Veränderungen zur Folge. Der Embryo war vernichtet; die Entwicklung der Placenta foetalis sehr zurückgeblieben. Dagegen war die Decidua stark gewuchert und die Glykogenbildung sehr reichlich. Letztere Erscheinungen sollen Folge einer mehr wie normalen embryotrophischen Kraft des Corpus luteum sein, unter Einfluss des mangelhaften Wachstums des Fötus und der Placenta foetalis.)

11. Engelhorn, E., Strahlenbehandlung von Myomen und Karzinomen. Naturwissenschaftl.-med. Ges. in Jena. Sekt. f. Heilk. Sitzg. v. 14. Dez. Bericht: Deutsche med. Wochenschr. 1917. Nr. 7. S. 223. (Bei Myomen wird abdominal und vaginal bestrahlt. Resultate durchweg sehr befriedigend.)

12. Flatau, S., Irrwege der Röntgentherapie bei angeblichen Myomen. Ärztl. Ver. in Nürnberg. Sitzg. v. 3. Febr. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 35. S. 1268. (Vier Fälle von Fehldiagnose. Alle waren zur Bestrahlung bestimmt oder schon bestrahlt worden. Die Indikationsstellung zur Röntgenbehandlung soll dem Facharzt überlassen werden.)

13. Fleischmann, K., Adenokarzinom des Fundus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 7. Nov. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 6. S. 527. (Siehe Auszug im Kapitel „Karzinome", Nr. 43. Warnendes Beispiel, nicht zu bestrahlen ohne vorhergehende Probeauskratzung.)

14. Frank, M., Entwicklung und Indikationen der gynäkologischen Tiefentherapie. Altonaer ärztl. Ver. Sitzg. v. 29. März. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 20 S. 719. (Auszug siehe im Kapitel „Strahlentherapie der Karzinome", Nr. 16.)

15. — R. T., The use of the X-ray in uterine hemorrhage. Amer. Gyn. Soc. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 2. S. 321. (Nur 45% der Myome bedarf einer Behandlung überhaupt, und Verf. bestrahlt nur 5%.)

16. — X-ray treatment of uterine haemorrhage. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 23. Nr. 3. S. 243.

17. Fraenkel, M., Die schmerzlindernde Wirkung der Röntgenstrahlen. Med. Klin. Nr. 15. S. 392.

18. Friedrich, W., Über die Wellenlänge der Röntgen- und Gammastrahlen und ihre Bedeutung für die Strahlentherapie. Freiburg. med. Ges. Sitzg. v. 25. Juli. Bericht: Deutsche med. Wochenschr. 1917. Nr. 1. S. 32. (Nicht speziell gynäkologisch.)

19. Goetz, P., Myom und Röntgenbestrahlung. Diss. Berlin. Mai. (Druck von Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 39.) (Aus der Klinik Strassmanns. Von 67 Fällen, deren Behandlung abgeschlossen ist, sind 55 = 82% geheilt; 12 = 17,9% Versager. Bei 41 Frauen der ersten Gruppe = 74,5% wurde Amenorrhoe, bei 14 = 25,4% nur Oligomenorrhoe erzielt. Alle Pat. waren über 30 Jahre alt. Bei 55 nahm die Blutung zu Beginn der Behandlung an Stärke ab, bei 6 Pat. traten anfangs stärkere Blutungen auf. In 41 Fällen verkleinerte sich der Tumor, nur in 2 Fällen wurde stärkeres Wachs-

tum beobachtet, in 24 Fällen blieb der Tumor unverändert. Nur eine einzige Pat. klagte über stärkere klimakterische Beschwerden.' Der Prozentsatz der reinen Rezidive ist 8,9%. — 12 Fälle wurden operiert, 2 auf Wunsch der Pat., je 1 wegen Herzbeschwerden, starker Blutung und Verkalkung des Myoms, 3 wegen submukösen Sitzes des Myoms und 4 wegen Kombination mit Adnexerkrankungen. Technik.)

20. van der Haer, Ph. M. en H. Verploegh, Over absorptie van Röntgenstralen. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 25. S. 2282. (Holländisch.) (Nicht speziell gynäkologischen Inhalts.)

21. Heimann, F., Rückblicke und Ausblicke der Strahlentiefentherapie bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur. Sitzg. v. 2. Juni. Als Original erschienen in der Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. S. 1025. (Erfahrung über 5 Jahre. Es brauchte niemals eine Patientin, bei der die Indikation auf Strahlenbehandlung gestellt war, später infolge Versagens der Behandlung operiert zu werden. Bestrahlung vom Abdomen aus, das in 6 Felder eingeteilt ist; täglich 1—2 Felder. Weitere Zeitersparnis wäre nur auf Kosten des Wohlbefindens der Patientin. Jedes Hautfeld bekommt unter 3 mm Aluminium 30 X, wozu gewöhnlich 5—7 Minuten gebraucht werden; die Serie umfasst also 180 X. Nach 3wöchentlicher Pause Wiederholung. 3—4 Serien genügen, um den vollen Erfolg herbeizuführen. Ein Reizstadium im Anfange existiert nicht mehr. Nachteile, Verbrennungen, Rezidive wurden nicht beobachtet. Die Tumoren verschwanden niemals, wurden jedoch ohne Ausnahme erheblich kleiner und machten keine Beschwerden mehr. Das Alter der Pat. ist gleichgültig. Beim Karzinom vaginale Anwendung der Röntgenstrahlen in Kombination mit Mesothorbestrahlung. Individuelle Dosierung. Radikale Heilung nur durch Operation.)

22. Holzknecht, G., Röntgenologie. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Heft 8. S. 22.

23. Hüssy, P., Theorie und Praxis der Strahlentherapie in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Bd. 10. Heft 3/4. (Überblick — Technik — Anwendung kleiner Dosen von 50—100 mg. Operative Behandlung der operablen Karzinome mit prophylaktischer Nachbestrahlung. Ausgezeichnete Resultate bei klimakterischen Blutungen. Junge Myompatientinnen sind zu operieren, solche im klimakterischen Alter sind zu bestrahlen.)

24. John, W., Technik und Erfolge der einzelnen Autoren bei der Behandlung der Myome und hämorrhagischen Metropathien mit Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 7. Heft 1. S. 300.

25. Keene, F. E., Chirur. Sect. of Pennsylvanien Med. Soc. Sitzg. v. 20. Sept. Bericht: Med. Record. Bd. 89. S. 877. (Bedeutung und Grenzen der Strahlenbehandlung in der Gynäkologie.)

26. Kouwer, B. J., Behandeling van het fibromyoma uteri met X stralen of door middel van operatie. (Behandlung des Fibromyoma uteri mittels Röntgenstrahlen oder Operation.) Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 4. S. 211. (Holländisch.) (Auf Grund eigener langjähriger Erfahrung mit der operativen Behandlung, und unserer Kenntnisse von der Biologie der Geschlechtsorgane, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen. Nur die kleinste Hälfte aller Myompatientinnen bedarf einer operativen Behandlung. Für diese Fälle wähle man aus den bekannten Methoden eine heraus, mit der möglichst die Gebärmutter ganz oder zum Teil erhalten bleiben kann und die Eierstöcke gespart werden. Letztere Bedingung gilt für Frauen jeden Alters. Es ist ein unverzeihlicher Fehler, das Uterusmyom anders als mit seltenen Ausnahmen der Strahlentherapie, es sei mit Röntgen- oder mit Radiumstrahlen, zu unterwerfen. Haupteinwände des Verf. gegen die Strahlenbehandlung des Myoms sind: die Verkennung der Bedeutung des Eierstockes, die Verkennung unserer diagnostischen Unvollkommenheiten, die unerlaubte Popularisierung der neuen Methode unter nichtsachverständigen Ärzten und zu leichtgläubigen Laien. Die Arbeit enthält eine ausführliche Übersicht der Erfahrungen des Verf. an 779 Myompatientinnen — die ganze eigene Privatpraxis, die Universitätsklinik und ein Teil der Universitäts-Poliklinik —, von denen 41,5% operiert wurden. Zahlreiche tabellarische Zusammenstellungen.)

27. Kreutzmann, H. F. Experiences with Roentgen rays in gynecologic practice. California State Journ. of Med. Bd. 14. Heft 4. S. 139.

27a. — Fibromyoma uteri; sketch of treatment, operative and otherwise, with special reference to Roentgen ray therapy. Calif. State Journ. of Med. Bd. 14. Heft 12. S. 475.

28. Krönig, B., Grenzverschiebungen zwischen operativer und nicht operativer Therapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 4. S. 289. (Auszug siehe im Kapitel „Karzinome", Nr. 76a.)

29. Pinkuss, A., Weitere Erfahrungen über die konservative Behandlung der Uterusblutungen und Myome mit Mesothorium und Radium. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40. S. 1222. (Die Radium-Mesothoriumbehandlung ist bei Blutungen infolge chronischer Metritis, sogenannter hämorrhagischer Metropathie im präklimakterischen und klimakterischen Alter als eine sicher wirkende und ungefährliche Behandlungsweise erprobt. Sie bewährt sich auch zuweilen bei der hämorrhagischen Metropathie im Entwicklungsalter, bei jüngeren Frauen mit unregelmässigen Gebärmutterblutungen, die auf eine Dysfunktion der Ovarien zurückzuführen sind, bei denen es oft gelingt, eine regelmässige Oligomenorrhoe herbeizuführen. Sie ermöglicht ferner Blutungen infolge Myombildung zu beseitigen und eine Verkleinerung der Tumoren herbeizuführen, mit Ausnahme der submukösen Myome, die eine besondere Behandlung erfordern. Die Ausfallserscheinungen treten in milderer Form auf als nach der operativen Kastration. Ihre Anwendung ist leichter, bequemer und ungefährlicher als die der Röntgenbestrahlung.)

30. Remod, L., Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Med. Klin. 25. Juni. S. 701.

31. Roettinger, F., Dauererfolge der Röntgenbehandlung bei Myomen. Diss. München. Mai.

32. Rössler, G., Resultate der ursprünglichen Albers-Schönbergschen Bestrahlungsmethode bei Myom und Metropathia haemorrhagica. Diss. Heidelberg, Juni. (Druck von C. A. Günther Nachf., Zwickau i. Sachsen.) (Aus der Heidelberger Univ.-Frauenklinik. Es wurden nach der genannten Methode 50 Myome bestrahlt, deren Krankengeschichten kurz mitgeteilt werden. Bei 45, im Alter von 35–53 Jahren, wurde vollständige Amenorrhoe erzielt. In 5 Fällen wurden ausgesprochene Rezidive beobachtet, aber auch hier trat bei Wiederaufnahme der Behandlung definitive Amenorrhoe ein. Da es sich um Frauen über 44 Jahre handelte, konnte junges Lebensalter den Misserfolg, der dem Verfahren zur Last zu legen ist, nicht erklären. Sogenannte refraktäre Fälle wurden nicht beobachtet. Auf Grund dieser Erfahrungen und den ähnlichen bei 26 Metropathien dürfen die Resultate der Methode trotz der Mängel, die ihr anhaften, recht zufriedenstellend genannt werden. Albers-Schönberg selbst hat jetzt Abänderungen in der Richtung des Freiburger Verfahrens vorgenommen. — Spätschädigungen wurden niemals beobachtet.)

33. Sammelreferat über Strahlentherapie in der Gynäkologie. Strahlentherapie. Bd. 7. Heft 2. S. 774.

34. Schmitt, L., Über das Verhalten der Blutgerinnung unter der Einwirkung der Röntgenstrahlen und der radioaktiven Substanzen. Diss. München. (Druck der kgl. Hofbuchdruckerei Kastner u. Callwey.) (Nicht speziell gynäkologischen Inhalts. Auszug siehe im Kapitel „Elektrizität" usw.)

35. Schmitz, H., Uterine haemorrhages with special reference to actinotherapy. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 22. Heft 6. S. 719.

36. Seitz, L. und H. Wintz, Über die Beseitigung von Myom- und Wechselblutungen in einmaliger Sitzung durch Zinkfilterintensivbestrahlung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 51. S. 1785. (Vorwiegend Technisches. Für die Apparatur ist von allen Metallen ein Zinkblech von 0,5 mm Dicke am günstigsten, das in der Tiefe den besten Dosenquotient liefert. Es gelingt mit den Zinkfiltern, Frauen in einer Sitzung zu kastrieren und die Myomblutung zu beseitigen. Dies Verfahren ist naturgemäss für die Kranken etwas anstrengender als der alte Modus, aber dennoch vorteilhafter wie die einseitige Freiburger Methode. Eine Schädigung der Haut wurde infolge der Zinkfilterung und der gleichmässig arbeitenden Röhre (Symmetrieapparat) niemals beobachtet.)

37. v. Seuffert, E., Physikalisch technische Voraussetzungen der Strahlen-Tiefentherapie. Ärztl. Ver. zu München. Sitzg. v. 7. Juni. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. S. 847. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42. S. 1308. (Wird im Kapitel „Elektrizität" usw. referiert.)

38. Sippel, A., Profuse Menorrhagien bei Uterusmyom. Dauernde Amenorrhoe durch Röntgenstrahlen. Nach 11 Monaten Exstirpatio uteri wegen Sarkoms. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 2. S. 139. (Auszug siehe im Kapitel „Myome". Nr. 49.)

39. — Idiosynkrasie gegenüber Röntgenstrahlen. Zentralbl. f. Gyn. Heft 4. S. 857.

40. Stein, A., Roentgen-ray treatment of uterine myomata. A warning based on a study of the litterature. Med. Record. Bd. 89. Nr. 23. S. 993.
41. von Wartburg-Boos, I., Beiträge zur Röntgentherapie bei Myomen und Metropathien. Diss. Zürich. (Druck von „Hollwag" A.-G., Hollersche Buchdruckerei und Wagnersche Verlagsanstalt, Bern.) (Erfahrungen an 40 abgeschlossenen Fällen von Uterusmyomen und 8 von Metropathien der Züricher Univ.-Frauenklinik. Keine Versager. Die Resultate bei Myomen sind denen der Operation in mancher Hinsicht sogar überlegen. Die gegen das Röntgenverfahren erhobenen Einwände erweisen sich bei näherer Prüfung als haltlos und werden bei der immer weiteren Vervollkommnung der Methode bald völlig dahinfallen. Als hauptsächlichste Kontraindikationen wurden beobachtet: 1. Myome, deren Trägerinnen das 35. bis 40. Lebensjahr nicht erreicht haben; 2. Myome, die in Zerfall oder Eiterung begriffen sind; 3. auf Malignität verdächtige; 4. submuköse Myome und 5. solche von ausserordentlicher Grösse und solche, die Druckerscheinungen verursachen.)
42. Wintz, H. und L. Baumeister, Zweckmässiges Filter der gynäkologischen Röntgentiefentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24. Heft 3. (Technisches, siehe Auszug im Kap. „Elektrizität" usw. Die Erfolge sollen bei Myomen, Metropathien und Karzinomen äusserst günstig sein. Durch die Vagina wird nicht mehr bestrahlt.)

Allgemeine Abhandlungen über Theorie und Praxis der Myombestrahlung wurden u. a. von Bangert (5), Holzknecht (22), Hüssy (23) und Remod (30) geliefert. Man siehe jedoch auch im Kapitel „Strahlenbehandlung der Karzinome" nach, in dem sich auch noch diesbetreffende Publikationen erwähnt finden.

Als **Gegner** dieser Therapie haben sich Deaver (Kap. „Myome", Nr. 13), Kouwer (26) und Stein (40) aufgeworfen.

Die **Indikationsstellung, ob operative oder radiologische Myombehandlung,** im allgemeinen und im einzelnen Falle, findet u. a. in den Arbeiten von Beuttner (6), Deaver (Kap. „Myome", Nr. 13), Driessen (9), Flatau (12), Frank (14), R. T. Frank (15), Hüssy (23), Kouwer (26), Krönig (28), Sippel (38) und v. Wartburg-Boos (41) eingehende Berücksichtigung.

Resultate über eine grössere Anzahl von Fällen, deren Behandlungszeit genügend weit zurückliegt, werden u. a. mitgeteilt von Beuttner (6; Genfer Klinik), Chickmanoff (8; Genfer Klinik); Driessen (9; Privatpraxis in Amsterdam); Engelhorn (11; Jenaer Universitätsklinik); Goetz (19; Strassmannsche Klinik in Berlin), Heimann (21; Breslauer Universitätsklinik), John (24; Sammelstatistiken), Kreutzmann (27), Roettinger (31; Universitätsklinik in München), Rössler (32; Heidelberger Frauenklinik) und v. Wartburg-Boos (41; Züricher Universitäts-Frauenklinik). Auch im Kap. „Strahlenbehandlung der Karzinome" finden sich noch Arbeiten, in denen Myombestrahlungsresultate enthalten sind. Siehe dort.

Für die **Gefahren und Nachteile** der Strahlentherapie sei u. a. auf die Publikationen von Ahlström (2 u. 3), Fleischmann (13) Kouwer (26), Sippel (38 u. 39) und Stein (40) hingewiesen.

Mehrere Untersucher befassten sich im verflossenen Jahre mit dem Studium der **Blutveränderungen** unter Einfluss der Bestrahlung. Es sei in dieser Beziehung auf die Arbeiten von Ando (Kap. „Karzinome", Nr. 5), Arneth (4), Arnold (Kap. „Strahlenbehandlung der Karzinome", Nr. 4), Heimann (Kap. „Strahlenbehandlung der Karzinome", Nr. 24) und Schmitt (34) hingewiesen.

Mit der **biologischen Wirkung** befassten sich Blumenthal (7), Driessen (10) u. a. Weitere diesbezügliche Arbeiten sind im Kap. „Elektrizität" usw. erwähnt. Ebenso die Publikationen über die **Technik** der Bestrahlung.

Radiumbestrahlung wurde bei Myomen von Abbe (1), Ahlström (3) und Pinkuss (29) angewandt.

Myom und Schwangerschaft.

1. Alfieri, E., Miomectomia in gravidanza. Ann. di ost. e gin. Heft 8. S. 369.
2. Bovin, E., Zwei Fälle von grossen einfachen Cervixmyomen. Hygiea. 1915. S. 1063. (Das eine gab ein absolutes Geburtshindernis ab und es musste wegen Infektion der Patientin in einer Sitzung Kaiserschnitt und Hysterektomie gemacht werden.)

3. Fleischmann, K., Ein Fall von Myom und Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 7. Nov. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 6. S. 527. (31jährige Frau. Im 3. Monat der Schwangerschaft fand sich bei der Untersuchung wegen heftiger Leibschmerzen ein bis zum Nabel reichender, schwer beweglicher, knolliger Tumor; die Scheide hochgezogen, im Becken ein kindskopfgrosser, unbeweglicher Tumor. Portio weich. Annahme: inkarzeriertes Myom und Schwangerschaft. Supravaginale Amputation des Uterus mit Zurücklassung beider Adnexe. Heilung. Am Präparat zahlreiche subseröse und intramurale Myome; in der Gebärmutterhöhle ein vollständig nekrotisches submuköses Myom. Nur noch Reste von Decidua in der rechten Tubenecke. — Aussprache: Halban glaubt, dass das Myom erst nach Abgang des Eies in die Uterushöhle hineingeboren und damit zugleich nekrotisch geworden sei. Auch Frankl meint, dass das Myom erst durch die Nekrose so gross geworden sei. Fabricius berichtet über ein überraschend schnelles Wachstum eines Myoms in der Schwangerschaft; 3—4 Jahre später bei einer neuen Schwangerschaft nicht wieder nachweisbar.)

4. Gibson, M. J., Myomata from a case of caesarean myomectomy. Sect. of Obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Sitzg. v. 24. März. Bericht: Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 27. Heft 6—8. S. 208. (Bei der ersten Entbindung war das grösste Myom spontan über dem Beckeneingang gestiegen. Das Kind starb jedoch infolge Nabelschnurvorfall. Beim zweiten Partus lag das Myom vor und wurde Kaiserschnitt gemacht mit anschliessender — leichter — Enukleation von fünf Myomen. Ungestörte Heilung. Bei der nächsten Schwangerschaft wird die spontane Austreibung des Kindes ohne Furcht vor der Kaiserschnittsnarbe abgewartet werden.)

5. Mc Cann, F. J., Fibromyoma undergoing cystic degeneration growing from a myomatous pregnant uterus. Proceed. of the royal Soc. of Med. Bd. 9. Heft 9. S. 91.

6. Pinkham, E. W., Cesarean section for dystocia due to double uterus and fibroids. New York Obst. Soc. Sitzg. v. 14. März. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 2. S. 284. (Am nichtschwangeren Uteruskörper zwei gestielte Myome. — Abbildung.)

7. Rhomberg, B., Myotomie wegen Retentio placentae. Gyn. Rundschau. Bd. 10. Heft 7/8.

Karzinome.

1. Adams, J. E., A case of glandular carcinoma of uterus in a child aged $2^1/_2$ years. Proc. of the Royal Soc. of Med. Bd. 9. Heft 8. S. 45.

2. d'Agata, G., La réaction meiostagminique dans les tumeurs malignes. Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. Bd. 27. Heft 2. S. 161.

3. Allmann, J., Zur Behandlung des Gebärmutterkrebses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. S. 129. (Verf. empfiehlt eine Kombination von Operation mit Bestrahlung, jedoch nicht die Uterusexstirpation, sondern die Ligatur und Durchtrennung der Art. iliacae internae vom Abdomen aus. Er kam auf diese Behandlung durch die Erwägung, dass die Karzinomzellen zu ihrem Wachstum viel Sauerstoff gebrauchen, der ihnen durch die genannte Ligatur entzogen werden soll. Vom Radium brauchte Verf. nur etwa 5000 mg-Stunden in 4—6 Monaten. Zur beschleunigten Beseitigung der zerfallenen Massen dient Wasserstoffsuperoxyd mit nachfolgender Bepuderung und zwar bei stark jauchendem Ausfluss mit Chlorkalk-Bolus alba (1 : 10). Innerlich gibt Allmann noch Jodkali und Neosalvarsan. — Von 12 so behandelten Frauen sind 2 gestorben, 1 lag zur Zeit des Berichtes im Sterben, von 2 konnte Verf. nichts mehr in Erfahrung bringen. Die übrigen 7, deren Krankengeschichten im Auszug mitgeteilt werden, sind gebessert worden. Allmann gibt selbst zu, dass von einer „Heilung" noch nicht gesprochen werden kann, da sein ältester Fall erst $1^1/_2$ Jahre alt ist. Er meint jedoch, dass „keine bisherige Methode, namentlich bei vorgeschrittenen Fällen, so günstige Resultate aufzuweisen hat".)

4. Alvarez, D. C., Valor de la histerectomia vaginal en el tratamiento del cancer uterino. Rev. espan. de obst. y gin. Heft 9. S. 385.

5. Ando, N., Klinische Bestimmungen der Erythrozytenresistenz, besonders beim Carcinoma uteri. Diss. München. März 1915. (Druck der kgl. Hofbuchdruckerei Kastner

u. Callwey.) (Nicht ohne Bedeutung für die Differentialdiagnose von Karzinom und Schwangerschaft. Als das wichtigste Moment seiner Ergebnisse betrachtet Verf. die Tatsache, dass bei den Karzinomfällen, die anfangs eine nicht normale Resistenz zeigten, im Anschluss an die Mesothorium- und Röntgenbehandlung normale Resistenzwerte aufgetreten sind, dass also die Bestrahlung keine Schädigung der Erythrozyten bewirkt, sondern dass im Gegenteil die durch das Karzinom veränderte Erythrozytenresistenz zur Norm zurückkehrt. — Technik.)

6. Bainbridge, W. S., The cancer problem. Macmillan. (Preis 17 Schilling.)
7. Baker, A. E., Heat in inoperable uterine cancer. South Carolina Med. Assoc. Journ. Bd. 12. Heft 6. S. 182.
8. Baldwin, L. Grant, Inoperable cancer of the cervix with amenorrhoe. Brooklyn. Gyn. Soc. Sitzg. v. 4. Febr. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 1. S. 134. (Kasuistisch, 42jährige Frau, seit 17 Jahren kinderlos verheiratet, konsultierte Vortr. wegen 4 monatlicher Amenorrhoe, welche Abnormalität in den letzten zwei Jahren schon öfters vorgekommen war. Kein Ausfluss oder irgendwelche andere Beschwerden; guter Allgemeinzustand. Trotzdem war die Cervix ganz zerfallen durch Karzinom, das von der Vaginalwand auf ihr vorgeschritten war.)
9. Balfour, D. C., The relative merits of the operations for cancer of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. 1915. Bd. 22. Heft 1. S. 74.
10. — Cancer of the uterus; its surgical treatment. Texas State Journ. of Med. Bd. 12. Heft 3. S. 135.
11. Baltar, C. R. und J. Q. Martiner, Nota clinica. Recidiva ganglionar retrograda de un cancer portio-vaginalis. Rev. espan. de Obst. y Gin. Heft 6. S. 248.
12. Bancroft, F. W., Report on a case of carcinoma uteri treaded according to the Percy method with autopsy findings. New-York Acad. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Sitzg. v. 25. Jan. Als Original erschienen in Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 1. S. 11. (Kasuistisch. Ausführliche klinische und pathologisch-anatomische Beschreibung des Falles, mit acht guten mikrophotographischen Abb. der histologischen Präparate, und des Behandlungsverfahrens. Die Pat. ging infolge der Behandlung nach 24 Stunden zugrunde, wahrscheinlich an Toxämie.)
13. — Mortality following the Percy operation, with report of a case and the autopsy findings. Med. Record. 1915. S. 714.
14. Barnes, F. L., Some gynecologic percentages as applied to the cancer problem. Texas State Journ. of Med. Bd. 12. Heft 3. S. 131.
15. Bauer, A., Zur Kombination von Uterusmyom mit Korpuskarzinom. Diss. München. Sept.
16. Benthin, W., Zur Kenntnis des Carcinoma sarcomatodes des Uterus. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. 1915. Bd. 60. Heft 1. S. 163. (Kasuistik. 56jährige Frau. Zum Teil adenomatöses, zum Teil kankroidartiges Karzinom seit sarkomatöser Entartung des Stromas.)
17. Berkeley, C. and V. Bonney, The radical abdominal operation for carcinoma of the cervix uteri; result of one hundred cases reckoned on an absolute cure basis. Brit. Med. Journ. Nr. 2909. S. 445. (Zwischen April 1907 und Sept. 1911 wurden 100 Fälle operiert. 20 Pat. starben infolge der Operation, 32 infolge Rezidiv, 2 infolge anderer Erkrankungen. Sieben Pat. konnten nicht weiter verfolgt werden und 39 heilten. Die regionalen Lymphdrüsen wurden stets mikroskopisch untersucht und wurden bei 35 Pat. karzinomatös entartet gefunden. Bei diesen 35 war die Mortalitäts- und Rezidivzahl höher wie bei den 65 anderen. Verf. macht über diese Befunde genaue Angaben. Vier Rezidivfälle starben innerhalb des ersten Jahres, sechs im zweiten, sechs im dritten, sechs im vierten Jahre und eine im fünften Jahre nach der Operation. Ausführliche Beschreibung der Technik mit Abb. der Klemme zum Abklemmen der Scheide.)
18. Bilicki, E, Geistesstörungen bei Karzinomerkrankungen. Diss. Kiel. Dez.
19. Boldt, H. J., Adenocarcinoma of the uterus and carcinomatous gall bladder. Med. Rec. Bd. 89. Nr. 2370. S. 666.
20. — High heat versus low heat in the treatment of cancer of the uterus. Amer. Gyn. Soc. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 25. S. 2033. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 2. S. 328. (Zuerst grosse Hitze: nach Abstossung der verkohlten Krusten Anwendung tieferer Temperaturen. Letztere

auch nur in Fällen, in denen sonst Gefahr für Blase oder Rektum entstehen würde. Gefahr sekundärer Blutungen ist bei beiden Anwendungsmethoden die gleiche. Auch die Tiefenwirkung ist dieselbe. Keine der beiden Methoden hat den Vorzug vor der anderen. Besonders Palliativerfolge.)

21. Boldt, H. J., High degrees of heat versus low degrees of heat in the treatment of cancer of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 23. Nr. 3. S. 288.
22. — Die palliative Behandlung bei vorgeschrittenem Uteruskarzinom mittels des Glüheisens. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1. S. 34. (Verf. hat mit dem Verfahren nach Percy einen Todesfall erlebt und die Sektion machen können. Er gibt eine eingehende Beschreibung des pathologisch-anatomischen, makroskopischen und mikroskopischen Befundes, mit vier guten Mikrophotographien. Es stellt sich heraus, dass die Percyschen Experimente an totem Gewebe (Rindfleisch) sich am lebenden Gewebe nicht bestätigen. Hitzegrade, die so niedrig sind, dass keine Verkohlung stattfindet, sondern nur Desikkation, haben, selbst wenn lange appliziert, keine weit über die Fläche der Applikation in die Tiefe gehende schädigende Wirkung auf das Zellenwachstum. Tiefer sitzende Krebszellen bleiben ungeschädigt. — Dagegen empfiehlt Verf. die eigene Methode mit der starken Glühhitze und bespricht die Technik deren Anwendung.)
23. Brandt, Th., Über Hämatometra und Pyometra im klimakterischen und präklimakterischen Alter. Diss. Kiel. August.
24. Bristol, L. D., An enzyme theory of cancer etiology. Med. Record. Bd. 89. Nr. 5. S. 180.
25. Brooks, E. B., Uterine cancer. Nebraska State Med. Journ. Bd. 1. Heft 4. S. 99.
26. Brown, W. L., Report of the comittee on the study of the cancer. Texas State Journ. of Med. Bd. 12. Heft 3. S. 121.
27. Bulkley, L. D., Dietetic and medical treatment of cancer. Therap. Gaz. Bd. 32. Heft 1. S. 1.
28. — Cancer as nonsurgical disease. New York State Journ. of Med. Bd. 16. Nr. 6. S. 309.
29. Calmann, A., Demonstration eines Uterus mit multiplen Myomen und ausgedehntem, lange symptomlos gebliebenen Schleimhaut- und Portiokarzinom. Geburtsh. Ges. zu Hamburg. Sitzg. v. 7. Nov. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 3. S. 84.
30. Clark, J. G., The treatment of cancer of the uterus. Amer. Gyn. Soc. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 2. S. 324. (Zusammenfassung über den heutigen Stand der verschiedenen Methoden. Nichts Neues.)
31. — Phases of the cancer problem. New Jersey Med. Soc. Journ. Bd. 13. Nr. 9. S. 461.
32. — S. M. D., Cancer of the cervix uteri, with especial reference to the combination method of treatment. Texas State Journ. of Med. Bd. 12. Heft 3. S. 127.
33. Corscaden, J. A., Early result in a case of carcinoma of the cervix uteri. — Presentation of patient and specimen. New York Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. v. 25. Jan. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 1. S. 142. Als Original erschienen in Med. Rec. Bd. 89. Nr. 2371. S. 713. (Kasuistik. — Aussprache: F. C. Holden und H. J. Boldt befürworten die Methode Percys, die der früheren von Byrne nicht nachsteht, durch die Eröffnung der Bauchhöhle sogar grosse Vorteile hat. Ob hohe oder niedrige Temperatur soll jedoch keinen grossen Unterschied machen.)
34. Cunningham, W. P., Der Kern des Krebsproblems. Therap. Gaz. Bd. 8. S. 542. (Bespricht die verschiedenen Theorien über Entstehung und Heilung des Krebses, Einwirkung der Fleischnahrung, Disposition u. a. und fasst seine Ausführungen dahin zusammen, dass, solange es nicht unumstösslich feststehe, dass durch irgend etwas anderes untrüglich geholfen werden könne, die schnelle Operation immerhin noch die sicherste Hilfe gewähre, infolgedessen der Arzt, der diese verzögere, schwere Verantwortung auf sich lade.)
35. Dabney, W. M., Tuberculosis and Cancer. Med. Rec. Bd. 90. Heft 19. S. 804. (Versuch der Erklärung der viel erörterten Frage des gegenseitigen Antagonismus im Hinblick auf die Tuberkulinverwendung zur Vorbeugung von Krebsepidemien.)
36. Deelman, H. T., Kankersterfte in Nederland. Een statistische bijdrage. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 26. S. 2251. (Holländisch.) (Statistisches über die allgemeine Krebssterblichkeit in den Niederlanden. Dieselbe hat seit 25 Jahren in verschiedenen Gegenden unverkennbar aber unregelmässig zugenommen. Auf dem

Lande mehr wie in den Städten; an den grossen Flussmündungen jedoch deutlich weniger. Zusammenhang zwischen diese 80% Zunahme und verbesserte Diagnosenstellung der Ärzte, Boden oder abgesonderte Lage einer Gegend lässt sich nicht nachweisen. Das Häufigkeitsverhältnis der Krebse in verschiedenen Organen ist in allen Statistiken das gleiche geblieben. Derselbe Arzt stellt am Ende einer 30jährigen Praxis 80% mehr Krebsdiagnosen wie im Anfang. — 4 Karten und 4 graphische Darstellungen.)

36a. Dorland, W. A. N., Perithelioma and endothelioma of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 23. Heft 5. S. 576.

37. Dublin, L. J., The interest of the community in cancer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 67. Nr. 12. (Von Lebensversicherungsgesellschaften werden allerhand Tatsachen in bezug auf Krankheiten und Todesursachen gesammelt, die für unsere Kenntnisse vom Karzinom von grosser Bedeutung sein können.)

38. Dumont, Autolysattherapie des Krebses. Schweiz. Korresp.-Bl. Nr. 8. (Angaben über die in Amerika erzielten Resultate. Die erste Veränderung bei dieser Therapie macht sich bei der Sekretion geltend. Die ersten Injektionen können letztere vermehren, aber nach 4—5 Injektionen tritt eine deutliche Abnahme und häufig ein völliges Sistieren derselben auf. Von allen Veränderungen ist aber die wichtigste und auffälligste die Abnahme resp. das völlige Verschwinden des so lästigen Krebsgeruches. Dies tritt gewöhnlich nach einer Verminderung und Veränderung der Sekretion selbst auf.)

39. Eckstein, E., Erwägungen über das Wesen des Karzinoms. Frauenarzt. Bd. 31, Heft 4. (Die Karzinose ist eine Allgemeinerkrankung, die erst durch die Lokalisation einer Geschwulst in irgend einem Organ manifest wird, nachdem eine lange Inkubationszeit vorangegangen ist. Die Abderhaldensche Theorie vom Abbau der Organe wird vielleicht einmal gestatten, diesen Status carcinomatosus zu erkennen, ehe eine lokale Geschwulst eintritt. Damit würde die Frage der Karzinombekämpfung einen gewaltigen Schritt vorwärts gekommen sein.)

40. Endler, F., Experimentelle Studien über den Einfluss des Impfortes auf das Wachstum der impfbaren Tiergeschwülste. Zeitschr. f. Krebsforsch. 1915. Bd. 15. Heft 2. (Beim Mäusekarzinom ergab Verimpfung in manche Organe — Leber, Niere, Mamma, Muskulatur — bessere Ausbeute, als Subkutanimpfung, sowie häufiger Metastasenbildung. Grosshirn und Rückenmark sind gegen Tumoreinimpfung beinahe unempfänglich. Die Verbreitung des verimpften Mäusekarzinoms findet wahrscheinlich nur auf dem Lymphwege statt. Für die Übertragung des Rattensarkoms bilden Brustdrüse und Muskulatur die günstigsten Impforte, während Leber, Nieren, Gehirn und Rückenmark sich refraktär verhalten. Das Rattensarkom ist besser abgekapselt als das infiltrierend wachsende Mäusekarzinom. Reizung des Substrates durch Injektion von Paraffinum liquidum oder Scharlachöl ruft keine Beschleunigung des Tumorwachstums hervor.)

41. Fischer, B., Eigenartige hochgradigste Schwartenbildung über der rechten Lunge als Metastase eines Plattenepithelkarzinoms der Portio bei einer 67jährigen Frau. Ärztl. Ver. in Frankfurt a. M. Sitzg. v. 21. Febr. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 11. S. 392. (Demonstration.)

42. Fleischhauer, H., Die Ureterknotung als Methode der Ureterversorgung bei nicht ausführbarer Ureterimplantation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. S. 550. (Empfehlung. Technik mit 1 Abb. Gute Erfahrung an einem Falle bei Portiokarzinom.)

43. Fleischmann, K., Adenokarzinom des Fundus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 7. Nov. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 6. S. 527. (Wegen Genitalblutung mit Röntgenstrahlen behandelt. Wegen anhaltender Schmerzen nach Aufhören der Blutung Totalexstirpation. Jetzt nach 2 Jahren wahrscheinlich Metastase im 2. bis 3. Lendenwirbel. Warnung vor Bestrahlung wegen Blutung ohne vorhergehende Probeauskratzung. Die Frau war 47 Jahre alt.)

44. Frank, R. T., Adenocarcinoma of the corpus uteri: nearly complete removal by the curet. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 3. S. 369. (Die Curettage hatte grosse Mengen stark karzinomatös veränderte Schleimhaut herausbefördert. Im exstirpierten Uterus waren makroskopisch keine Veränderungen zu sehen und nur nach mühsamer mikroskopischer Untersuchung wurde über der Cervix eine kleine karzinomatöse Stelle gefunden. Von beiden Präparaten wird eine gute Mikrophotographie abgebildet.)

45. Fränkel, S. und E. Fürer, Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 3. S. 63. (Der erste Teil der Arbeit: 1. Zur Frage der aktiven und passiven Immunisierung und Therapie mit Krebssaft, ist in der Nr. 52 des Jahrganges 1915 derselben Zeitschrift erschienen. Dieser zweite Teil handelt über die Einwirkung artfremder Sera auf Neoplasmen. In keinem der vorliegenden Versuche gelang es, durch artfremdes Serum den Tumor (Ehrlich-Karzinom oder Ehrlich-Sarkom bei Mäusen) zur Einschmelzung zu bringen oder das Wachstum desselben völlig zu hindern. — Der dritte Teil siehe folgende Nummer.)

46. — — Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 4. S. 96. (3. Kritische Betrachtungen über die Fehlerquellen bei Annahme einer spezifischen Beeinflussung von malignen Geschwülsten (Spontanheilung, Wachstumshemmung, Ernährungsstörung durch Gefässschädigung usw.). Literaturübersicht über die Wirkung des Cholins; nach eigenen Versuchen bestreiten die Verff., dass das reine oder käufliche Cholin eine Wirkung auf das Wachstum von Karzinomen und Sarkomen bei Mäusen und Ratten ausübe; dasselbe gilt von cholinähnlichen, heterozyklischen Ammoniumbasen. Alle Wirkungen des in den Tumor gespritzten Cholins erklären sich durch seine eiweisslösende Eigenschaft.)

47. — — Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 7. (4. Mitteilung: Die Untersuchungen erstreckten sich weiter auf die Chinaldinarsinsäure, das Chinin und seine Derivate, die Jodderivate, gefässerweiternde Mittel, das pikrinsaure Natrium und die Pikrolonsäure und das Hexamethylentetramin; keines der Mittel erwies sich als wirksam.)

48. — — Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 11. S. 323. (5. Mitteilung: Untersuchung über die Einwirkung zellzerstörenden und temperaturerhöhender Mittel auf Neoplasmen. Auch bei diesem Mittel konnte keine spezifische Einwirkung auf die malignen Tumoren nachgewiesen werden. Nur die Diamine hatten manchmal, wenn auch sehr inkonstant, eine Fernwirkung. Diese Stoffe sollen noch näher untersucht werden.)

49. — — Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 16. S. 483. (6. Mitteilung: Versuche zur Beeinflussung des Tumorwachstums durch sogenannte akzessorische Nährstoffe (Vitamine). Mäusen mit Chondromen, Sarkomen und Karzinomen wurden bei der gewöhnlichen Nahrung noch Extrakte von Hefezellen und von Reizkleie verabreicht. Ein Einfluss auf das Wachstum der Impfgeschwülste konnte nicht nachgewiesen werden.)

50. — — Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 26. S. 821. (7. Mitteilung: Über die angebliche Immunität röntgenbestrahlter Tiere. Entgegen Frankl und Kirnball haben die Verfasser bei Röntgenbestrahlung von Mäusen vor der Tumorimpfung keine indirekte Beeinflussung des Wachstums der malignen Geschwülste nachweisen können.)

51. Gaarenstroom, G. F., Over chemische en physische momenten, die het ontstaan van kanker bevorderen (Über chemische und physische Momente, die die Entstehung des Karzinoms anregen). Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Hälfte. Nr. 8. S. 633. Holländisch. (Zusammenfassende Übersicht mit einer Kurve. Nicht speziel gynäkologisch.)

52. Gaylord, H. R., The clinical course of cancer in the light of cancer research. Amer. Gyn. Soc. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 2. S. 323. (Karzinom ist eine Gruppe von Krankheiten. Hühnersarkome, durch filtrierbares Virus erregt, haben gelehrt, dass es Neoplasmen gibt, die durch spezifische Agenzien hervorgerufen werden. Krebse verschiedener Organe müssen als individuelle Erkrankungen behandelt werden. Erfolgreiche chirurgische und Strahlenbehandlung beruhen alle auf Immunität. Frühoperation hat nur deswegen so gute Erfolge, weil die Immunität im Anfange der Erkrankung am stärksten ist. Die Narkose, Blutverlust usw. beeinträchtigen die gute Immunitätswirkung.)

53. Gelpi, M. J., The value of microscopical examination of all tissues exstirpated in the course of routine gynecological surgery. Amer. Journ. of Surg., Heft 9. S. 277.

54. Graefe, M., Karzinom der linken Tube und des linken Eierstocks sowie des Corpus uteri. Ver. d. Ärzte in Halle a. S. Sitzg. v. 29. Nov. Bericht: Münch. med. Wochenschrift. 1917. Nr. 14. S. 460. (Präparat stammt von 54 jähriger Frau, die seit 4 Jahren amenorrhoisch, seit einigen Wochen wieder Blutungen bekommen hatte. Der kindskopfgrosse Uterus war myomatös, übrigens war der Befund makroskopisch ganz wie

bei einer Eileiterschwangerschaft. Im Korpus zeigte sich ein ausgedehntes Karzinom, ausserdem starke verkalkte myomatöse Partien im Kavum. Letzterer Befund spricht dafür, dass das Korpuskarzinom sekundär, das primäre die Erkrankung des Ovariums bzw. der Tube war.)

55. Graham, J. A., Malignancy-Cancer. Tennessee State Med. Assoc. Journ. Bd. 8. Heft 9. S. 401.

56. Gregg, O. R., Carcinoma of the uterus. Oklahoma State Med. Assoc. Journ. Bd. 9. Heft 8. S. 231.

57. Ground, W. E., Some precancer conditions. Wisconsin Med. Journ. Bd. 15. Nr. 1. S. 525.

58. v. Hansemann, D., Beeinflusst der Krieg die Entstehung oder das Wachstum von Geschwülsten? Kriegsärztl. Abende zu Berlin. Sitzg. v. 15. Febr. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 10. S. 354; Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. S. 265; Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Bd. 13. Heft 7. S. 196. (Nicht gynäkologisch. Soviel zeigt sich aus den jetzigen Erfahrungen, dass der Krebs keine Alterskrankheit ist. Der Versuch, den Krebs als eine Infektionskrankheit aufzufassen, kann als missglückt gelten. Der Krebs lässt sich nicht einheitlich erklären, da es zahlreiche verschiedene ätiologische Momente gibt, welche zum Krebs führen. Beim Karzinom kommen besonders zwei Momente in Betracht: erstens ganz bestimmte Formen äusserer Reize und dann eine den Körper anhaftende Disposition. Die Einwirkung des Reizes muss eine sehr lange sein; kein anders liegender Fall ist bisher bekannt geworden.)

59. Harbitz, Fr., Über das gleichzeitige Auftreten mehrerer selbständig wachsender („multipler“) Geschwülste. Beitr. z. pathol. Anat. Bd. 62. Heft 3. (Nicht speziell gynäkologisch.)

59a. Heimann, F., Bakteriologische Untersuchungen beim Useruskarzinom. Med. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur zu Breslau; Sitzg. v. 24. Nov. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 1. S. 7. (Die hier beschriebene Methode wandte der Verf. mit bestem Erfolge bei Streptokokkenkarzinomen an. Die Kranken erhielten sofort nach der Operation 50 ccm Aronsonsches Antistreptokokkenserum intramuskulär. Es gelang, die Mortalität der Karzinome, bei welcher Streptokokken gefunden wurden, von 61,1% auf 16,6% herabzudrücken. Aussprache (Bericht: Berl. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 12. S. 296): L. Fränkel verlangt, dass der Vortr. zunächst die Zahl seiner Beobachtungen erheblich vergrössere. Die Resultate heben sich, wenn sie sich bestätigen, weit über den Rahmen hinaus, den Vortr. ihnen gegeben hat. Man würde dann berechtigt, ja sogar verpflichtet sein, die Einspritzung nicht nur nach Karzinomoperationen zu machen, bei denen sich Streptokokken in der Cervix finden, sondern nach jeder Art von Operation und schweren Entbindungen, denn die tödlichen Erkrankungen beruhen ja fast immer auf Streptokokken.)

60. Heineberg, A., Uteroscopic findings; preliminary report. Collection of fterine scrapings. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 4. S. 612.

61. Hewitt, H. W., End-results in the treatment of cancer of the uterus. Michigan State Med. Soc. Sitzg. v. 16.—17. Aug. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 67. Nr. 11. S. 834. (In operablen Fällen Totalexstirpation und Nachbestrahlung; in inoperablen Fällen Röntgenbehandlung und Kauterisation. — Aussprache: J. T. Case hat niemals Heilung durch ausschliessliche Bestrahlungsbehandlung gesehen; R. R. Smith betont, dass es ein Heilungsverfahren für Uteruskarzinom noch nicht gebe; L. H. Dewitt lobt die Katheterisation mit niedrigen Temperaturen nach Percy.)

62. Hillenberg, Krebsepidemiologische Untersuchungen. Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverwaltung. Bd. 5. Heft 4. (Berlin, R. Schoetz, Preis Mk. 2,80.) (Die Gesamtzahl der durch eine Sammelanfrage im Stadt- und Landkreis Zeitz erhaltenen Krebsfälle belief sich auf 377. Der Krebs trat bei Eltern und Kindern 33 mal auf, bei Ehegatten 20 mal, unter Geschwistern 10 mal und bei direkten Verwandten 7 mal. Diese Zahlen sind jedoch nicht derart, dass sich aus ihnen bindende Schlüsse ziehen lassen. Die Krebshäufigkeit wurde in der feuchten Unterstadt durchaus nicht grösser als in der Oberstadt. Die Verhältnisse in dem Landkreise Zeitz lassen ebenfalls keine bestimmten Schlüsse auf eine örtliche Disposition zu.)

63. Hirschfeld, H. und S. Meidner, Experimentelles und Therapeutisches über die Wirkung von an unlösliche Substanzen absorbiertem Thorium X auf Tumoren. Therap. d. Gegenw. Nr. 11. S. 414. (Wird Thorium X in unlöslicher Form in die Tumoren direkt eingespritzt, so ist ihm unabhängig von der Art der Applikation ein selbständiger

Einfluss auf die Tumoren zuzuschreiben, und zwar ein stärkerer, als wenn man es in löslicher Verbindung endovenös einführt.)

64. Hoffmann, F., The mortality from cancer throughout the world. Newark, New Jersey. The Prudental Press 1915 (221 S. Text und 605 S. Tabellen). Referiert in der Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 8. S. 249.

65. Hüssy, P. und Herzog, Die Abwehrfermente nach Karzinombestrahlung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. S. 886. (Auszug siehe im Kapitel „Strahlenbehandlung der Karzinome", Nr. 28.)

66. Jacobson, J. H., Recent progress in the treatment of uterine cancer. Journ. of the Amer. med. Assoc. Bd. 67. Heft 17. S. 1219. (Sehr ausführliche Zusammenfassung der Resultate der Karzinombehandlung, aus der europäischen und amerikanischen Literatur in Tabellen zusammengestellt. Verf. selbst hat 20 Frauen nach Wertheim operiert. Primär starben 5. 13 wurden mit Röntgenstrahlen nachträglich bestrahlt. Drei sind mehr wie 5 Jahre, zwei mehr wie 3 Jahre, drei mehr wie 2 Jahre und zwei 1 Jahr gesund und rezidivfrei. — Verf. kommt zum Schluss, dass operable Fälle nach Wertheim operiert und nachher bestrahlt werden sollen. Bis Röntgen- und Radiumbehandlung und die Behandlung nach Percy ihre Superiorität über die operativen Therapie bewiesen haben, sollen diese Verfahren auf inoperable Fälle beschränkt bleiben.)

67. Jaworski, J. von, Aus der Biologie der Tumoren. — Einfluss mangelhafter Ernährung auf den Zustand bestimmter Neubildungen, hauptsächlich der Tumoren der weiblichen Sexualorgane. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 52. S. 1646. (Auszug siehe im Kapitel „Myome", Nr. 24.)

68. Joannovics, G., Experimentelle Studien zur Frage der Geschwulstdisposition. K. k. Ges. der Ärzte in Wien. Sitzg. v. 17. März. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 16. S. 575. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. S. 607. Als Original erschienen in der Wien. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 345. (Tierversuche. Die Disposition für verschiedene Geschwulstarten wechselt sehr, ist abhängig von der Konstitution des Tieres, die an sich wieder mit dem Stoffwechsel und den Drüsen mit innerer Sekretion in inniger Verbindung steht.) — Aussprache (Münch. med. Wochenschr. Nr. 18. S. 647): v. Hochenegg, S. Fränkel, E. Freund, A. Fraenkel.)

69. — Zur Wirkung des Chinins auf das Wachstum der transplantablen Mäusetumoren. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 27. S. 851. (Nicht speziell gynäkologisch. Bei innerlicher Darreichung von je 0,5 ccm einer 2%igen Lösung von Chin. bisulf. pro Tag entwickeln sich zwar die Mäusekarzinome, sie bleiben jedoch viel kleiner als bei Kontrolltieren. Sarkome wachsen schneller. Auch Natr. salicyl. wirkt wachstumshemmend auf Karzinom. Verf. führt diese Wachstumsmodifikationen auf Änderungen des Kohlehydratstoffwechsels unter dem Einfluss der genannten Substanzen zurück.)

70. — Über das Wachstum der transplantablen Mäusetumoren in kastrierten und epinephrektomierten Tieren. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. Bd. 62. Heft 2. S. 194. (Die Versuche wurden mit Karzinom, Sarkom und Chondrom angestellt.)

71. Josefson, A., Nachweis von Geschwulstzellen in Exsudaten, Harn und Lymphdrüsen. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 82. Heft 3/4. (Flüssigkeiten, wie Exsudate, Harn, Mageninhalt, Aszites etc., sowie Gewebspartikel bzw. Gewebssaft durch Ausspritzen der Punktionskanüle mit Kochsalzlösung gewonnen, werden zentrifugiert und das Zentrifugat mit Alkohol versetzt; wenn die Zentrifugierung nicht möglich ist, wird Alkohol direkt eingesetzt, die Eiweissfällung reisst die Formpartikelchen mit nieder; der Bodensatz wird dann in Alcohol absolut. gehärtet, in Paraffin eingebettet und geschnitten. In 9 Fällen wurden auf diese Weise leicht Geschwulstzellen nachgewiesen und dadurch die Diagnose ermöglicht.)

72. de Josselin de Jong, R., Nierlijden na wegneming der baarmoeder wegens kanker. Klinisch Genootschap te Rotterdam. Sitzg. v. 13. Nov. 1915. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 19. S. 1654. (Fünf Fälle, in denen bei der Sektion Abschnürung der Ureteren durch ringförmige Karzinomrezidivwucherungen gefunden wurde. — Aussprache: Noordenbos weist auf das vortreffliche Hilfsmittel hin, das die Röntgenaufnahme der mit Kollargol injizierten Ureteren und Nierenbecken bietet zur genauen Feststellung der Umschnürungsstelle.)

73. Kaminer, G., Über die Zerstörungsfähigkeit des Blutserums in verschiedenen Lebensaltern gegenüber Karzinomzellen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 13. S. 377. (Die nor-

male Zerstörungsfähigkeit des Blutserums gegenüber Karzinomzellen ist verschieden gross in den verschiedenen Lebensaltern. Sie ist überraschend gross im Säuglingsalter, sie beträgt das 20—40fache des normalen in der Zeit vom Säuglingsalter bis zur Pubertät. Dann bleibt sie gleichmässig derart, dass sie bei zweifacher Verdünnung des Serums noch erkennbar ist. Im höheren Greisenalter tritt eine Abnahme ein, so dass bei dieser Verdünnung die Zerstörung der Karzinomzellen nicht mehr erfolgt.)

74. Kaminer, G. u. Morgenstern, Über die Beziehungen zwischen Karzinom u. Thymus. K. k. Ges. d. Ärzte zu Wien. Sitzg. v. 15. Dez. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 12. S. 298. (Das Fehlen des Zerstörungsvermögens des Blutserums gegen Karzinomzellen prädisponiert für Karzinom. Das Serum Neugeborener hat viel stärkeres Lösungsvermögen als das Erwachsener und dieses Lösungsvermögen nimmt rasch mit zunehmendem Wachstum ab. Es liegt daher der Gedanke nahe, dass zwischen der Involution der Thymusdrüse und dem Abnehmen des Lösungsvermögens gegen Karzinomzellen ein Zusammenhang besteht. Die Thymusextrakte bei Menschen und Tieren zeigen ein viel grösseres Lösungsvermögen als das Blutserum; sie lösen bei manchen Tieren noch in 450facher Verdünnung. Bei Karzinomkranken, deren Serum Krebszellen nicht zerstört, zeigt auch die Thymus kein Zerstörungsvermögen.)

75. Klinger, R., Über einige Ergebnisse aus dem Gebiete der Krebsforschung, mit besonderer Berücksichtigung der Autolysattherapie. Korresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Heft 39. S. 1217. (Die Autolysattherapie besitzt eine theoretisch befriedigende Grundlage und auch die klinischen Erfolge ermutigen zu weiteren Versuchen. Auswahl gut abbauender Lösungen und Verbindungen der Behandlung mit diätetischen Massnahmen, die den Eiweissabbau steigern (vegetarische Kost, Aderlass) vorbessern vielleicht die bisherigen Resultate.)

76. Kohlmann, M., Über die Disposition der Ovarien zu metastatischer Erkrankung bei Karzinom bzw. Sarkom eines anderen Organes. Diss. München. Dez. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. Heft 2. (Unter 20 Fällen von karzinomatöser Erkrankung innerer Organe haben sich die Ovarien siebenmal metastatisch erkrankt gefunden und zwar waren fünf dieser Frauen unter 50 Jahren. — Siehe übrigens Auszug im Kapitel „Ovarien".)

76a. Krönig, B., Grenzverschiebungen zwischen operativer und nichtoperativer Therapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 4. S. 289. (Es kommt auch die Krebsbehandlung zur Sprache. Die Dauererfolge der operativen Therapie sind traurige. Von 1904—1910 wurden von Krönig 209 abdominale Totalexstirpationen ausgeführt. Bis auf zwei sind alle diese Patientinnen dauernd unter Kontrolle geblieben. Nach 3 Jahren lebten noch 1,26%, nach 5 Jahren noch 5,85%, nach 7 Jahren 3,4% und nach 10 Jahren keine einzige mehr. Alle bis auf eine starben an Rezidiv, nicht unter Einfluss ihres hohen Lebensalters. Eine andere Statistik zeigt, dass nichtoperierte Frauen mit Gebärmutterkrebs im Mittel noch länger am Leben bleiben (90 Wochen) wie operierte (75 Wochen). Die Erfolge der Strahlenbehandlung können gewiss nicht schlechter sein, wie die der operativen Therapie.)

77. Kronberger, H., Theoretisches zur Verursachung der Krebskrankheit. Davos 1916.

78. Laemmert, H. Widmann, Die Serodiagnostik maligner Geschwülste mittels der Abderhaldenschen Dialysiermethode. Diss. Heidelberg. Jan.

79. Lakeman, C. E., Some public health aspects of cancer problem. Southern Med. Journ. Bd. 9. Heft 10. S. 883.

80. Latzko, W., Ureterimplantation nach abdominaler Totalexstirpation. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 7. Nov. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 6. S. 529. (Weil der Ureter mitten durch die parametranen Krebsmassen zog, wurde er reseziert. Es ist die 38. derartige Operation Latzkos, der häufiger reseziert als andere Autoren. Für die Vermeidung von Rezidiven soll es vorteilhafter sein, obwohl Übergreifen des Krebses auf den Ureter sehr spät erfolgt. Technik. — Aussprache: Adler, Wertheim.)

81. Lockyer, C., Precancerous changes seen in the displaced epithelium of nodular salpingitis. Proceed. of the Royal. Soc. of Med. Bd. 9. Heft 8. S. 68.

82. Manton, W. P., Cancer of the uterus. Michigan State Med. Soc. Journ. Heft 2. S. 60. (Allgemeines über Vorkommen, Prophylaxis und operative Behandlung. Nichts Neues. Beschreibung eines eigenen Falles.)

83. Marsh, M. C. und G. Wülker, Über das Vorkommen von Nematoden und Milben in normalen und Spontantumormäusen. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 15. Heft 3.

(Aus systematischen Untersuchungen von Mäusen auf im Gewebe vorkommende Nematoden und Milben ergibt sich, dass solche Parasiten bei Mäusen mit Spontantumoren (Karzinome, ein Sarkom) etwas häufiger vorkommen als bei gesunden Tieren. Der Zusammenhang zwischen Tumor und Parasit ist jedoch kein konstanter, die Parasiten kommen vielleicht als Überträger des hypothetischen Krebsvirus in Frage.)

84. Massey, G. B., Treatment of inoperable carcinoma by bipolar ionization. Med. Rec. Bd. 90. Heft 40. S. 585.

85. Mathes, P., Zur Technik der abdominalen Radikaloperation bei Kollumkarzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. S. 529. (Zur Vermeidung der Ureterennekrose, wobei doch die Wundsekrete am tiefsten Punkte der Wundhöhle abgeleitet werden, führt Mathes nach vollendetem abdominalen Teil der Operation ein Drainrohr seitlich durch das Diaphragma pelvis und hinter dem Vaginalrohr.)

86. McCauliff, G. T., Early diagnosis of cancer of the uterus. Jowa State Med. Soc. Journ. Bd. 6. Nr. 6. S. 273.

87. Molas, L. G. G., Degeneraciones cellulares coloide y por hemorragia de los epiteliomas uterinos. Rev. espan. de obst. y gin. Heft 1. S. 19.

88. Moullin, C. Mansell and M. D. Oxon, The biology of tumours. H. K. Lewis and Co. Londres. 1 Vol. in —8°; 57 S.; Preis 2 sh. 6 p.

89. Muret, M., Les surprises du curettage explorateur et le diagnostic du cancer de l'utérus. Ann. de gyn. et d'obst. Jg. 42. Heft 11 und 12. S. 321. (An der Hand der ausführlichen Krankengeschichten von sieben selbstbeobachteten und operierten Fällen bespricht Verf. eingehend folgende Möglichkeiten: 1. durch die Curettage wird die Diagnose Karzinom gestellt, aber im exstirpierten Uterus findet sich nichts derart; 2. die Curettage gibt ein positives Resultat, im exstirpierten Uterus findet sich nur nach längerem Suchen irgend eine kleine karzinomatöse Stelle; 3. die positiv ausgefallene Auskratzung wird nicht von der Entfernung des Uterus gefolgt und trotzdem bleibt die Patientin gesund; und 4. die Curettage fällt negativ aus und im Uterus findet sich ein Karzinom, das der Curette entschlüpfte. — Verf. kommt zum Schluss, dass trotz negativen oder zweifelhaften Ausfalles der Probecurettage bei klinischem Karzinom die Totalexstirpation vorzunehmen sei. Und jedes durch Auskratzung herausbeförderte Material sei aufs genaueste von einem Spezialisten histologisch zu untersuchen.)

90. Nesselrode, C. C., Heat in the treatment of carcinoma of the cervix. Southwest Journ. of Med. and Surg. Heft 2. S. 33.

91. Nijhoff, G. C., Kankroid der hinteren Lippe der Portio bei einer Frau, die ein seit 37 Jahren nicht mehr entferntes Pessarium trug. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 25. Okt. 1915. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. S. 192. (Holländisch.) (Das Karzinom hatte auf die hintere Scheidenwand übergegriffen. Radikaloperation war bei der hochbejahrten Frau nicht mehr möglich.)

92. Oswald, A., Zur Chemie des Karzinoms. Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. 97. Heft 4. (Verf. untersuchte Nukleoproteid eines Karzinoms — Metastasen eines Magenkarzinoms in der Leber. In dem Nuklein befand sich 0,68% Eisen.)

93. Pankow, O., Intravenöse Seleninjektionen beim menschlichen Karzinom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 5. S. 392. (Zwei inoperable und durchaus aussichtslose Fälle wurden injiziert. Völlig negativer Erfolg. Die Bemühungen der Chemien in der Krebsheilungsfrage haben „leider noch nicht die erhofften Resultate gebracht".)

94. Percy, J. F., Heat as a method of treatment in inoperable uterine carcinoma. Amer. Gyn. Soc. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 25. S. 2033; Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 2. S. 326. (Hauptsache ist: nicht verkohlen, denn an solchen Stellen dringt die Hitze nicht weiter in die Tiefe durch. In letzterer Zeitschrift das ausführlichste Referat, mit kurzer Beschreibung der Technik.)

95. — The value of heat in the treatment of massive and utterly inoperable uterine carcinoma. Pennsylv. Med. Journ. Bd. 19. S. 236.

97. Peterson, R., The extended operation for carcinoma of the uterus. Amer. Gyn. Soc. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 2. S. 324. (Nach der Statistik Wertheims sind folgende Zahlen aus der Praxis des Vortr. festgestellt. In den letzten 4 Jahren wurden 124 Krebsfälle beobachtet, von denen 36 inoperabel waren. In 58 Fällen wurde Kauterisation nach Percy angewendet.

ohne einen anderen wie palliativen Erfolg. Von 51 Pat. mit Cervix- und Korpuskrebs, deren Operation mehr wie 5 Jahre zurückliegt, sind 27 = 56,2% von denen, die operiert wurden und 69,2% von denen, die die Operation überstanden, jetzt noch am Leben und gesund. Letztere Zahl beträgt für die 40 Cervixkarzinome allein 62%. Die längste Heilungsdauer beträgt jetzt 13 Jahre. Das am spätesten auftretende Rezidiv war nach 3 Jahren. Trotz der hohen Primärmortalität ermutigen doch die Endresultate zur Fortsetzung der eingeschlagenen Behandlungsmethode.)

98. Peterson, R., The extended operation for carcinoma of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 23. Nr. 3. S. 237.

99. Radio, M. V., La marsupializacion como medio de tratamiento de algum os tumores quisticos. Rev. espan. de obst. y gin. Heft 6. S. 241.

100. Recasens, G., Nuevas investigaciones sobre el tratamiento del cancer. Rev. espanola de obst. y gin. Heft 3. S. 126.

101. Rettschlag, K., Über Wegnahme des karzinomatösen Netzes bei inoperablen Karzinomen der Bauchhöhle. Diss. Berlin. Mai.

102. Ribbert, H., Heilungsvorgänge im Karzinom nebst einer Anregung zu seiner Behandlung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. S. 278. (Bei Plattenepithelkrebsen kommen Heilungsvorgänge zustande, wenn einzelne oder Haufen von Zellen zugrunde gehen, verhornen und von Riesenzellen eingeschlossen werden. Bisweilen erfolgt ein derartiger Untergang von Krebsgewebe in grösserem Umfang, wie Verf. an einem halbwalnussgrossen metastatischen Knoten (Lippenkrebs) es beschreibt. Es zeigte sich eine Aufquellung und Homogenisierung mit Kernverlust bei den für die Ausbreitung wichtigsten Zellen am Rande des Krebses und zwar durch Eindringen eines mit Rundzellen dicht infiltrierten Granulationsgewebes, welches eine breite Zone aus dem Krebsherd bildet. Nimmt man als Ursache des Unterganges des Krebsgewebes einen toxischen Einfluss der in dem Granulationsgewebe enthaltenen Lymphozyten an, so wäre der Versuch berechtigt, durch reichliche Injektion von zerriebenem Lymphdrüsengewebe oder eines Extraktes daraus therapeutisch die Zerstörung von Krebsherden herbeizuführen.)

103. Rockey, A. E., On the cause of carcinoma. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 22. Heft 2. S. 187.

104. Saltykow, S., Beiträge zur Kenntnis des Karzinosarkoms: Karzinosarkom des Uterus. Gyn. Helv. 1915. S. 71. (Kasuistisch. Die beiden Tumoren sollen im vorliegenden Falle unabhängig voneinander entstanden sein.)

105. Sampson, J. A., The radical operation for cervical cancer; report of forty cases. New York State Med. Journ. Bd. 16. S. 62.

106. Sanders Azn., J., Bijdrage omtrent de kennis van de sterfte aan kanker en andere kwaadaardige gezwellen te Rotterdam over de jaren 1902—1914. (Beitrag zur Kenntnis der Sterblichkeit an Krebs und anderen bösartigen Geschwülsten in Rotterdam in den Jahren 1902—1914.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 8. S. 604. (Holländisch.) (Statistisch. Nicht speziell gynäkologisch. Auf 100 Männer die an Karzinom sterben, gehen 1003,8 Frauen an Gebärmutterkrebs zugrunde. Von 1000 Sterbefällen an Karzinom fallen bei Frauen 216 auf Uteruskrebs. — Zahlreiche Tabellen.)

107. Saul, E., Untersuchungen zur Ätiologie und Biologie der Tumoren. Verein. ärztl. Ges. zu Berlin. Sitzg. v. 8. März. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 13. S. 466. (Nicht gynäkologisch. Untersuchungen über die Rolle der Coccidien in der Ätiologie der malignen Neubildungen.)

108. — Untersuchungen zur Ätiologie der Tumoren. Berl. vereinigte ärztl. Ges. Sitzg. v. 6. Dez. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 51. S. 1803. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 52. S. 1400. Deutsche med. Wochenschr. 1917. Nr. 1. S. 29. (Ergebnisse aus der Pflanzen- und Tierpathologie.) — Aussprache: F. Blumenthal hat ausser dem Bacillus tumefaciens zwei neue tumorbildende Bazillen gefunden. Zwischen den Pflanzengeschwülsten und echten Krebsen der Menschen bestehen weitgehende Unterschiede, unter denen hervorzuheben ist, dass bei Menschen nur für die erste Krebszelle eine besondere Ätiologie besteht, während alle anderen Krebszellen sich aus der ersten Zelle entwickeln. Benda ist derselben Meinung.)

109. Scholer, P. Th., Zur Kenntnis des Uteruskarzinoms beim Rind. Zeitschr. f. Krebsforschung. 1915. Bd. 15. Heft 2. (Zwei Fälle von Karzinom des Corpus uteri — teils zylindrozellulär, teils solid — bei der Kuh; Metastasen im ersten Fall in beiden Ovarien,

im zweiten in einem Ovar, in den Nieren, der Leber und deren Lymphdrüsen. Verf. weist darauf hin, dass Uteruskarzinom beim Rind viel seltener ist als beim Menschen.)

110. Späth, E., Geschwulstbildung im hinteren Parametrium, Karzinom vortäuschend. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. v. 19. Dez. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. 1917. Nr. 9. S. 224.

111. Stiles, H. P., Ist Krebs heilbar? Berl. homöopath. Zeitschr. April.

112. Stoeckel, W., Demonstration eines Karzinomrezidivs nach radikaler Entfernung des Uteruskarzinoms, das sich in der Hinterwand des Rektums oberhalb des Sphincter tertius entwickelt hatte. Med. Ges. zu Kiel. Sitzg. v. 26. Febr. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 17. S. 611; Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. S. 918. (Der Tumor hatte das pararektale Gewebe und die Rektalwand in Form eines kleinapfelgrossen Tumors durchwachsen und die Schleimhaut teilweise zerstört. Es handelte sich histologisch ebenso wie bei dem primären Tumor des Uterus um ein alveoläres Karzinom. Die Resektion des Rektums gelang unter gleichzeitiger völliger Ausräumung des kleinen Beckens fast ohne jeden Blutverlust und es liess sich nach Ausschaltung des resezierten Stückes das proximale Ende des Dickdarms durch den am Sphinkter stehen gebliebenen Rektum stumpf bis vor den Anus ziehen und dort einnähen. Glatte Rekonvaleszenz mit ungestörter Sphinkterfunktion. Die Rezidivoperation nach abdominaler Radikaloperation des Uteruskarzinoms sollen durchaus keine schlechten Chancen geben.)

113. — Demonstration zweier Fälle von Uteruskarzinom, das auf das Rektum übergegriffen hatte. Med. Ges. zu Kiel. Sitzg. v. 26. Febr. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 17. S. 611; Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. S. 918. (In beiden Fällen war es notwendig, das gesamte Rektum mit Einschluss des Sphinkters und im Zusammenhang mit den Genitalien zu entfernen. Beide Operationen wurden auf abdominal-vaginalem Wege ausgeführt. Technik. Von beiden Patientinnen, die Verf. vorführt, ist die eine 1 Jahr, die andere 2 Jahre bisher rezidivfrei geblieben. Sie sind beide bei bestem Wohlbefinden, durchaus arbeitsfähig und haben durch ihren Anus praeternaturalis durchaus nicht zu leiden, da sie es gelernt haben, den Stuhlgang so zu regeln, dass er nur einmal am Tage in fester Form erfolgt.)

114. Stone, W. S., Precancerous changes in the uterus. Amer. Gyn. Soc. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 2. S. 322. (Erosionen, Leukoplakia, glanduläre Hyperplasien sind weder karzinomatöse, noch nichtkarzinomatöse Veränderungen, sondern sind Veränderungen in einem Stadium, Karzinom zu werden.)

115. — Precancerous changes in the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 23. Nr. 3. S. 248.

116. Strong, L. W., An epitome in carcinoma of the uterus. Transact. of the Amer. gyn. Soc. 1915. Bd. 40. S. 187.

117. Taylor, H. C., The radical abdominal operation for carcinoma of the uterus. New York Acad. of Med., Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. v. 25. Jan. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 1. S. 144. (Verf. zieht die abdominale radikale Operation allen anderen Verfahren vor.)

118. — The radical operation for carcinoma of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Bd 22. Nr. 1. S. 70.

119. — The radical abdominal operation for carcinoma of the uterus. Med. Rec. Nr. 2371. S. 714.

120. — Frühresultate eines Falles von Cervixkarzinom, behandelt nach dem Glüheisenverfahren von J. Byrne. Sect. of Obst. and Gyn. of the New York Acad. of Med. Sitzg. v. 25. Jan. 1915. Bericht: Med. Rec. 1915. April. S. 712.

121. Thaler, O., Die Krebskrankheit in S. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 15. Heft 3. (Verf. weist am Beispiel des Städtchens S. auf den Zusammenhang von Boden, Haus und Karzinom hin.)

122. Theilhaber, A., Einige Indikationen der Aderlassbehandlung. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 2. S. 39. (Empfehlung des Aderlasses behufs Verhinderung der Rückfälle nach Krebsoperationen. Der Eingriff soll indirekt durch Anregung der Tätigkeit der blutbildenden Organe vorgenommen werden. Etwa zweimal im Jahre werden 400—500 ccm Blut entzogen. Verf. wendet ferner immer noch die Diathermie und Einspritzung bestimmter Organextrakte in der Gegend, in der die durch Operation entfernte Geschwulst sass, an. — Verf. verlangt die Prioritätsrechte dieses Behandlungsverfahrens.)

123. Tsurumi, L'influence de l'alcool éthylique sur le développement des cancers des souris. Ann. de l'Inst. Pasteur. Bd. 30. Heft 7. S. 346. (Subkutane Einspritzungen beeinträchtigten das Wachstum inokulierter Tumoren.)
124. Tuchler, Die innere Behandlung des Krebses. Berl. homöopath. Zeitschr. Febr.
125. Veit, J., Ein Fall von Cervixkarzinom nebst Bemerkungen über Karzinombehandlung. Ver. d. Ärzte in Halle a. S. Sitzg. v. 25. Okt. Bericht: Münch. med. Wochenschrift. 1917. Nr. 9. S. 286. (Vortr. warnt vor Rückkehr zur pessimistischen Auffassung, dass man bei der Behandlung des Karzinoms — weder durch Bestrahlung, weder durch Operation — doch nichts erreiche. Jede Kranke soll so früh als irgend möglich sich zu einem Sachverständigen begeben und der mag entscheiden, ob die Operation oder die Bestrahlung angezeigt ist. Der vorliegende Fall war wegen des Sitzes und des Tiefenumfanges des Karzinoms zur Bestrahlung ungeeignet.)
126. Wassink, W. F., Over wormgezwellen in de maag van de rat. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 13. S. 1108. (Holländisch.) (Nachuntersuchungen der Fibigerschen Befunde an mehr wie 1300 Ratten, teilweise aus Amsterdam, teilweise aus Ost- und West-Indien stammend und Tausende Schaben. Die Fibigerschen Befunden wurden vollauf bestätigt. Vortragender fand auch einen neuen Spiroptera neoplastica Stamm der, aus West-Indien stammend, mehr wie 30 Jahre in Holland einheimisch ist. Auch Mäuse können, nach Beobachtungen des Vortragenden die einzigen und natürlichen Übertrager der Sp. neopl. sein.)
127. Watkins, Th. J., Prophylaxis of uterine cancer. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 22. Heft 4. S. 442.
128. Werner, P., Zur Wertung der kystoskopischen Befunde beim Carcinoma colli uteri. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 5. Heft 3.
129. Wood, F. C., Action of „autolysin" on mouse tumors. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 2. (Das Präparat hatte in den untersuchten Fällen nicht die geringste Wirkung.)

Allgemeine Abhandlungen über das Uteruskarzinom, Vorkommen, Prophylaxe, Bekämpfung desselben usw. sind in diesem Jahre verfasst worden von Bainbridge (6), Brown (26) Clark (30 u. 31), Graham (55), Strong (116) u. a. — **Statistische Arbeiten** wurden u. a. von Barnes (14), Deelman (36), Hillenberg (62), Hoffmann (64) und Sanders (106) geliefert. Mit dem Studium von **Tierkrebsen**, hauptsächlich bei Mäusen, haben sich Endler (40), Fränkel und Fürer (45), Joannovics (68—70), Marsh und Wülker (83), Saul (107), Scholer (109), Tsurumi (123), Wassink (126) u. a. beschäftigt.

Mit der **Ätiologie** des Krebses und der **Disposition** zu dieser Erkrankung befassten sich zahlreiche Autoren; u. a. Bristol (24), Cunningham (34), Ground (57), Kronberger (77), Rockey (103), Saul (107 u. 108) und Watkins (127). — Eckstein (39) hält die Karzinome für eine Allgemeinerkrankung, die erst durch die Lokalisation einer Geschwulst in irgendeinem Organ manifest wird, nachdem eine lange Inkubationszeit vorangegangen ist. Dagegen soll nach Gaylord (52) Karzinom eine Gruppe von Krankheiten sein. Hühnersarkome, durch filtrierbarem Virus erregt, haben gelehrt, dass es Neoplasmen gibt, die durch spezifische Agentien hervorgerufen werden. Krebse verschiedener Organe müssten infolgedessen als individuelle Erkrankungen aufzufassen sein. Marsh und Wülker (83), Saul (108) und Wassink (126) haben diesbezügliche Untersuchungen angestellt über die **Rolle der Coccidien** in der Ätiologie der malignen Neubildungen. Etwas Positives hat jedoch keiner von ihnen gefunden. Nach v. Hansemann (58) kann der Versuch, den Krebs als eine Infektionskrankheit aufzufassen, als missglückt gelten. Das Karzinom lässt sich nicht einheitlich erklären, da es zahlreiche verschiedene ätiologische Momente gibt, welche zum Krebs führen. Es kommen besonders zwei Momente in Betracht; erstens ganz bestimmte Formen äusserer Reize und dann eine dem Körper anhaftende Disposition. Die Einwirkung des Reizes muss eine sehr lange sein. Interessant sind zu letzterem Punkt die Erfahrung Nijhoffs (91) und die Erörterungen Stones (114). Die Frage, ob der **Krieg** die Entstehung oder das Wachstum von Geschwülsten beeinflusst, wird von v. Hansemann (58) verneint. Jaworski (67) konnte ein schnelleres Wachstum von Krebsen der weiblichen Sexualorgane infolge mangelhafter Ernährung feststellen. Der **Einfluss von Boden und Haus** wurde von Hillenberg (62) und Thaler (121) studiert. Ersterer berücksichtigt zugleich auch die **Erblichkeit.** Die berücksichtigten Zahlen sind jedoch nicht derart, dass sich aus ihnen bindende Schlüsse ziehen lassen. Betreffs der **Disposition** für Geschwülste sind mehrere in-

teressante Arbeiten publiziert worden, u. a. von Gaarenstroom (51), Joannovics (68 bis 70), Kaminer und Morgenstern (74). Letztere Autoren stellten die Beziehungen fest zwischen **Karzinom und Thymus** und machten bemerkenswerte Beobachtungen. Auch Joannovics (68) fand, dass die Disposition indirekt abhängig ist von den **Drüsen mit innerer Sekretion.** Dabney (35) macht den Versuch, den gegenseitigen Antagonismus zwischen **Krebs und Tuberkulose** zu erklären.

Ein Uteruskarzinom in besonders **frühem Lebensalter** wurde von Adams (1) bei einem Kinde von $2^1/_2$ Jahren beobachtet.

Über die **Metastasierung** von Uteruskrebsen wurden besondere Beobachtungen publiziert von Fischer (41), der sie in den Lungen, Fleischmann (43), der sie in den Lendenwirbeln und Kohlmann (76), der sie wiederholt in den Ovarien fand. **Multiple Karzinome** sind von Boldt (19) in Uterus und Gallenblase, Graefe (54) in Tube, Ovarien und Corpus uteri und von Harbitz (59) beobachtet worden. Saltykow (104) sah **Karzinom und Sarkom** unabhängig voneinander in demselben Uterus entstehen; Benthin (16) beschreibt ein Carcinoma sarcomatodes der Gebärmutter. Über das Zusammentreffen von **Karzinom und Myom** siehe das Kapitel „Myome".

Oswald (92) liefert einen Beitrag zur **Chemie** des Karzinoms.

Die **Histologie** des Karzinoms wurde von Benthin (16), Molas (87), Ribbert (102), Stone (115) u. a. studiert. Brandt (23) schrieb eine Dissertation über **Hämatometra und Pyometra** im klimakterischen und präklimakterischen Alter.

Über **Blutveränderungen** bei Karzinom sind mehrere Arbeiten veröffentlicht worden. Ando (5) bestimmte die **Erythrozytenresistenz** und fand in dem Verhalten derselben nicht unwichtige Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose zwischen Karzinom und Schwangerschaft. Hüssy und Herzog (65) und Laemmert (78) beschäftigten sich mit der **Serodiagnostik nach Abderhalden.** In seinen Erwägungen über das Wesen des Krebses kommt Eckstein (39) zum Schluss, dass die Abderhaldensche Reaktion einmal gestatten wird, den Status carcinomatosus zu erkennen, ehe eine lokale Geschwulst eintritt und dass damit die Frage der Karzinombekämpfung einen gewaltigen Schritt vorwärts gekommen sein wird. — d'Agata (2) liefert einen Beitrag zum Verständnis der **Meiostagminreaktion** bei malignen Tumoren.

Über die **Frühdiagnose** des Gebärmutterkrebses veröffentlicht McCatliff (86) eine Arbeit. Muret (89) bespricht in einer lesenswerten Publikation ausführlich die Überraschungen, denen man bei der **Probeauskratzung** zwecks Erkennung des Uteruskrebses ausgesetzt ist. Er mahnt nachdringlichst, jedes durch Curettage herausbeförderte Material aufs genaueste von einem Spezialisten histologisch untersuchen zu lassen. Zu demselben Resultat kommt Gelpi (53). Frank (44) berichtet über eine **fast vollständige Entfernung** des malignen Gewebes **durch die Curette.** Joseíson (71) gibt ein Verfahren zum Nachweis von Geschwulstzellen in Exsudaten, Harn und Lymphdrüsen. Heineberg (60) teilt Erfahrungen mit dem **Ureteroskop** mit. Für die Diagnostik nicht unwichtig dürfte der von Balduin (8) beobachtete Fall sein von inoperablem Cervixkarzinom mit **Amenorrhoe.** Späth (110) sah eine Geschwulstbildung im hinteren Parametrium, Karzinom vortäuschend. Werner (128) liefert einen Beitrag zur Wertung der **kystoskopischen Befunde** beim Carcinoma colli uteri. Auch Heimann (Kap. „Strahlenbehandlung der Karzinome", Nr. 21) hat Erfahrung an 40 Fällen mit der Kontrolle der Bestrahlungserfolge durch Kystoskopie.

Versuche zur **experimentellen Therapie** des Krebses wurden u. a. von Fränkel und Fürer (45—50) und Ribbert (102) angestellt.

Die **Indikationen zur Behandlung** kommen in zahlreichen Arbeiten zur Sprache. Wo es sich darum handelt, entweder Strahlentherapie oder chirurgische Behandlung einzuleiten, sind diese im Kap. „Strahlenbehandlung der Karzinome" erwähnt. Hier sei auf die Veröffentlichungen von Hewitt (61), Jacobson (66), Veit (125) und Adler (Kap. „Strahlenbehandlung der Karzinome", Nr. 1) hingewiesen. Balfour (9 u. 10) bespricht die relativen Vorzüge der verschiedenen Operationsmethoden.

Technik und Resultate der **abdominalen Radikaloperation** kommen zur Besprechung in den Publikationen von Berkeley und Bonney (17; 100 Fälle), Jacobson (66; 20 Fälle), Peterson (97; 124 Fälle), Sampson (105; 40 Fälle) und Taylor (117—120). Stoeckel (113) operierte zwei Fälle, in denen die Wucherung auf das Rektum übergegriffen hatte. Mathes (85) macht einen Vorschlag zur Vermeidung der Ureternekrose. Latzko (80) reseziert und implantiert den **Ureter** in der Blase, während Fleischhauer (42) die Ureterknotung als Methode der Ureterversorgung bei nichtausführbarer Ureterimplantation empfiehlt.

Alvarez (4) bespricht die Bedeutung der **vaginalen Hysterektomie.**

Allmann (3) empfiehlt eine Kombination von Operation mit Bestrahlung, jedoch nicht die Uterusexstirpation, sondern die **Ligatur und Durchtrennung der Arteriae iliacae internae** vom Abdomen aus.

In Amerika ist in letzter Zeit die **Hitzebehandlung** sehr in Aufschwung gekommen. Die Meinungen über den Nutzen derselben sind vorläufig arg geteilt. Es gibt Verfahren nach Boldt (19), Percy (96) und Byrne. Näheres darüber findet sich in der Publikationen von Baker (7), Bancroft (12 u. 13), Boldt (19—22), Corscaden (33), Nesselrode (10), Percy (94—96), Peterson (97), Taylor (120) u. a. — Massey (84) behandelt inoperable Karzinome mit **bipolarer Ionisation.** Theilhaber (122) verlangt die Prioritätsrechte für ein kombiniertes Nachbehandlungsverfahren, bestehend aus **Aderlässen,** Diathermie und Einspritzung bestimmter Organextrakte in der Gegend, in der die durch die Operation entfernte Geschwulst sass. Die Dissertation von Rettschlag (101) handelt über die **Wegnahme des karzinomatösen Netzes** bei inoperablem Karzinom der Bauchhöhle.

Peterson (97) sah unter 51 operierten Fällen das am spätesten zurückkehrende **Rezidiv** nach 6 Jahren. de Josselin de Jong (72) fand in seiner Praxis als Patholog-Anatom fünfmal Abschnürung der Ureteren durch ringförmige Karzinomrezidivwucherung. Stokkel (112) beschreibt ein Karzinomrezidiv, das sich in der Hinterwand des Rektums oberhalb des Sphincter tertius entwickelt hatte. Baltar und Martiner (11) beobachteten ein ganglionares retrogrades Rezidiv.

Über die **diätetische und medikamentöse Behandlung** des Krebses hat Bulkley (27) geschrieben. Fränkel und Fürer (45—50) stellte diesbezügliche Tierversuche an. Die **Autolysattherapie** wird von Dumont (38), Fränkel und Fürer (45), Kaminer (73), Klinger (75) und Wood (129) einer näheren Betrachtung unterzogen. Pankow (93) wendete intravenöse **Seleninjektionen** beim Menschen an. Hirschfeld und Meidner (63) besprechen die Wirkung von an unlöslichen Substanzen absorbierten **Thorium-X** auf Tumoren.

Strahlenbehandlung der Karzinome.

(S. a. „Strahlenbehandlung der Myome" und für die Technik das Kap. „Elektrizität usw.")

1. Adler, L., Morphologische Kennzeichen für die Radiumempfindlichkeit der Karzinome des weiblichen Genitales. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. S. 673. (Karzinome niederster und niederer Reife sind prinzipiell von der Strahlenbehandlung auszuschliessen. Solche mit lymphatischer Propagation reagieren wesentlich schlechter auf die Radiumbehandlung als plexiform wachsende. Wenig geeignet für die Radiumbehandlung erscheinen die reich vaskularisierten und bindegewebsarmen Tumoren. — Die Arbeit stützt sich auf die Untersuchungen an einem Materiale von etwa 190 Fällen.)
2. Allmann, J., Zur Behandlung des Gebärmutterkrebses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. S. 129. (Auszug im Kapitel „Karzinome", Nr. 3. Unterbindung und Durchtrennung der Art. iliacae internae mit nachträglicher Bestrahlung.)
3. Ando, N., Klinische Bestimmungen der Erythrozytenresistenz, besonders beim Carcinoma uteri. Diss. München. März 1915. Druck der kgl. Hofbuchdruckerei Kastner u. Callwey. (Auszug siehe im Kapitel „Karzinome", Nr. 5. Verf. hat auch bestrahlte Fälle untersucht.)
4. Arnold, Über Blutveränderungen bei der Tiefenbestrahlung maligner Tumoren. Münch. med. Wochenschr. Nr. 5. S. 149. (Wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert.)
5. Aubert, L., Cancer utérin et radium. Rev. méd. de la Suisse Rom. Bd. 36. Heft 7. S. 401. (Palliativ in inoperablen Fällen und prophylaktisch nach Operationen gute Erfolge.)
6. Boggs, R. H., The local application of radium, supplemented by Roentgentherapy. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 22. Heft 3. S. 358.
7. Bumm, E., Erfahrungen über die Strahlenbehandlung der Genitalkarzinome. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. v. 24. März. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. S. 730. Als Original erschienen im Arch. f. Gyn. Bd. 106. Heft 1. S. 84. (Seit Sommer 1913 wurde das Operieren des Karzinoms ganz aufgegeben. Seit zwei Jahren ist man zum Radium zurückgekehrt, da die Röntgenstrahlen nicht verwendet werden konnten infolge des Mangels an Mechanikern. Mit Radium und Mesothorium, zwischen denen

Vortr. keinen Unterschied macht, sind nahezu 400 Fälle behandelt worden, darunter 282 Karzinome des Kollum, 5 des Korpus und 74 Rezidive. Davon sind 138 als geheilt anzusehen. Von den operablen Fällen von Ca. colli sind durchschnittlich 50% geheilt. Weiche Krebse lassen sich leichter beeinflussen wie harte. Besonders günstig sind auch die Sarkome. Verbrennungen werden entweder durch zu hohe oder zu langdauernde Bestrahlung bewirkt. Auf dieses Thema geht Verf. näher ein. Die Tiefenwirkung ist massgebend für die Dauerheilung. Dosierung: mittlere Dosen von 100 mg. 24 Stunden lang, nach 3 Wochen eine Wiederholung usf. Zahlreiche Tabellen und Krankengeschichten.)

8. Case, J. T., The Roentgen treatment of uterine carcinoma. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 22. Heft 4. S. 429.
9. Cole, L. G., Technic and experimental application of hard rays for deep Roentgen therapy. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. 1915. Bd. 40. S. 215. (Wird im Kapitel „Elektrizität usw." referiert.)
10. Döderlein, A., Der gegenwärtige Stand der Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Ärztl. Verein in Münenen. Sitzg. v. 7. Juni. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. S. 847. Münch. med. Wochenschr. Nr. 50. S. 1767. (Allgemeine Übersicht und spezieller Bericht über die Erfolge der Uteruskarzinombestrahlungen. Von 518 Cervix- und Portiokarzinomen, die der Klinik zugegangen sind, wurden 205 bestrahlt. Davon leben nach frühestens 2 Jahren noch 41 = 20%. Von der abdominalen Totalexstirpation kann man sagen, dass sie etwa 20%, von der vaginalen Totalexstirpation, dass sie 9—10% der Fälle heilt. Selbst wenn die Resultate die gleichen wären, so sind die Bestrahlungen doch weniger eingreifend und deswegen vorzuziehen. Vortr. behandelt jetzt mit 500 g Radium und Mesothorium.)
11. Engelhorn, E., Strahlenbehandlung von Myomen und Karzinomen. Naturwissenschaftl.-med. Ges. in Jena. Sekt. f. Heilk. Sitzg. v. 14. Dez. Bericht: Deutsche Wochenschr. 1917. Nr. 7. S. 22.. (Bei Myomen wird abdominal und vaginal bestrahlt. Resultate durchweg sehr befriedigend. Beginnende Karzinome werden operiert: 21 Fälle ohne Todesfall. Bei vorgeschrittenen Fällen wird nach vorhergegangener Exkochleation und Kauterisation mit Mesothorium bestrahlt: 100—150 mg. 24 Stunden lang in Pausen von 2—4 Wochen. Die Resultate sind sehr verschieden. Fälle von auffallender Besserung stehen solchen mit rasch einsetzender Verschlechterung gegenüber.)
12. Findley, P., Radium treatment of cancer of the cervix. Amer. Journ. of Surg. Heft 4. S. 337.
13. Flatau, S., Operationslose Behandlung des Uteruskrebses. Ärztl. Ver. in Nürnberg. Sitzg. v. 3. Febr. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 11. S. 295. Münch. med. Wochenschr. Nr. 35. S. 1268. (Von Dezember 1913 bis November 1915 wurden im ganzen 49 Fälle der äusseren weiblichen Genitalien bestrahlt, und zwar wurden sämtliche Karzinome der Strahlentherapie unterworfen, mit Ausnahme der Karzinome des Corpus uteri, die operiert wurden, da bei diesen durch die Operation sehr gute Resultate zu erzielen sind. Von den 49 Fällen waren vollständig inoperabel 15, von diesen sind 8 gestorben, 5 geheilt und 2 gebessert. Ferner 8 Fälle, die vielleicht operabel waren, davon sind 3 gestorben, 3 geheilt und 2 gebessert. Schliesslich 22 beginnende, gut operable Tumoren, von denen 6 gestorben und 16 geheilt. „Geheilt" heisst, dass kein pathologischer Befund mehr nachzuweisen war. Bei 4 Rezidiven, die ebenfalls bestrahlt wurden, waren die Resultate schlecht, sie zeigten keine Tendenz zur Besserung, alle 4 sind gestorben. Die Technik hat sich im Laufe der Zeit so herausgebildet, dass zuerst drei Radiumsitzungen gegeben werden, wobei das Radium möglichst an den Krankheitsherd herangebracht werden muss, ev. nach Amputation der Cervix. Danach folgt eine intensive Röntgenbestrahlung mit harten Röhren. — Aussprache: Rosenfeld, der bei gleicher Technik nur ganz schlechte Resultate aufzuweisen hat.)
15. — Vorläufige Ergebnisse der Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses. Strahlentherapie. Bd. 7. Heft 1. S. 289.
16. Frank, M., Entwicklung und Indikationen der gynäkologischen Tiefentherapie. Altonaer ärztl. Verein. Sitzg. v. 29. März. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 20. S. 719. (Myome: Operative Röntgenkastration. Vorbedingung ist exakte Diagnose, besonders Ovarialtumoren gegenüber. In zweifelhaften Fällen lieber operieren. Röntgenbehandlung kontraindiziert bei submukösen, in Anschoppung begriffenen Myomen, bei Degeneration (Sarkom, Karzinom, Nekrose), ferner bei grossen, durch ihre Lage

zu Kompressionserscheinungen führenden Myomen. Bisweilen geben soziale Momente Kontraindikationen. — Karzinome: Grosse Strahlenmengen und besonders harte Strahlen. Wirksame Unterstützung der Röntgentherapie durch die Strahlung der radioaktiven Substanzen. Vortr. hat als Filter meist 1,5 mm dicke Messingröhrchen benutzt und die Sekundärstrahlen durch metallfreien Gummiüberzug ausgeschaltet. Hie und da wurden, um einen Teil der Bestrahlung auszunutzen, 1 mm Silberfilter verwandt. Die mikroskopisch sichtbare Wirkung der radioaktiven Strahlen unterscheidet sich nur graduell von der der Röntgenstrahlenwirkung auf Kern und Protoplasma der Zellen und Gefässe. — Technik. Pausen von 4—6 Wochen zwischen je zwei Bestrahlungsserien, in der Arsenmedikation. Die Strahlenbehandlung kann durch Cholininjektionen oder Seleninjektionen (intravenös) unterstützt werden. — Eigene Erfahrungen an 14 Uteruskarzinomen. Davon waren zwei operabel; Operation nicht ausgeführt wegen Struma und Myokarditis resp. hohen Alters. Beide Fälle vorläufig klinisch geheilt; der eine seit Juli 1914, der andere seit März 1915 in Behandlung. Alle anderen 12 Fälle waren auch bei weitgehendster Indikationsstellung inoperabel. Davon 2 vorläufig klinisch geheilt, der eine von Januar bis August 1914 behandelt, der zweite Juli 1915. Ein 5. Fall, klinisch geheilt, erlag einer progredienten Lungentuberkulose. Ein 6. Fall, zunächst inoperabel, wird durch Mesothoriumbestrahlung operabel. Am Präparat — erweiterte abdominale Totalexstirpation — histologisch kein Karzinom mehr gefunden. Pat. bisher fast 2 Jahre rezidivfrei. Es bildete sich 6 Wochen nach der Entlassung eine kleine Rektum-Scheidenfistel (Mesothorium und operative Wirkung). Von den übrigen 8 Fällen sind 2 noch in Behandlung und entschieden in Besserung. Die übrigen 6 sind ad exitum gekommen. Mit Ausnahme eines Falles, der ungünstig reagierte, trat stets eine anfängliche in die Augen springende Besserung ein. — Rezidivbestrahlungen ergaben bei Uteruskarzinom keine günstigen Resultate.)

17. Fränkel, S. und E. Fürer, Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 26. S. 821. (7. Mitteilung: Über die angebliche Immunität röntgenbestrahlter Tiere. Auszug siehe im Kapitel „Karzinome", Nr. 50.)

18. Friedrich, W. und B. Krönig, Die Strahlenbehandlung des Brustkrebses in einer einmaligen Sitzung. Festlegung der Karzinomdosis. Münch. med. Wochenschr. Nr. 41. S. 1445. (Siehe Auszug im Kapitel „Elektrizität usw.")

19. Ginachero, G., Impresiones clinicas acerca del tratamiento del cancer uterino por el radio. Rev. espan. de Obst. y Gin. Heft 5. S. 193.

20. Hamm, A., Radiotherapeutische Erfolge und Misserfolge beim Uteruskarzinom. Unterelsässischer Ärzteverein in Strassburg. Sitzg. v. 8. Juli. Bericht: Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. S. 1619.

21. Heimann, F., Kystoskopie und Bestrahlungserfolge beim inoperablen Uteruskarzinom. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. v. 11. Febr. Bericht: Med. Klin. Nr. 11. S. 300. 12. März. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 306. (Vortr. ist auf Grund seiner Studien zu der Ansicht gelangt, dass eine dauernd fortgesetzte, kystoskopische Untersuchung der inoperablen Uteruskarzinome sicher eine Kontrolle über den Einfluss der Bestrahlung darstellt. Erfahrung an 40 Fällen.)

22. — Erfahrungen mit der Strahlentiefentherapie in der Gynäkologie, besonders beim Karzinom. Strahlentherapie. Bd. 7. Heft 2. S. 581.

23. — Rückblicke und Ausblicke der Strahlentiefentherapie bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. v. 2. Juni. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. S. 1025. (Auszug im Kapitel „Strahlenbehandlung der Myome", Nr. 21. Beim Karzinom vaginale Anwendung der Röntgenstrahlen in Kombination mit Mesothoriumbestrahlung. Individuelle Dosierung. Radikale Heilung nur durch Operation.)

24. — Die Bewertung des Blutbildes nach Bestrahlung beim Uteruskarzinom. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49. S. 1527. (Untersuchungen ergaben nichts Konstantes, glaubt ihnen aber nicht allzuviel Wert beilegen zu müssen. Besonders bei Uteruskarzinom kommen soviele das Blut beeinflussende Faktoren, Anämien, Entzündungen, Resorption zerfallender Massen, Jauchung usw. in Betracht, dass den Strahlen eine dauernde Rolle für die Blutbildveränderungen nicht zugesprochen werden kann. Im „Röntgenkater" sieht Heimann eine Intoxikation durch Resorption von Karzinomzerfallsmassen. Für die Blutveränderungen bei Bestrahlung des normalen Organismus

und des nicht Karzinomkranken sieht Heimann die Untersuchungen Heineckes, Kramers u. a. als abschliessend an.)

24a. Heyman, J., Über die Erfolge von der Behandlung mit Radium bei Gebärmutterkrebs in dem Radiuminstitut zu Stockholm während des Jahres 1914. Allm. Sv. Läkart. Heft 5. (Unter 14 bestrahlten Rezidivfällen nach Operation blieben 5 von der Behandlung unbeeinflusst; 2 wurden anfangs besser, dann wieder schlimmer; 3 immer noch gebessert; 4 sind klinisch geheilt (Beobachtungszeit 2—11 Monate). Der Erfolg der Behandlung von 9 nichtoperierten Fällen war unerheblich in 2 Fällen, vorübergehend in 10 Fällen, fortschreitend in 11 Fällen, klinische Heilung in 6 Fällen. Beide Gruppen zeigen den günstigen Einfluss grosser Dosen in kurzem Zeitraum verabreicht. — Technik.)

25. Hirsch, E., Über radiotherapeutische Fragen und Forderungen in der Gynäkologie. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. v. 10. Okt., 7. u. 21. Nov. Als Original erschienen i. d. Deutsch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 17. S. 522. (Neben den früher betonten Grundsätzen spricht Verf. besonders auch der Röntgenbehandlung vor der Operation das Wort. Für den Erfolg der Röntgenbestrahlung ist weniger die individuelle Histologie und Sensibilität des Tumors von Bedeutung, sondern mindestens gleichbedeutend die biologische Verfassung des Gesamtorganismus. Die technischen Verbesserungen sind nicht so sehr auf die Erfindung stets neuer Filter zu richten, sondern auf die Gewinnung möglichst harter, homogener Strahlen. — Aussprache (Bericht i. Zentralbl. f. Gyn. 1917, Nr. 3. S. 84 u. Nr. 5. S. 159.)

26. Hirsch, H., Die Röntgenbestrahlung nach chirurgischen Eingriffen und ihre Technik. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. S. 784. (Nicht speziell gynäkologisch.)

27. Hüssy, P., Theorie und Praxis der Strahlentherapie in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Bd. 10. Heft 3/4. (Überblick — Technik — Radium in kleinen Dosen von 50—100 mg. Operative Behandlung der operablen Karzinome mit prophylaktischer Nachbestrahlung. Siehe auch Auszug im Kapitel „Strahlenbehandlung der Myome" Nr. 23.)

28. — und Herzog, Die Abwehrfermente nach Karzinombestrahlung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. S. 886. (Verff. kommen auf Grund ihrer Erfahrungen an 22 Fällen zu folgendem Ergebnis: 1. Die Abderhaldenreaktion hat bei bestrahlten Karzinomfällen fast immer mit dem klinischen Verlaufe übereingestimmt. 2. Eine Kontrolle des Bestrahlungserfolges ist dadurch in gewissem Sinne möglich, ebenso eine vorsichtige Prognosenstellung. Doch sind Fehlresultate denkbar und werden ab und zu vorkommen. 3. Fast alle klinisch geheilten Fälle haben einen negativen Reaktionsausschlag gegeben, die anderen einen positiven. 4. Bei bestrahlten Patientinnen findet vielleicht eine Verzögerung in der Bildung der Abwehrfermente statt. Sie fehlen aber nicht andauernd, sondern sind sicher einige Zeit nach der Bestrahlung nachzuweisen. 5. Bei vorgeschrittenen Fällen kann die Reaktion negativ ausfallen. Auf jeden Fall ist mit dem Serum von diesen Kranken aber der Ausschlag meist ausserordentlich schwach und undeutlich.)

29. Kelly, H. A. und G. F. Burnam, Radium treatment of three hundred and forty-seven cases of cancer of the uterus and vagina. Amer. Gyn. Soc. Bericht: Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Heft 25. S. 2033. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 2. S. 326. (In Frühfällen zuerst Operation. In inoperablen Fällen oft Heilung der nach Operation zurückgebliebenen Reste und Metastasen. Über 20% der 327 behandelten Fälle sind vollständig gesund geworden; bei den übrigen meist Besserung der lokalen und allgemeinen Erscheinungen.)

30. Klein, G., Methodik und mehrjährige Ergebnisse der kombinierten Aktinotherapie bei Karzinom des Uterus und der Mamma. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 24. Febr. Als Original erschienen in der Deutschen med. Wochenschr. Nr. 27. S. 819. (Nach ein- bis mehrjähriger Beobachtung waren von 25 operierten Uteruskarzinomen 12 = 48% rezidivfrei, davon 7 sekundär rezidivfrei. Von 59 inoperablen Uteruskarzinomen waren 11 = 18,7% ohne nachweisbares Karzinom und zwar 2—2½ Jahre seit Beginn der Behandlung. Verf. kombiniert die Mesothorium- oder Radiumbestrahlung mit der Röntgenbestrahlung und die intravenöse Verabreichung chemischer Mittel — Radium-Barium-Selenat Merck. — Todesfälle kamen nicht vor, Fisteln in zwei Fällen; Verbrennungen lassen sich noch nicht ganz vermeiden. Besonders beim inoperablen Karzinom wurden gute klinische Erfolge erzielt. Selbst nach dem Auftreten von ein- bis mehrmaligen Rezidiven nach der operativen Entfernung des

karzinomatösen Uterus wurde durch kombinierte Aktinotherapie in mehreren Fällen eine mehrjährige Heilung erzielt: sekundäre Rezidivfreiheit. Die kombinierte Aktinotherapie hat sich auch nach mehrjähriger Beobachtung der ausschliesslich operativen Behandlung als weitaus überlegen gezeigt.)

31. Klein, G., Über kombinierte Aktinotherapie. Ärztl. Ver. zu München. Sitzg. v. 21. Juni. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. S. 931. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 1. S. 20. Als Original erschienen i. d. Münch. med. Wochenschr. Nr. 52. S. 1821, siehe Auszug Nr. 32. (Aussprache: Theilhaber, Christen, Hecht, Sielmann. Nach Ersterem ist die vor 3 Jahren aufgestellte Behauptung, die Abesothoriumbehandlung erfülle die Ehrlichsche Forderung einer Therapie magna sterilisans, nicht richtig. Sielmanns Erfahrungen der letzten zwei Jahren an weiteren 150 abgeschlossenen Fällen haben die früheren voll und ganz bestätigt. Operable Uteruskarzinome wurden primär niemals röntgenisiert. Weniger günstig liegen die Resultate bei wegen Residin bestrahlten Fällen. Inoperable Patienten wurden objektiv und subjektiv gebessert, aber niemals geheilt.)

32. — Über gynäkologische Aktinotherapie. Münch. med. Wochenschr. Nr. 52. S. 1821. (Rückblick auf die Entwicklung der gynäkologischen Strahlenbehandlung in den letzten 12 Jahren. Ergebnisse der Aktinotherapie des Verfassers bei Karzinomen des Uterus und der Mamma seit Mai 1911. Es wurden 32 operierte Uterus- und 22 operierte Mammakarzinome prophylaktisch nachbestrahlt, 92 inoperable Uterus-Hals-Karzinome und 10 inoperable Uterus-Korpus-Karzinome bestrahlt. Resultate sehr zufriedenstellend.)

32a. Krönig, B., Grenzverschiebungen zwischen operativer und nicht operativer Therapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43, Heft 4. S. 289. (Auszug siehe im Kapitel „Karzinome“, Nr. 76a.)

33. Kuyjer, J. H., Histologische veranderingen in kankers onder invloed van stralende energie. Genootsch. t. bev. v. natuur-, genees- en heelk. te Amsterdam. Sitzg. v. 15. März. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1917. 1. Hälfte. Nr. 7. S. 502. (Holländisch.) (Die Veränderungen sind dieselben nach Röntgen- wie nach Radiumbestrahlung. Vortr. gibt die allgemeinen Regeln an, nach denen die strahlenden Substanzen auf die Gewebe einwirken. Vorläufig kann nur noch die Erfahrung lehren, in welcher Weise jeder einzelne Fall bestrahlt werden soll und wann die Behandlung zu Wiederholen ist.)

34. Lindemann, W., Siederohr und Tiefentherapie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. S. 497. Es ist in der Hallenser Klinik bisher nicht gelungen, ein Karzinom nur durch Röntgenbestrahlung zu heilen. Dagegen weisen Rezidive bei der Bestrahlung eine günstige Prognose auf und benigne Erkrankungen des Genitales, wie Myome etc., ergaben gute Resultate. — Technik.)

35. Linnert, G., Erfahrungen mit der kombinierten Strahlenbehandlung des Karzinoms. Verein d. Ärzte in Halle a. S. Sitzg. v. 29. Nov. Als Original erschienen i. d. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 10. S. 308. (Empfehlung der mit intravenösen Enzytoleinspritzungen kombinierten Röntgenbehandlung, besonders für ausgedehnte Karzinome, Rezidive und Metastasenbildungen. Erfahrung von etwa 50 Fällen, von denen 10 durchaus günstig beeinflusst werden. Ausführliche Mitteilung der Technik. Operable Fälle wurden immer zuerst operiert.)

36. Miller, C. J., Radium in the treatment of carcinoma of the cervix uteri. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 22. Heft 4. S. 437.

37. Moriarta, D. C., Radium: seine Wirkung und weitere Erforschung. Med. Rec. Bd. 89. Nr. 10. S. 410. (Gedrängte, für den praktischen Arzt bestimmte Übersicht über Wesen und Wirkung, Anwendungsmöglichkeiten der Radiumstrahlen. Nichts Neues.)

38. — Radium as a palliativum. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Sitzg. v. 25.—27. Sept. Bericht: Med. Rec. Bd. 89. S. 831. Nr. 20.

39. Nagelschmidt, F., Eine Bestrahlungsmethode mittels Thorium X. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7. S. 191. (Verfasser verwendet das Thorium X (Doramad.) in einer Lösung in Propylalkohol, welche auf die Haut gepinselt wird.)

40. Ordway, Th., Occupational injuries due to radium. Report of cases. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 1. S. 1. (Bericht, mit Abbildungen, über Schädigung der Finger in Form von Abflachung der normalen Gruben, Verdickung, Häutung der Oberfläche, Atrophie und hartnäckige Geschwüre.)

42. Pla, Candela, Concepto teorico-clinico del radium. Rev. espan. de Obst. y Gin. Heft 6—8.
43. Ramsauer, 42 Fälle von inoperablem Genitalkarzinom, mit Radium oder Mesothorium behandelt. Med. Ges. zu Göttingen. Sitzg. v. 17. Febr. Bericht: Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 14. S. 380.
44. Ransohoff, J. and J. L. Ransohoff, Radium treatment of uterine cancers. Ann. of Surg. Bd. 64. Heft 3. S. 298. (Es wurden drei operable Fälle bestrahlt, die alle drei heilten.)
45. Recasens, S., Nuestra experiencia personal en el tratamiento del cancer del utero por medio del radio y mesotorio. La Mujer y el Ninno 1914. Heft 7. (Technik. Gute Erfahrungen an 19 Fällen. Abbildungen mikroskopischer Präparate der Tumoren vor und nach der Bestrahlung.)
46. Schäfer, P., Ergebnisse der Bestrahlungstherapie weiblicher Genitalkarzinome. 1912 bis 1915. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1. S. 1. (Auszug aus der von Bumm und Verf. im Arch. f. Gyn. Bd. 106. Heft 1. S. 84 erschienenen Arbeit. Siehe Referat Nr. 7.)
47. Schmitz, H., Therapeutic value of radium in pelvic cancers. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 23. Heft 2. S. 191.
48. — An additional contribution to the therapeutic value of radium in pelvic cancer. Surg. Gyn. and Obst. Bd. 23. Heft 6.
49. — The action of gamma-rays of radium on deep-seated inoperable cancers of the pelvis. Med. Rec. Bd. 89. Heft 3. S. 100. (Bei inoperablen und rezidivierenden Beckenkrebsen ist Radium in Verbindung mit Röntgenbestrahlung aller anderen Therapie überlegen, soweit ein Rückblick über 2 Jahre diesen Schluss zulässt. Die Gamma-Strahlen werden als spezifisch für Krebszellen betrachtet. Die Operationserfolge werden durch die Kombination mit Bestrahlung bei operablen Krebsen sehr verbessert.)
50. Schweitzer, B., Veränderungen am Blute nach Mesothoriumbestrahlungen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 10. S. 341. (Sorgfältige Untersuchung des Blutbildes bei 20 mit Mesothorium behandelten Fällen von Gebärmutterkrebs. Auf den roten Blutkörperchen und den Hämoglobingehalt hat die Bestrahlung keinen deutlichen Einfluss, jedoch tritt nachher eine kurzdauernde Leukozytose ein, die nach 24 Stunden in eine Verminderung der Zahl der weissen Blutkörper übergeht. Letztere bleibt noch 3—4 Wochen deutlich bemerkbar und ist erst nach 8 Wochen ganz verschwunden. Bei folgender Bestrahlung tritt dieselbe Reaktion in geringerem Masse ein. Die Leukozytose wird durch neutrophile Leukozyten hervorgerufen, während die Lymphozyten in Zahl abnehmen. Bei der nachfolgenden Leukopenie findet das Umgekehrte statt, nehmen die Leukozyten in Zahl ab und tritt relative Lymphozytose ein. Verf. gibt ausführlich seine Auffassungen über die Ursache dieser Blutveränderungen wieder.)
51. — Verbreitung von Mesothoriumenergie im Körper der therapeutisch Bestrahlten, nachgewiesen durch Photoaktivität. Münch. med. Wochenschr. Nr. 16. S. 560. (Wird im Kap. „Elektrizität usw." referiert.)
52. Sommer, E., Technik und Indikation der Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Bd. 46. Nr. 2. S. 33. (Fortbildungsvortrag.)
54. Steiger, M., Neueste Probleme der Krebsbehandlung mittels Röntgenstrahlen. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Heft 50. S. 1665. (Technisches über Röhren und Filter. An Stelle des bisher gebräuchlichen Aluminiumfilters von 3—4 mm Dicke besitzen die Schwermetallfilter (Zink von 0,5 mm) nennenswerte Vorteile. Siehe übrigens Auszug dieser Arbeit im Kapitel „Elektrizität usw.")
55. Theilhaber, A., Über einige Ursachen der Misserfolge bei der Strahlenbehandlung der Karzinome. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. S. 1027. (Der wichtigste Faktor bei der Entstehung der Karzinome ist die Verringerung der Zahl der Lymphozyten und Bindegewebszellen, der natürlichen Abwehrmittel gegen das vordringende Epithel. Die vollständige Beseitigung eines Karzinoms bedeutet meist noch nicht seine Radikalheilung. Für letztere ist auch eine Vermehrung der spärlichen Lymphozyten und Bindegewebszellen notwendig. Mittlere Dosen von Röntgen- oder Radiumstrahlen können ausser durch Zerstörung von Karzinomgewebe auch durch die Vermehrung der natürlichen Abwehrmittel gegen das Karzinom günstig wirken. Sehr grosse Dosen von Strahlen bewirken zwar eine noch ausgedehntere Zerstörung der Epithelwucherungen, aber dieser Vorteil wird häufig überkompensiert durch Schädigung der Lympho-

zyten und Bindegewebszellen, durch Anämisierung und Atrophisierung der kranken Teile und ihrer Umgebung. Daher der Umstand, dass häufig einige Monate nach Beginn der Strahlenbehandlung die Karzinome raschere Fortschritte machen als ohne Behandlung.)

56. Treber, H., Mehrjährige Ergebnisse der Aktinotherapie bei Karzinom des Uterus und der Mamma. Gyn. Ges. in München. Sitzg. v. 24. Febr. Als Original i. d. Münch. med. Wochenschr. Nr. 28. S. 999. (Befunde an den 100 bestrahlten Patienten, über deren primäres Bestrahlungsergebnis Ende Dezember 1914 berichtet wurde: siehe diesen Jahresbericht Bd. 29, dieses Kapitel Nr. 106. Von den 25 operierten und nachher prophylaktisch bestrahlten Uteruskarzinomen sind 12 = 48% rezidivfrei geblieben, davon 7 sekundär; 10 sind gestorben und 3 haben Rezidive. Von den 59 bestrahlten inoperablen Uteruskarzinomen sind 11 = 18,7% jetzt ohne nachweisbares Karzinom, 35 = 59,3% sind gestorben und 13 = 22% haben noch nachweisbares Karzinom. Bei den übrigen 16 Fällen handelt es sich um Brustkrebse. — Technik der Bestrahlung — Röntgenstrahlen und Mesothorium, teilweise sogar in gleichzeitiger Anwendung als „gemischtes Kreuzfeuer" mit intravenöser Injektion von Radium-Baryum-Selenat Merck nach Klein. — Beschreibung des Instrumentariums.)

57. Turner, D., Report on the radium treatment at the Goyal Infirmary Edinburgh during the year 1915. Edinburgh Med. Journ. Bd. 16. Heft 3. S. 204.

58. Walthard, M., Strahlenbehandlung bösartiger Geschwülste. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzg. v. 20. Nov. Bericht: Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 8. S. 254; Med. Klin. 1917. Nr. 2. S. 54. (Demonstration von Patientinnen die in den Jahren 1913 bis 15 bestrahlt wurdsn, bei denen klinisch heute kein Karzinom mehr nachgewiesen werden kann. Gestützt auf die heutigen Ergebnisse kommt Verfasser zum Schluss, dass die Bestrahlung der operablen Karzinome des Collum uteri berechtigt ist. Die Dauerheilungen müssen dereinst die Überlegenheit der einen oder der anderen Behandlungsart klarstellen. — Aussprache: Brodnitz und Kutz sind weniger optimistisch gestimmt. Sippel kann auf eingehend erwähnten theoretischen und klinischen Gründen die Berechtigung der Forderung, jedes Uteruskarzinom der ausschliesslichen Strahlenbehandlung zu unterwerfen, nicht anerkennen. Er, wie seine Vorredner, will operable Karzinome zuerst operieren und sofort daran anschliessend prophylaktisch und ergänzend bestrahlen.)

59. Warnekros, K., Über den Wert der prophylaktischen Bestrahlungen nach Karzinomoperationen der Gebärmutter. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 4. S. 332. (Durch diese Behandlung wurde die Zahl der Rezidive bei primär geheilten operierten Karzinomen von 55,4 auf 18,5% herabgesetzt. Dieses Resultat verlangt, dass der Arzt bei allen operierten Fällen mit Energie auf die konsequente Durchführung dieser Nachbehandlung dringt.)

60. Werner, P., Zur Strahlenbehandlung des Gebärmutterkrebses. Arch. f. Gyn. Bd. 106. Heft 1. S. 58. (Verf. konnte sich an einem sehr grossen Material — 102 Fälle — davon überzeugen, dass das Radium imstande ist, Krebsgewebe weitgehendst zu beeinflussen. Da die Wirksamkeit des Radiums aber eine hauptsächlich auf die Oberfläche gerichtete ist, da sie in der Tiefe unzuverlässig ist und daher die erzielte Heilung fast ausnahmslos keine dauernde sein kann, da ferner der Radiumbehandlung noch immer grosse Gefahren anhaften, die hauptsächlich in den Spätschädigungen und in der Reizung liegen, muss man an dem alten Standpunkt festhalten, operable Karzinome auch wirklich zu operieren. Für inoperable Fälle leistet die Strahlenbehandlung unschätzbare Dienste; Beseitigung aller Symptome auf lange Zeit hin, Hebung des Allgemeinbefindens und auch Verlängerung des Lebens kann in den meisten Fällen besser und sicherer erzielt werden als mit allen anderen palliativen Massnahmen. — Mehrere Krankengeschichten, u. a. die der geheilten Patientinnen, werden ausführlich mitgeteilt.)

61. Wilms, M., Röntgenstrahlen bei Entzündung und Karzinom. Naturhist.-med. Verein zu Heidelberg. Sitzg. v. 30. Mai. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. S. 763. (Bekannt sind Relationen zwischen Karzinom und Entzündung: Zungenkrebsätiologie, Heilung von Kankroid im Anschluss an ein darüber hinwegziehendes Erysipel. Sicher werden die Karzinomzellen durch Röntgenstrahlen angegriffen, wichtig aber ist auch unter allen Umständen der Einfluss der Röntgenstrahlen auf die begleitende Entzündung. Vielleicht ist z. B. die günstige Beeinflussung der Cervixkarzinome gerade auf die diese häufig begleitende Entzündung zurückzuführen.)

Allgemeine Abhandlungen über Radium und Röntgenbehandlung des Uteruskrebses, eventuell kombiniert, sind verfasst worden von Boggs (6), Case (8), Findley (12), Ginachero (19), Hüssy (27), Moriasta (37), Candela Pla (42), Schmitz (47), Sommer (52) u. a.

Die **histologischen Veränderungen,** die als Folge der Bestrahlungsbehandlung im Tumorgewebe eintreten, werden u. a. von Adler (1), Kuyjer (33), Recasens (45) und Wilms (61) besonders studiert. Pentimalli (41) studierte diese Veränderungen an Mäusekrebsen.

Den **Blutveränderungen** infolge der Bestrahlung wurde von Ando (3), Arnold (4), Heimann (24) und Schweitzer (50) besonders Achtung geschenkt. Hüssy und Herzog (28) fanden die Abderhaldensche Reaktion bei bestrahlten Karzinomfällen fast immer mit dem klinischen Verlauf übereinstimmend; es soll dadurch im gewissen Sinne eine Kontrolle des Bestrahlungserfolges möglich sein und ebenso eine vorsichtige Prognosenstellung. Heimann (21) hat ferner die Bestrahlungserfolge mittels **Kystoskopie** festzustellen versucht und ist über die Resultate zufrieden.

Die **Indikationen** zur Strahlenbehandlung des Uteruskrebses werden in zahlreichen Arbeiten zusammengestellt. Hervorgehoben sei die Publikation von Adler (1), der sich mit den morphologischen Kennzeichen für die Radiumempfindlichkeit befasst und die von Hirsch (26). Auch **operable Fälle** werden der Strahlenbehandlung unterzogen u. a. von Bumm (7), der seit Sommer 1913 das Operieren des Karzinoms aufgegeben hat, Flatau (13), Ransohoff (44), Walthard (58) u. a. Hirsch (25) redet auch besonders der Bestrahlung **vor der Operation** das Wort; Aubert (5), Moriasta (38), Warnekros (59), Werner (60) und viele andere empfehlen die Bestrahlungsbehandlung besonders als **Palliativum** bei inoperablen Krebsen. Allmann (2) unterbindet und durchtrennt die Arteriae iliacae internae und bestrahlt dann. Er meint, dass keine der bisherigen Methoden solche gute Resultate zu verzeichnen habe.

Erfahrungen werden von zahlreichen Autoren über grosse Serien von Fällen mitgeteilt, u. a. von Aubert (5), Bumm (7), Doederlein (10), Engelhorn (11), Flatau (13). Frank (16), Hamm (20), Heimann (22), Heymann (24a), Kelly und Burnam (29), Klein (30), Lindemann (34), Linnert (35), Ramsauer (43), Ransohoff (44), Recasens (95), Schaefer (46), Schmitz (47), Treber (56), Turner (57), Walthard (58), Werner (60).

Über **Schädigungen und Gefahren,** denen die Patientinnen ausgesetzt sind, ist in den Publikationen von Bumm (7), Frank (16), Klein (30), Ordway (40) u. a. etwas Näheres zu finden.

Nagelschmidt (39) gibt eine Bestrahlungsmethode mittels **Thorium** X an. Hirschfeld und Meidner (Kap. „Karzinome", Nr. 63) spritzen diese Substanz, an unlösliche Substanzen absorbiert, ein.

Karzinom und Schwangerschaft.

1. Küstner, O., Demonstration eines wegen Kollumkrebs im 4. Monat graviden exstirpierten Uterus. Med. Sekt. d. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur zu Breslau. Sitzg. v. 24. Nov. Bericht: Berl. klin. Wochenschr. 1917. Nr. 12. S. 294. (Durch frühe Operation, ohne Rücksicht auf das Leben des Kindes, wird beabsichtigt, das Karzinom unter den denkbar günstigsten Aussichten zu operieren. Dennoch treten sehr häufig Rezidive ein; die Jugend der Kranken und die unselige Komplikation mit Schwangerschaft sind es, was die Aussichten wesentlich verschlechtert. Andererseits aber darf auch nicht verkannt werden, dass die Kinder von Müttern, welche bald nach deren Geburt dem Krebsleiden erliegen, schlechte Lebensaussichten haben. Ob die Strahlenbehandlung die Möglichkeit eines Kompromisses zwischen beiden Standpunkten eröffnet, erscheint fraglich. Der demonstrierte Uterus zeigt, dass die Karzinomwucherung bereits soweit in die Tiefe ging, dass die tiefsten Schichten von Mesothorium nicht beeinflusst worden waren.)
2. Zimmermann, V. L., Pregnancy complicated by cancer of the cervix. Brooklyn Gyn. Soc. Sitzg. v. 7. April. Als Original erschienen i. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 2. S. 251. (Übersicht über Vorkommen und Behandlung. Zwei eigene Fälle. Im ersteren wurde nach dem spontanen Abort im 4. Monat die Panhysterektomie gemacht; innerhalb eines Jahres erlag die Pat. einem

Rezidiv. Bei der zweiten Frau trat bei eingetretener Geburt keine genügende Erweiterung der Cervix ein und wurde Kaiserschnitt mit nachfolgender Totalexstirpation gemacht. Die Pat. ist seit 3 Jahren rezidivfrei. — Beide Frauen waren eben 30 Jahre alt. Aussprache (in demselben Heft derselben Zeitschrift, S. 316): Chase, Spencer und Pool berichten jeder über einen ganz ähnlichen Fall.)

Sarkome.

(Siehe auch unter „Myome" und „Strahlenbehandlung der Myome".)

1. Broun, Le Roy, Spindle- and giant-celled polypoid sarcoma of the uterus. New York Obst. Soc. Sitzg. v. 14. März. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 2. S. 287. (Kasuistische Mitteilung mit ausführlicher Beschreibung des makroskopischen und mikroskopischen pathologisch-anatomischen Befundes.)

1a. Dorland, W. A. N., Peritheliome and endotheliome of the uterus. Surg. Gyn. and Obst. Bd. 23. Heft 5. S. 576.

2. Endler, F., Experimentelle Studien über den Einfluss des Impfortes auf das Wachstum der impfbaren Tiergeschwülste. Zeitschr. f. Krebforsch. 1915. Bd. 15. Heft 2. (Auszug siehe im Kapitel „Karzinome", Nr. 40. Verf. hat auch Versuche mit Rattensarkom angestellt.)

3. Fitz Gibbon, G., Demonstration of an uterine sarcoma. Sect. of Obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland, Sitzg. v. 11. Febr. Bericht: Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 27. Heft 6—8. S. 205. (51 jährige Frau, seit 6 Jahren in der Menopause, seit 1/2 Jahr wieder Blutung. Die Diagnose wurde bei der Härte des bis zum Nabel reichenden Tumors auf Myom gestellt. Hysterektomie. Mikroskopisch Rundzellensarkom. — Früher hat Verf. bei einem 27 jährigen Mädchen ein Fibrosarkom gefunden. — Aussprache: Nach A. Smith machen diffuse Sarkome keine Schmerzen, Fibrosarkome jedoch wohl. Sarkomatöse Polypen haben oft eine charakteristische Membran, die leicht zerreisst. Nach Solomons kommt Sarkom, wenigstens in Irland, häufiger um oder nach der Menopause wie in früherem Alter vor.)

4. Fränkel, S. und E. Fürer, Kritische Studien zur experimentellen Therapie maligner Neoplasmen. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 3—26. (Auszüge siehe bei den betreffenden Nummern 45—50 im Kapitel „Karzinome".)

5. Frankl, O., Über traubige Sarkome des Uterus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. v. 20. Juni. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. S. 595. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 36. S. 1154 und Gyn. Rundschau Jg. 10. Heft 21—22. S. 358. (Beschreibung zweier Fälle, die vom Corpus uteri ausgehen. Die Frauen waren 45 resp. 61 Jahre alt. Wo Schleim nachweisbar ist, handelt es sich stets um Sarkome. Myome mit wahrer Schleimbildung gibt es nicht, dort handelt es sich immer bloss um ödematöse Verquellung des Myomgewebes.)

6. Gaarenstroom, G. F., Met Roentgenstralen behandelde sarcomen. Genootsch. t. bev. v. natuur-, genees- en heelk. te Amsterdam. Sitzg. v. 15. März. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1917. 1. Hälfte. Nr. 7. S. 503. (Erfahrung an 23 nicht-gynäkologischen Sarkomen. Rundzellensarkome reagieren im allgemeinen gut, Spindelzellensarkome manchmal gut, manchmal gar nicht, polymorphzellige Sarkome ohne Ausnahme schlecht auf die Röntgenbestrahlung. — Tabelle.)

7. Georgiadis, G., Lungenmetastasen bei Uterussarkom. Diss. München. März.

8. Leyton, A. S. and H. G. Leyton, Observations on the etiology of sarcoma in the rat. Lancet, Nr. 4827. (Feingeriebenes Sarkomgewebe wurde filtriert. Aus dem Filtrat konnte eine Streptothrix gezüchtet werden, dessen Sporen wahrscheinlich den Chamberlandfilter passiert hatte. Eine der Ratten, der das Filtrat per os einverleibt worden war, bekam Sarkom des Peritoneums; alle anderen Impfverfahren misslangen. Falls der Strepthothrix der Erreger ist, sind doch sicher noch andere Vorbedingungen für eine Infektion nötig. Durch Farbstoffe, die Affinität zu den Kernen haben, gelang es, das Sarkom zum Schrumpfen und zum Zerfall zu bringen.)

9. Reusch, W., Geburtshilflich-gynäkologische Seltenheiten. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. S. 33. (Als dritte Seltenheit teilt Verf. Besonderheiten mit über die Mesothoriumheilungen von Uterussarkomen bei einem 16 jährigen Mädchen, bei einer 56 jährigen und

einer 65jährigen Frau. Bei allen dreien fand nach möglichst ausgedehnter Ausschabung und Entfernung der Tumormassen und Anwendung des Mesothoriums innerhalb zweier Wochen vollständige Heilung statt. Die Erfahrungen zeigen somit, dass das Sarkom des Uterus ein ausserordentlich dankbares Objekt der Mesothorium- und Radiumbehandlung ist.)

10. Saltykow, S., Beiträge zur Kenntnis des Karzinosarkoms: Karzinosarkom des Uterus. Gyn. Helv. 1915. S. 71. (Kasuistik. Die beiden Tumoren sollen im vorliegenden Falle unabhängig von einander entstanden sein.)
11. Sippel, A., Profuse Menorrhagien bei Uterusmyom. Dauernde Amenorrhoe durch Röntgenstrahlen. Nach 11 Monaten Exstirpatio uteri wegen Sarkom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 2. S. 139. (Auszug im Kapitel „Myome", Nr. 49. Verf. geht näher auf die Genese des Wandsarkomes des Uterus im vorliegenden Falle ein.)

Chorionepitheliome.

1. Adachi, K., An interesting case of syncytioma malignum. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 3. S. 397. (Kasuistische Mitteilung, mit 3 makroskopischen und 1 mikroskopischen Abb. Ausführliche klinische und patholog.-anatomisch-histologische Beschreibung des Falles. Primäre Herde in der Uterusmuskulatur, Haupttumor im Parametrium, in dem das Ovarium aufgenommen worden ist.)
2. Amann, J. A., Über destruierende Blasenmole. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 1. S. 11. (Auszug im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichts, dieses Kapitel, Nr. 1.)
3. Frank, R. T., Ectopic chorioepithelioma of the pelvis. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 74. Heft 3. S. 372. (Kasuistisch. Ergibt sich aus der Überschrift. Die Frau war 32 Jahre alt und vor 1¹/₄ Jahren war der letzte Abort vorangegangen. Damals war curettiert worden und Patientin menstruierte seit 5 Monaten unregelmässig alle 6—7 Wochen mit geringem Blutverlust. — Zwei Mikrophotographien.)
4. Giles, A. E., Chorionepithelioma in a woman aged 50. Sect. of Obst. and Gyn. of the Royal Soc. of Med. Sitzg. v. 4. Okt. 1914. Bericht: Proc. of the Royal Soc. of Med. 1914. (Kasuistisch. Der Uterus war vergrössert wie im 4. Schwangerschaftsmonat, aber hart wie ein Fibrom. Hysterektomie. Der Uterus sah von innen aus wie ein nekrotisches Myom. Die Diagnose wurde mikroskopisch sichergestellt. Das Datum der letzten Schwangerschaft liess sich nicht feststellen, da die Frau vor 3 Monaten noch sexuell verkehrt hatte. Die letzte bekannte Gravidität lag jedoch 10 Jahre zurück.)
5. Handfield-Jones, M., Chorionepithelioma following vesicular mole. Proceed. of the Royal Soc. of Med. Bd. 9. Heft 5. S. 27.
6. Kouwer, B. J., Chorio-epithelioma malignum. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 16. Jan. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. S. 195. (Holländisch.) (Beschreibung des Präparates, des abdominal nach Wertheim exstirpierten Uterus. Die Patientin war 8 Wochen vor der Operation, am Ende ihrer Schwangerschaft, spontan ohne Störung niedergekommen und hatte seit 5 Wochen geblutet. 14 Tage nach der Operation wurde aus der vorderen Vaginalwand eine Metastase entfernt. Zwei Monate später starb die Patientin unter Erscheinungen von Hirnmetastasen, welche letztere bei der Sektion auch gefunden wurden. Gleichfalls Metastasen in den Lungen, im Beckenbindegewebe, in der Scheide; erstere von Fibrin umlagert und teilweise entfärbt, was Vortr. für Zeichen von Spontanheilung hält. — Aussprache: Driessen kann sich mit letzterer Ansicht nicht vereinigen.)
7. Krömer, P., Gefahren der Blasenmole. Med. Verein in Greifswald. Sitzg. v. 3. Sept. Bericht: Med. Klin. Nr. 48. S. 1271. 26. Nov. Als Original erschienen i. d. Deutsch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 15. S. 452. (Beobachtung: maligne Blasenmole, nach 2 Monaten zunächst wieder als Mole, 16 Monate später als Chorionepithelioma malignum uteri Marchand rezidiviert. Die Frau war 30 Jahre. Seit ¹/₂ Jahre noch keine Metastasen nach der abdominalen Totalexstirpation. — Photographie des makroskopischen Präparates.)

8. **Oehlecker**, F., Chorionepitheliommetastasen in der Leber. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. v. 21. März. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 16. S. 572. (Die Frau hatte kurz vorher abortiert.)

9. **Outerbridge**, G. W., The occurrence of chorioepithelioma following a long period of latency after the last preceeding pregnancy. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 72. S. 952.

10. **Schur**, B., Ein Fall von Chorionepitheliom im Anschluss an eine Blasenmole. Diss. Zürich (E. Kreutler). (27jährige Patientin; ist 3 Monate nach der abdominalen Totalexstirpation noch völlig rezidivfrei. Anschliessend an diese Mitteilung Besprechung der Pathogenese und pathologischen Anatomie, der Symptomatologie, Prognose und Therapie des Chorionepithelioms.)

11. **Taylor**, H. **Neville**, A case of chorion-epithelioma. Lancet, Nr. 4858.

12. **Yasuda**, S., Chorionepitheliome. Zur onkologischen Kenntnis der sog. heterotopischen Chorionepitheliome. Mitteil. a. d. med. Fak., Kyushu Univ. (Deutsche Ausgabe). 1915. Bd. 2. S. 181. (Primäres Karzinom des Dünndarms bei einer 28jährigen Frau; die Metastasen in Leber, Lungen, Nieren, Hirn und Mesenterialdrüsen zeigten jedoch chorioepitheliomatösen Charakter. Seit der letzten Entbindung lagen viele Jahre zurück. — Bei einem 54jährigen Manne mit primärem Lungenkrebs zeigten die Metastasen im mikroskopischen Bilde denselben Charakter. Man soll in solchen Fällen nur von Pseudochorioepitheliom reden.)

II. TEIL.

GEBURTSHILFE.

I.

Allgemeines, Lehrbücher, Lehrmittel.

Referent: Privatdozent Prof. Dr. M. Stickel, Berlin.

Die mit * bezeichneten Bücher sind referiert.

A. Lehrbücher, Kompendien, Lehrmittel.

1. Cragin, E. B. und G. H. Ryder, Obstetrics. Lehrbuch f. Studierende u. Ärzte. Amer. Journ. of Obst. Nr. 6. p. 1128.
2. Davis, E. P., Manual of obstetrics. Philadelphia u. London, Saunders Co. Ref. Amer. Journ. of Obst. Nr. 6. p. 1133.
3. De Lee, Praktische Geburtshilfe. 2. Aufl. 1915. Philadelphia u. London, L. B. Saunders. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. p. 178.
4. *Döderlein, A., Handbuch der Geburtshilfe. 2. Bd. Wiesbaden, J. F. Bergmann. Ausführliches Referat von Winter, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. Heft 1. p. 175ff. Desgl. von Stoeckel, Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 533ff. Desgl. von A. Martin, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1. p. 77.
5. Ferroni, E., Fisiopatologia generale della gravida. Mailand 1914 bei Vallardi. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 31. p. 626.
6. Kerr, J. M., Operative midwifery. Wood and Co. New York.
7. *Krönig und Pankow, M. Runges Lehrbücher der Geburtshilfe und Gynäkologie. Fortgeführt von B. Krönig und O. Pankow, Lehrbuch der Gynäkologie. 5. Aufl. Berlin, Julius Springer. 1915. Ausführliches Referat von A. Martin, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 5. p. 468.

Das bekannte Lehrbuch der Gynäkologie von Runge hat durch die Bearbeitung von Krönig und Pankow (7), ohne an Umfang wesentlich zuzunehmen, eine innere Wandlung erfahren, indem es die gegenwärtigen Anschauungen und Lehren der beiden Verfasser wiedergibt. Aber auch die äussere Ausstattung ist im besten Sinne modern geworden durch vorzügliche Abbildungen. Neben den wichtigsten Kapiteln aus der operativen Gynäkologie hat die Strahlenbehandlung Platz gefunden. Die Grenzgebiete zur inneren Medizin, Neurologie und Psychiatrie sind ausführlich dargestellt. Auch die physikalischen und ihnen verwandten neuzeitlichen Behandlungsmethoden fehlen nicht in dem verhältnismässig knappen Rahmen des Buches, das Ärzten und Studierenden in gleichem Masse Nutzen bringen wird.

Von Döderleins (4) gross angelegtem Handbuch ist im Jahre 1916 der zweite Band und ein Ergänzungsband: „Geburtshilfliche Operationslehre" erschienen. Die Fülle des Inhaltes dieser beiden Bände auch nur annähernd zu erschöpfen, ist im Rahmen des zur Verfügung stehenden Raumes unmöglich.

Referent muss sich deshalb auf die Aufzählung der einzelnen Kapitel und der Autoren, die sie bearbeitet haben, beschränken. Im Abschnitt: „Pathologie der Schwangerschaft" handelt Küstner die Komplikationen infolge Retroflexio uteri und die Vaginofixation, die Missbildungen und die Neubildungen der Genitalien wie Myom und Karzinom in ihren Beziehungen zur Schwangerschaft, den Abort und die vorzeitige Ablösung der Plazenta ab. Die Erkrankungen der Eihüllen und Plazenta, die Toxikosen der Schwangerschaft, die Geschlechtskrankheiten, die akuten und chronischen Allgemeinerkrankungen, die Konstitutionskrankheiten und die Erkrankungen der Sinnesorgane in ihrem Einfluss auf die Schwangerschaft hat Seitz dargestellt. Veit hat das Kapitel Extrauteringravidität übernommen, Siemerling die Psychosen, Gehirnerkrankungen, spinale und periphere Erkrankungen während der Generationszeit bearbeitet. Die gerichtliche Geburtshilfe hat Kockel zum Verfasser.

In dem Abschnitt „Pathologie der Geburt" finden wir Zweifel als Bearbeiter der Kapitel: Placenta praevia, Uterusruptur und Eklampsie. In dem Ergänzungsband kommen zu Wort: Baisch über die Narkose in der Geburtshilfe, Hofmeier über die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft und über Expression, Zangenoperation und Extraktion am Beckenende, Zangemeister über künstliche Erweiterung der Weichteile (der Abschnitt: „durch Schnitt" gemeinsam mit Esch) über Wendung, künstliche Veränderung der Kindslagen, Störungen und Operationen in der Nachgeburtszeit, Inversio uteri puerperalis und kollapsähnliche Zufälle, plötzlichen Tod nach der Entbindung und endlich Döderlein selbst über zerstückelnde Operationen, beckenerweiternde Operationen und Kaiserschnitt.

B. Geschichtliche und sonstige Werke und Aufsätze allgemeinen Inhalts. Berichte aus Kliniken, Privatanstalten etc.

1. ABC der Mütter, Das, Merkblatt für Säuglingspflege und Ernährung in klarer knapper Form. Gesellsch. f. Gemeinwohl, Kassel. Würzburg, Kabitzsch.
2. Adler, A., Die Frau als Erzieherin. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 11. Heft 2.
3. Baisch, K., Gesundheitslehre für Frauen. G. B. Teubner, Berlin u. Leipzig.
4. *Ballantyne, J. W., Antenatal clinics and prematernity practice at Edinbourgh. Royal Maternity Hospital 1914 to 1915.
5. Bandler, S. W., The expectant mother. Philadelphia, Saunders Co.
6. Barsony, Johann, Eugenik nach dem Kriege. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 11. Heft 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. 276.
7. v. Behr-Pinnow, Bericht des Kaiserin Augusta Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. 1. April, 14.—31. März 1915.
8. — Planmässige Säuglingsfürsorge und ihre Durchführung. Schriften d. Frauenhilfe, Potsdam, Stiftungsverlag.
9. — Vorschläge für ein Kreisfürsorgegesetz. Preuss. Landeskonf. f. Säuglingsschutz in Berlin. 30. Okt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48. p. 1499.
10. — und F. Winkler, Statistische Beiträge für die Beurteilung der Säuglingssterblichkeit in Preussen. Verlag des Auguste-Viktoriahauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im deutschen Reiche in Berlin. Charlottenburg 1915.
11. — Die Schäden des Ammenwesens und ihre Bekämpfung. Der Frauenarzt. 31. Jahrg. H. 1. p. 3 und Fortsetzung Heft 2. Berl. geb.-gyn. Ges. Gemeinsame Erörterungen über Mütterfürsorge während des Krieges. Verhandl. d. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 13. Nov. 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 2. p. 498ff.
12. Bonnaire, E., Le travail dans les fabriques de munitiona dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Presse méd. Nr. 70. p. 577.
13. Borgemann, P., Soziale Pädagogik und ihre Bedeutung für die moderne Frauenbewegung. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 11. H. 2.

14. Bornträger, Diätvorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art. 6. Aufl. Würzburg, Kabitzsch. Ref. Gyn. Rundsch. Jahrg. 10. Heft 1 u. 2. p. 22.
15. Boyd, G. M., Conservative obstetrics; some lessons learned in 25 years service at Philadelphia Lying in charity. Bull. of Lying in hospital of city of New York. Nr. 4. July 10.
16. Burchars, G., Das Männerkindbett. Zentralbl. f. Sexualwissensch. 1915. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 22. Jan. p. 79.
17. Cabot, R. C., Die Frau als Ärztin. Journ. of the Amer. med. assoc. Bd. 65. Nr. 11. (Den Ärztinnen wird Betätigung auf dem Gebiete der sozialen Medizin besonders angeraten.)
18. Cragin, E. B., Conservatism in obstetrics. New York Med. Journ. July 11. 104. Nr. 1.
19. Calderon, F., Tropical obstetric problems. Philippine Journ. of Science. Manila. Nov. 1915. 10. Nr. 6.
20. Cameron, S. J., Two famous Lanarkshire obstetricians. Glasgow Med. Journ. Dec. 15. 1915. 84. Nr. 6.
21. Campbell, A. M., Obstetrics from modern viewpoint. Michigan State Med. Soc. Journ. Grand Rapids. Jan. 15. Nr. 1.
22. *Cullen, Th. S., The relation of obstetrics, gynecology and abdominal surgery to the public welfare.
23. Cuneo, N. L., Nuevo modelo de mesa desamable para partos curaciones adaptable a cualquier causa o mesa comun. Semana medica. Buenos Aires. Oct. 7. 1915. Nr. 40.
24. Davis, E. P., Obstetric surgery a modern science, its scope and limitations. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 67. Nr. 16.
25. De Lee, J. B., Progress toward ideal obstetrics. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. March 16. p. 407. (Polemik gegen die Zuziehung von Hebammen zu den Geburten. Die Notwendigkeit des Vorhandenseins wird auf Grund der Statistiken aus mehreren Staaten der Vereinigten Staaten bestritten.)
26. Die deutschen Frauenkliniken im dritten Kriegssemester. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 14. Heft 1. p. 78.
26a. Deutsche Gesellschaft für Bevölkerungspolitik. Kongress in Darmstadt 8.—9. November. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 48. p. 1699. (Über die Frage der Volksvermehrung bzw. über den Neuaufbau der Familie sprachen: v. Gruber über die gesundheitliche Seite; v. Rhoden über die religiös-sittliche Seite der Frage, Dippe über die Stellung des Arztes in der Familie, Brennecke über Säuglingsfürsorge u. a. m.)
27. *Döderlein, Geburtshilfliche Kriegsprobleme. Ärztl. Ver. München. Sitzg. v. 17. Febr. 1915. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. p. 51.
28. Dohrn, Rudolf, Nachruf von F. Ahlefeld. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 1. p. 82.
29. — Nachruf von Rosinski und Stoeckel. Zentralbl. f. Gyn. 22. Jan. p. 49.
30. Doran, A., A chronology of the founders of the forceps (1569—1799). Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 27. Nr. 6—8. p. 157.
31. *Ebeler, Krieg und Frauenklinik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 15.
32. Ebermayer, Kriegskinder vor und nach der Geburt. Deutsche med. Wochenschr. 16. Dez. 191. p. 1524.
33. Ekstein, Erhöhter Mutterschutz, eine durch den Krieg aktuell gewordene Forderung unserer Wochenbettshygiene. Gyn. Rundsch. Jahrg. 10. Heft 7 u. 8.
34. Elster, A., Aus dem Kriegsgesetzbuch 1914 und 1915. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 11. Heft 2.
35. — Zur Psychologie und Wirtschaft der Mode. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 11. Heft 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 274.
36. *Engel, Grundriss der Säuglingskunde. Wiesbaden, Bergmann 1915. Leitfaden für Schwestern usw.
37. *Fehling, Aufgaben des Arztes für die Bevölkerungspolitik. Unterelsässischer Ärzteverein. Sitzg. v. 24. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. p. 1468.
38. Filiatrean, R. N., Country obstetrics. Kentucky. Med. Journ. June 14. Nr. 6.
39. Fischer, A., Städtische Mütterfürsorge und der Krieg. Berlin, J. Springer.
40. — L., Die babylonisch-assyrischen Geburtsomina. Gyn. Rundsch. Heft 1 und 2. p. 12 ff.

41. Frankel, L. K., Maternity Insuranse. The Journ. of Amer. Med. Assoc. 66. Nr. 1. Jan. p. 57. New York Med. Journ. 1915. Nr. 25. p. 1217. (Frankel weist darauf hin, dass es bisher nur in 4 Staaten der Vereinigten Staaten von Nordamerika eine Mutterschaftsversicherung gab, wie sie in den meisten europäischen Staaten schon besteht.)

42. *v. Franqué, Geburtenrückgang, Arzt und Geburtshelfer. Niederrhein. Ges. f. Heilk. 15. Mai. Med. Klin. 20. Juli. p. 837. Würzburg. Abhandl. Bd. 16. Heft 4.

43. Friedberger, J., Der Einfluss der Geburtenfolge auf die Sterblichkeit der Kinder. Öffentl. Gesundheitspflege. Heft 9. Ref. Therap. d. Gegenw. Jahrg. 57. Heft 11. p. 433.

44. Fürth, Henriette, Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der Krieg und die Schutzmittelfrage im Lichte der Bevölkerungspolitik. Zeitschr. z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankh. 1914. Ref. Frauenarzt. Heft 9. p. 259.

45. — Zur Mutterschaftsversicherung. Zeitschr. f. Sexualwissenschaft. Bd. 3. Heft 3. Ref. Frauenarzt. Heft 9. p. 260.

46. Fullerton, W. D., Neuere Fortschritte in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Cleveland Med. Journ. Bd. 15. Nr. 5. Mai.

47. Gesundheitsamt, Kaiserliches, Verlauf der Geburtenhäufigkeit und Säuglingssterblichkeit in den deutschen Grossstädten mit mehr als 200 000 Einwohnern während der Zeit vom 4. April bis 31. Juli 1915. (Die vom Kaiserl. Gesundheitsamt herausgegebene Zusammenstellung ist referiert in der deutschen med. Wochenschrift. Nr. 11. p. 324.)

48. Gödde, H., Ist die Zahl der Vielgebärenden in den letzten 20 Jahren zurückgegangen? (Beitrag zur Frage des Geburtenrückganges an Hand des Materiales der Bonner Universitäts-Frauenklinik.) Inaug.-Diss. Bonn 1915.

49. Grumme, Abhängigkeit des Fortpflanzungsvermögens vom Eiweissgehalt der Nahrung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 34. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1022.

50. Guggisberg, Geburtshilfliche Operationslehre. Für Studierende und Ärzte. Stuttgart, F. Enke. (Ausführliches Referat von Stoeckel, Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 957.)

51. Hamburger, C., Beitrag zu der Frage, ob Kinderzahl und Kindersterblichkeit zusammenhängen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 1269.

52. Hecker, Neue Forderungen zur Erhaltung und Kräftigung des Nachwuchses. Ärztl. Rundsch. München. 1. Dez. 1915. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3. p. 73. (Hecker macht eine Reihe von Vorschlägen zur Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit, die in der Forderung gipfeln, dass die Kinderfürsorge nicht mehr privat bleiben darf, sondern vom Staat übernommen werden müsse.)

53. v. Herff, Nachruf von Fehling, A. Martin und Hüssy. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 6. p. 549. Nachruf von Hüssy. Gyn. Rundsch. Jahrg. 10. Heft 11 und 12. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 425.

54. Hipsley, P. L., Resume of 760 consecutive midwifery cases met with in general practice. Med. Journ. of Austr. Sidney. Jahrg. 2. Nr. 12. p. 222.

55. Hirst, B. C., The training that the state should demand before licensing a physician to practise, mit Aussprache. Transactions of the Obst. Soc. of Philadelphia. Nr. 1. July. p. 56 u. 103. (Forderungen für die geburtshilfliche Ausbildung des praktischen Arztes.)

56. v. Hövell, H., Gründe und Bedeutung des Geburtenrückganges vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. Was kann der Arzt und die Medizinalverwaltung tun, um diesem Übel zu begegnen? Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Heft 1 u. 2. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28. p. 788.

57. Hoffa, Th., Die Stellung der Ärzte zur Frage des Geburtenrückganges. Deutsche med. Wochenschr. 1915. Nr. 45.

58. Hoffmann, Krieg und Rassenhygiene. Die bevölkerungspolitischen Aufgaben nach dem Kriege. J. F. Lehmann, München.

59. Holmes, W. R., Die Geburtshilfe, eine verloren gegangene Kunst. Surg., Gyn. and Obst. 21. Nr. 5.

60. Jaeger, Der einmalige Beitrag zu den Kosten der Entbindung und die Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 918ff.

61. Jahn, Th., Der Geburtenrückgang in Pommern. Berlin, R. Schoetz. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44. p. 1366.

62. Jeannin, C., La médecine française en ces cinquante dernières années: VI. Obstétrique. Presse méd. 23 Dec. Nr. 63.
63. Ingerslev, Nachruf von Gammeltoft und A. Martin. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 6. p. 556.
64. Jrgerzler, Notizen über die Wertschätzung und Benutzung der Geburtszange im ersten halben Jahrhundert nach ihrer Einführung in die Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geb. Dez. 1915.
65. Kantor, Geburtenrückgang und Kurpfuscherei. Therapeut. Monatsh. Jahrg. 30. Heft 11 u. 12. (Die Abhandlung enthält eine Fülle von Einzelheiten, sie kann nicht in kurzer Form erschöpfend referiert werden.)
66. *Kehrer, Die Organisation der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 24. p. 465.
67. Kleinhans, Nachruf von H H. Schmid. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 6. p. 519. Desgl. von F. Schenk, Gyn. Rundsch. Jahrg. 10. Heft 23 u. 24. p. 263. Desgl. von v. Franqué, Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. p. 969.
68. *Krönig, B., Grenzverschiebung zwischen operativer und nichtoperativer Therapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. (Vortrag, gehalten in der Festsitzung der med. Ges. in Freiburg. 29. Febr. 1915. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 4. p. 299.
69. Kulau, W., Die versicherungsrechtliche·Fürsorge des Staates für die Frau. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. [illegible]. Heft 2.
70. Landmann, F., Grundfragen der Lebensreform. 1. Bd. Die Reform des menschlichen Geschlechtslebens. 1. Teil. Der Geschlechtsverkehr in der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind. Eden-Verlag, Oranienburg. Ref. Gyn. Rundschau. Jahrg. 10. Heft 23/24.
71. Lange, Helene, Die Frauenbewegung in ihren modernen Problemen. Leipzig bei Quelle u. Meyer. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. p. 331.
72. Langstein, Säuglingsfürsorge die Grundlage für Deutschlands Zukunft. Berlin, J. Springer. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19. p. 587.
73. Larras, Untersuchungen zum Geburtenrückgang in der Provinz Posen. Berlin, R. Schoetz.
74. Leisewitz, Th., Kindbettfieber und Geburtenrückgang. Populärer Vortrag. Allg. deutsche Hebammenztg. Nr. 15. 1915.
75. Lepage, Note sur l'application de la loi sur l'assistance aux femmes en couches. Ann. de gyn. et d'obst. 12 Jan.-Févr. p. 15.
76. Lieske, Hans, Privatentbindungsanstalten. Ein Beitrag zum Kampfe gegen das Kurpfuschertum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 43. Heft 4. p. 367.
77. Linossier, G., Legislation against depopulation. Paris méd. Oct. 1915. Nr. 24 u. 25.
78. Malsbourg, G. E., Mariage. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Jan. p. 44. (Erörterungen über die Grundsätze, nach denen vom ärztlichen Standpunkt aus die Eheerlaubnis zu geben bzw. zu versagen ist.)
79. Marcuse, Zur Stellung des Arztes gegenüber der Geburtenbeschränkung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. p. 259. (Im Gegensatz zu Hoffa ist Marcuse der Ansicht, dass ein Verbot des Verkaufes empfängnisverhütender Mittel nicht sowohl eine Zunahme der Geburtenzahl, als vielmehr eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten zur Folge haben wird. Er hält darum ein solches Verbot für ein ungeeignetes Mittel zur Bekämpfung des Geburtenrückganges.)
80. Maxwell, R. D., Recent obstetric and gynaecologic cases at London Hospital. Practitioner. London. Febr. 96. Nr. 2.
81. Mayet, Die Sicherung der Volksvermehrung. Berlin 1914. Allg. med. Verlagsanstalt. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 10. p. 351.
82. Meigs, G. L., Rural obstetrics, mit Aussprache. Amer. Assoc. f. Study and Prevention of infant mortality. 7. Jahresversammlung in Milwaukee. Oct. 19.—22. Ref. Journ. of Amer. Med. Assoc. Nr. 20. p. 1785.
83. Methorst, M. H., Geburtenrückgang und Säuglingsschutz. Tijdschr. v. Geneesk. 8. April. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22. p. 679.
84. Meyer-Rüegg, Die Frau als Mutter. 5. Aufl. Stuttgart, Enke. (Eine besonders durch einen Abschnitt über Bau und Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane gegenüber der früheren erweiterte Auflage.)
85. — Über künstliche Befruchtung beim Menschen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 40. (Verfasser überschwemmte die Portio mit Sperma mit Hilfe eines Röhrenspekulum.

Danach Konzeption, Abort. Injektion des Sperma mit halbweichem Katheter in den Zervikalkanal, nicht über den inneren Muttermund hinaus, führte zum Ziel.)
86. Meyers, E. C., Obstetric technic. Arkansas Med. Soc. Journ. Little Book. Jan. 12. Nr. 8.
87. Mössmer, Über Kriegsneugeborene. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. (Verf. konnte die Angaben Kettners, dass die im Kriege geborenen Neugeborenen oft kleiner, magerer und mit motorischer Unruhe behaftet seien, an seinem Material keineswegs bestätigen.)
88. *Moran, J. F., The endowment of childhood from the obstetrics standpoint. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 65. Nr. 26. Dec. 15. p. 2224.
89. v. Neugebauer, F. L., Nachruf von A. Martin. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 43. Heft 2. p. 188. Nachruf von Stoeckel. Zentralbl. f. Gyn. 26. Nov. c. 145.
90. Peiper, E., Die Säuglingspflege. Leitfaden für den Unterricht in der Säuglingspflege. Greifswald bei Bamberg.
91. Pinard, A., Puériculture, obstétricie française et obstétricie allemande. Ann. de gyn. et d'obst. Jahrg. 42. Mai-Juin, p. 129. Juillet-Août p. 213.
92. — Die Geburtenziffer in Frankreich und seinen Kolonien. Discussion de la communication sur la protection de l'enfance indigène. Bull. de l'acad. de méd. 28 Mars. Nr. 13.
92a. Rapmund, Die diesjährigen Verhandlungen des preussischen Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. Jahrg. 22. Nr. 5. (Die Frage des Geburtenrückganges und seine Bekämpfung bildet einen der Verhandlungsgegenstände.)
92b. Reich, E., Gebrechlichkeit und Zivilisation. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 11. Heft 2.
93. Reik, Theodor, Die Bedeutung der Psychoanalyse für die Frauenkunde. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 11. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 274.
94. Renz, Barbara, Die Schwangere und die Wöchnerin in völkerkundlichen Beispielen. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 11. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 269.
95. *Richter, Die Bevölkerungsfrage. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. p. 257 u. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6. p. 151. Mit Aussprache in der Sitzung des Vereins f. wissensch. Heilk. in Königsberg am 6. Dez. 1915.
96. Rosenthal, Die Volkserneuerung und der Krieg. Preuss u. Jünger. Breslau 1915.
97. Rott, Die Einwirkung des Krieges auf die Säuglingssterblichkeit und die Säuglingsschutzbewegung. Berlin, G. Stillke. 1915.
98. Rühle, Walter, Nachruf von Scheffzek. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 43. Heft 2. p. 187.
99. Ruge, Paul, Zu den Tagesfragen: Über die Zunahme der Aborte. (Eindrücke aus den Sitzungen der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Febr.-März-April.)
100. *— II, Carl, Über den Einfluss der Kriegsernährung auf Fruchtentwicklung und Laktation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
101. Sadler, W. S., The mother and her child. Mc Clurg a. Co. Chicago.
102. *Sanna, Die Bewertung der Säuglingssterblichkeitsziffer. Deutsche med. Wochenschrift. Jahrg. 42. Nr. 14. p. 419.
103. Saphra, J., Klinische Untersuchungen über die Merkfähigkeit bei Nulli- und Pluriparen zur Frage der Beziehungen zwischen Mutterschaft und Intelligenz. Inaug.-Diss. Freiburg 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. p. 792.
104. Schacht, Franz, Die wirtschaftliche Verselbständigung der Ehefrau und die Volksvermehrung. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 2. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 270.
105. — T., Die geringere körperliche und geistige Leistungsfähigkeit des Weibes. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 2. Heft 2.
106. Schaeffer, Zum Antrag der rheinischen Kammer, zur Standesordnung folgenden Zusatz zu beschliessen: Es ist standesunwürdig, einen künstlichen Abortus ohne vorhergehende gewissenhafte Indikationsstellung in Beratung mit einem zweiten Arzt auszuführen. Die Indikationsgründe sind protokollarisch kurz festzulegen, mit den Unterschriften zu versehen und 5 Jahre lang von dem operierenden Arzt aufzubewahren. Protokoll der Ärztekammer von Berlin-Brandenburg. 22. Febr.
107. Schallmeyer, W., Brauchen wir eine Rassenhygiene? Repertorienverlag Leipzig. Ref. Therap. d. Gegenw. Jahrg. 57. Heft 12. p. 466.
108. Schlossmann, Neue Grundlagen der Bevölkerungsstatistik. Das neue Deutschland

109. Schmitt, Die Kriegswochenhilfe. Münch. med. Wochenschr. Nr. 20. p. 711ff. (Zusammenfassung aller einschlägigen Bestimmungen.)
110. Schultze, Ernst, Wandlungen der Prüderie in England. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 2. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 273.
111. Schuster, Mutter und Kind der Zukunft im Spiegel der Eugenik. Natur und Gesellschaft. Bd. 3. Heft 6. Ref. Frauenarzt. Heft 7. p. 212.
112. Sellheim, Bemerkungen zur Einführung in das Fortpflanzungsproblem beim Menschen. Med.-naturwissenschaftl. Verein Tübingen. 15. Nov. 1915.
113. *— Über einige beim Neubau und Umbau der Universitäts-Frauenklinik Tübingen durchgeführte Grundsätze. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 5. p. 445.
114. Shell, Drei Fälle von Versehen. Praktitioner 14. Juli.
115. *Siegel, Die Bedeutung des Konzeptionstermines für die Befruchtungsfähigkeit der Frau und für die Geschlechtsbildung des Kindes. Münch. med. Wochenschr. Nr. 21.
116. *— P. W., Krieg und Knabenüberschuss. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 825.
117. Smyly, W. J., Purefoy, R. D., Tweedy, E. H., Clinical report of Rotunda hospital for one year. Febr. 1. 1914 bis Okt. 31. 1915. Dublin Journ. of Med. Science. Jahrg. 3. Nr. 535.
118. *Sonnenberger, Säuglings- und Mutterfürsorge als Grundlage und im Lichte der Mehrung und Ertüchtigung des deutschen Volkes. Med. Klin. Nr. 24—26. Ref. Zentralblatt f. Gyn. Nr. 51. p. 1022.
119. Sonnenburg, A., La obstetricia en el campo. Semana medica. Buenos Aires. Sept. 30. 1915. Nr. 39.
120. Staude, C., Nachruf von A. Martin. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 5. p. 433.
121. Sternfeld, H., Krieg und Geburtshilfe. Bayer. Ärzte-Korr. Bl. 1915. Nr. 23. (Verf. erörtert hauptsächlich die sozialpolitischen Massnahmen und die statistische Seite der Frage der Bevölkerungszunahme nach dem Kriege: Verbesserung der Wohnungs- und Siedelungsverhältnisse, Säuglings- und Jugendfürsorge, Ablehnung gesetzlicher Verbote sogenannter Prohibitivmassnahmen, strenge Bestrafung der Abtreibung, Verbot der Kurpfuscherei, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sind im einzelnen seine Forderungen.)
122. *Stoeckel, W., Vorgeschlagene Reformen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1025ff.
123. Strassmann, P., Gesundheitspflege des Weibes. Quelle und Meyer, Leipzig.
124. Stratz, C. H., Die Körperpflege der Frau. Stuttgart bei F. Enke. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1390 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 766.
125. Szana, A., Krieg und Bevölkerung. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1022.
126. Tandler, Krieg und Bevölkerung. Vortrag in der k. k. Ges. d. Ärzte in Wien am 24. März. Aussprache in den beiden folgenden Sitzungen. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. p. 607f.
127. *Thoma, G., Geburtenrückgang und Geschlechtskrankheit. Der Frauenarzt. Jahrg. 31. Heft 1 und 2.
128. Tredegaard, Ein neues Geburtslager. Ugeskr. f. Laeger. 1915. Nr. 32. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 614. (Beschreibung und Abbildung eines praktischen und billigen, auf jedem Tisch leicht anzubringenden Lagers — Rahmen mit Bein- und Kopfstützen — für geburtshilfliche Operationen im Privathaus.)
129. Trumpp, Ärztlicher Ehekonsens und Eheverbote. (Arbeiten der vom ärztlichen Verein München eingesetzten Kommission zur Beratung von Fragen der Erhaltung und Mehrung der Volkskraft.) Münch. med. Wochenschr. Nr. 50. p. 1786. (Als Eheberater einzusetzende Ärzte bzw. Ärztinnen sollen jedem Ehebewerber nach festen Grundsätzen anzulegende, auf Grund eingehender Untersuchung gewonnene Zeugnisse ausstellen, von deren Ausfall es abhängt, ob dem betr. Ehebewerber die behördliche Eheerlaubnis erteilt wird oder nicht.)
130. Walker, J., The technic at the Jewisch maternity Hospital and its results. Med. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. March. p. 429. (Walker fasst seine Forderungen über die klinische Geburtsleitung dahin zusammen, dass in bezug auf Hände, Wäsche, Kleidung, Instrumente und Verbandsstoffe die gleiche Asepsis bei Geburten gewahrt werden soll, wie bei klinischen Geburten. Die Wehen und Herztöne sind genau zu beobachten. Pituitrin ist nur aus besonderer Indikation anzuwenden. Fälle mit 99,3 Fahrenheit sind als verdächtig zu isolieren.)

131. Wallich, V., De l'emploi du cinema dans les démonstrations opératives d'obstétrique. La presse méd. 18 Mai. Nr. 28. p. 221. (Wallich empfiehlt für den Operationskurs am Phantom die Vorführung von kinematographischen Aufnahmen der wichtigsten geburtshilflichen Operationen. Durch die Wahl besonderer Lampen konnte er es ermöglichen, den sich abrollenden Film zum Stillstehen zu bringen, ohne dass der Film durch die Hitzewirkung der Lampen geschädigt wird.)
132. Walther, Zur Indikationsstellung bei den geburtshilflichen Operationen des praktischen Arztes. Med. Klin. 13. Febr. p. 186.
133. Weinberg, W., Über die Frage der Minderwertigkeit der Erstgeborenen. Öffentl. Gesundheitspflege. Heft 9. Ref. Therap. d. Gegenw. Jahrg. 57. Heft 12. p. 468.
134. West, The prenatal problem and the influence which may favorably affect this period of the childs growth. Amer. Journ. ot Obst. Nr. 3.
135. Wile, N. J., Obstetrics and Gynecology among Arabs. Mich. State Med. Soc. Journ. Grand Rapids. April 15. Nr. 4.
136. Wilhelm, Preventive Medicine in obstetrics. Missouri State Med. Assoc. Journ. St. Louis. Febr. 13. Nr. 2.
137. Wingen, Die Beeinflussung des Fortpflanzungswillens durch den Krieg. Das neue Deutschland. Nr. 17.
138. *Winter, G., Unsere Aufgaben in der Bevölkerungspolitik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.
139 Winternitz, W., Die Frau in der indischen Religion. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 2. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 271.
140. *Ziegler, C. E., The teaching of obstetrics. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Jan. p. 50. (Mit Aussprache.)
141. Zinke, E. G., Value and importance of maternity Hospitals. Michigan State Med. Soc. Journ. Grand Rapids. April 15. Nr. 4. p. 163.

In Krönigs (68) Rede über die Grenzverschiebung zwischen operativer und nichtoperativer Therapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe nehmen naturgemäss die Erörterungen, die sich auf die gynäkologische Tätigkeit beziehen und über die an anderer Stelle referiert wird, den breiteren Raum ein. Während die operative Behandlung in der Gynäkologie in den letzten Jahren eine Einschränkung erfuhr, nahm die Zahl der geburtshilflichen Operationen im ganzen zu, besonders durch die viel häufigere Ausführung des Kaiserschnittes auf vaginalem sowohl, als auch auf abdominalem Wege. Etwa 80% dieser Operationen werden ausgeführt aus kindlicher Indikation, zurückzuführen auf das berechtigte Bestreben, neben dem mütterlichen Leben das kindliche Leben zu erhalten. Dagegen bewirkte die Einführung des Dämmerschlafes eine erfreuliche Abnahme der sog. Erlösungszangen. Im ganzen hat also eine Verschiebung zugunsten der nichtoperativen Therapie zweifellos in den letzten Jahren stattgefunden.

Cullen (22) gibt in seinem Buch eine Übersicht über die Entwicklung der Geburtshilfe und operative Gynäkologie in den letzten 25 Jahren unter besonderer Berücksichtigung der Unterrichtsverhältnisse in Baltimore und gelangt zu dem Schluss, dass die Geburtshilfe anziehender für den Studierenden gemacht werden müsse, damit er nicht weniger schwierigen Gebieten der Medizin sich zuwende. Besonders im Interesse der Patientin muss der operierende Gynäkologe die gesamte Bauchchirurgie beherrschen.

Ziegler (140) betont als Grundlage der Ausbildung eines Geburtshelfers die Wichtigkeit des theoretischen Unterrichts, unterstützt durch Abbildungen. Modelle und Präparate. Auf dieser Basis soll sich dann die praktische Ausbildung aufbauen. Die Entbindungsanstalten sollten nach Zieglers Ansicht besser für die Ausbildung der Ärzte ausgenützt werden, die Tätigkeit der Hebammen bei den Geburten dagegen tunlichst ausgeschaltet werden. Die Einzelheiten bezüglich des Studienganges haben lediglich Bezug auf amerikanische Verhältnisse.

Moran (88) erörtert die Ursachen der Kindersterblichkeit in utero, intra partum und post partum an der Hand mehrerer klinischer Statistiken. Er tritt

für alle Massregeln ein, die geeignet sind, die Kindersterblichkeit herabzusetzen; er wünscht vor allem das Recht des Kindes, lebend geboren zu werden gegenüber der Pflicht des Geburtshelfers, das mütterliche Leben zu erhalten, mehr in den Vordergrund zu rücken und gründet darauf sein operatives Handeln, verwirft also z. B. alle zerstückelnden Operationen am lebenden Kinde.

Ballantyne (4) schildert das in Edinburgh geübte System der Schwangerschaftsfürsorge. Besonders ausgebildete Pflegerinnen führen die werdende Mutter entweder den Schwangerschaftsfürsorgestellen zur ambulanten Überwachung oder den Heimen für Schwangere zu. Aus diesen besonderen Heimen für gesunde (nicht ledige) Schwangere werden sie entweder zur Entbindung der Entbindungsanstalten, oder besonderen klinischen Stationen zugeführt, falls die Schwangerschaft krankhaft gestört ist. Auch in der eigenen Wohnung können sie entbunden werden. Auch nach der Entbindung bleiben Mutter und Kind unter Aufsicht und Beratung der Fürsorgestellen, und können nötigenfalls auch wieder in besonderen Heimen, je nachdem, ob sie oder die Kinder nur erholungsbedürftig bzw. krank sind, Aufnahme finden. Auch die Mitwirkung praktischer Ärzte wird erstrebt.

Winter (138) stellt aus statistischen Angaben eine Verminderung der Geburtenzahl auf 28,1 Geburten auf 1000 Einwohner im Jahre 1913 von 37,9 Geburten im Jahre 1903 fest. Er beschränkt sich auf die Erörterung des Problems des Geburtenrückganges vom ärztlichen Standpunkte aus.

Als Ursache für die eheliche Sterilität steht ihm im Vordergrund die Gonorrhoe. Alle anderen mechanischen und sonstigen Ursachen sind minder wichtig. Was die Gefährdung des Fötus in der Gravidität anbetrifft, so kommt in Frage spontaner, künstlicher und krimineller Abort. Die Ursachen des spontanen Abortes wie Trauma, lokale und allgemeine Erkrankungen der Mutter, Erkrankungen des Eies werden erörtert. Die Indikation zur Einleitung des künstlichen Abortes wird nach Winter vielfach nicht eng genug gezogen. Mit Olshausen schätzt Winter den Anteil der kriminellen an der Gesamtzahl der Aborte auf 80⁰/₀, räumt ihnen also die ätiologisch wichtigste Stelle ein.

Die Verluste an kindlichen Leben unter der Geburt infolge Geburtsstörungen aller Art schätzt Winter auf 70 000 jährlich. Verbesserte Ausbildung der Ärzte sowohl wie der Hebammen könnte diese Zahl beträchtlich herabsetzen. Nicht Mutter oder Kind, sondern Mutter und Kind muss die Losung sein. Die Gefährdung des Lebens der Neugeborenen kann weiter vermindert werden durch noch energischeres Eintreten für das Selbststillen der Mütter. Winter befürwortet es dringend, dass die deutsche Gesellschaft für Gynäkologie als die berufenste Vertretung der Fachkreise auf ihrem nächsten Kongress nach eingehender Beratung Richtlinien festsetzt für die Wege, die unsere Bevölkerungspolitik in Zukunft einschlagen soll.

Döderlein (27) erläutert die Bedeutung der Bevölkerungsbewegung in bezug auf Geburten und Sterblichkeitsziffer durch Vergleichung der entsprechenden Zahlen in Deutschland und in anderen europäischen Ländern, insbesondere Russland seit dem Jahre 1870. Von Russland haben wir in dieser Hinsicht am meisten zu fürchten. Die Ursachen des Friedensgeburtenrückganges sind: der Prohibitivverkehr, die Geschlechtskrankheiten und die kriminellen Aborte. Zu ihrer Einschränkung macht Döderlein eingehende Vorschläge. — Döderlein regt die Hausärzte an, durch genaue Beobachtungen jetzt während der Kriegszeit das Konzeptionsoptimum feststellen zu helfen. Unter Zuhilfenahme der auf diese Weise neugewonnenen Einsicht in diese noch unklaren Zusammenhänge könnte es gelingen, eine Begünstigung der Konzeption zu erzielen und so die Geburtenzahl zu heben.

Fehling (37) führt 6 Punkte an, an denen die Wirksamkeit des Arztes einsetzen könnte zur Bekämpfung des Geburtenrückganges und zwar: 1. Der

verminderte Zeugungswille, 2. die Untauglichkeit des Mannes zur Zeugung, 3. die Verminderung der Aborte, 4. der Mutterschutz in der Schwangerschaft, 5. die Verminderung der Kindersterblichkeit unter der Geburt und 6. die Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit. Danach könnten in Deutschland jährlich 2—300 000 Kinder mehr am Leben erhalten werden.

v. Franqué (42) erörtert die Frage des Geburtenrückganges lediglich vom ärztlichen Standpunkt aus, ohne damit die nichtärztlichen Gesichtspunkte für minder wichtig hinstellen zu wollen. Nach einer statistischen Einleitung unter Berücksichtigung der Bonner Verhältnisse erklärt er eine 2—2½jährige Pause zwischen den Geburten für wünschenswert. Es dürfen danach einer gesunden Frau vom 18.—32. oder auch vom 20.—35. Lebensjahr 6 Geburten ohne Bedenken zugemutet werden. Die ungünstige Wirkung des Frauenstudiums wird nachgewiesen. Das Optimum für die erste Geburt liegt nach v. Franqué schon beim 18.—20. Lebensjahr. Das Verbot antikonzeptioneller Mittel würde bei der Zunahme der Geschlechtskrankheiten infolge des Krieges nur schädigend wirken. Wichtig ist dagegen ein Kurpfuschereiverbot, die scharfe Bekämpfung der kriminellen Aborte, Einschränkung der Schwangerschaftsunterbrechung und der operativen Sterilisation. Dazu kommt noch ausgiebigere Fürsorge für Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Säuglinge.

Richter (95) sieht die Ursachen des Geburtenrückganges vorwiegend auf wirtschaftlichem Gebiet. Zu seiner Bekämpfung empfiehlt er zur Herabsetzung der Sterblichkeit: Inangriffnahme der Wohnungsfrage, der Ernährungsfrage, eines Mutterschaftsgesetzes in Stadt und Land, Ausbau des Staatsmedizinalwesens und damit Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der übertragbaren Krankheiten und der Trunksucht. Zur Diskussion sprachen Winter, Scholtz und Goppe.

Kehrer (66) fordert in seiner Abhandlung über die Organisation der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, die sich wegen der in ihr enthaltenen Fülle von Anregungen zu kurzem Referat nicht eignet, die Mitwirkung der Ärzte und besonderer Fürsorgerinnen. Über ihre Vor- und Ausbildung sind genaue Angaben gemacht. Mutter- und Säuglingsberatungsstellen sind grundsätzlich zu trennen. Ihre Aufgaben und ihre Ausgestaltung wird eingehend beschrieben. Verbesserungsbedürftig ist auch das Pflegekinderwesen. Die Einführung der gesetzlichen Berufsvormundschaft für Uneheliche ist zu fordern. Auch die Fürsorge für Frühgeborene kann noch erheblich verbessert und erweitert werden. Die ärztliche Leichenschau ist für Pflegekinder gesetzlich einzuführen. Kehrer will die Säuglingsfürsorge den Hebammen übertragen wissen, die dazu aber zunächst einer besonderen Vorbildung bedürfen. Auch die Ärzte müssen sich einer speziellen Ausbildung für die Wahrnehmung der Fürsorgesprechstunden unterziehen. Wirtschaftliche Unterstützungen der Schwangeren und Wöchnerinnen sind nicht zu entbehren. Alle Faktoren, die die Kenntnis der Säuglingspflege fördern können, werden besprochen. Schliesslich wird eine Reichswochenhilfe und Stillbeihilfe auch für die Friedenszeit als wünschenswert bezeichnet.

Sanna (102) gibt die vielfach fälschliche Verwertung der Säuglingssterblichkeitsziffer auf Grund eines umfänglichen statistischen Materials unter besonderer Berücksichtigung der Budapester Verhältnisse Veranlassung, folgende Sätze aufzustellen:

1. Säuglingssterblichkeitsziffern können nur mit Heranziehung der Geburtenziffern verwertet und bewertet werden.

2. Will man die Säuglingssterblichkeitsziffer verschiedener geographischer Einheiten vergleichen, so ist es notwendig, die Säuglingssterblichkeitsziffer solcher Epochen zu vergleichen, in denen noch die Geburtenziffer die gleiche war.

3. Ein Vergleichen und Bewerten der Säuglingssterblichkeitsziffer einzelner Epochen verschiedener geographischer Einheiten unter gleichzeitiger Be-

rücksichtigung der Geburtsziffer ist möglich durch Betrachtung und Vergleichung der Zahl derjenigen Säuglinge, die das erste Lebensjahr überlebt, also in das zweite Lebensjahr eingetreten sind.

Einen weiteren Einblick in die Bedeutung der Verhältnisse, die durch Geburts- und Sterbeziffer bedingt sind, gewinnen wir, wenn wir die sozialbiologischen Zusammenhänge der Vermehrung betrachten, also feststellen, wie viele Geburten und Todesfälle in der geographischen Einheit (Stadt oder Staat) stattgefunden haben, bis in der geographischen Einheit die Zahl der Lebenden sich um hundert vermehrte.

Thoma (127) empfiehlt, um die Kindstötung durch ledige Mütter zu verhindern und die Zahl der kriminellen Aborte zu vermindern, die Errichtung grosser Anstalten, in der ledige und verheiratete Mütter kostenlos niederkommen und ihre Kinder abgeben können. Die Aufnahme muss schon in der Schwangerschaft ermöglicht werden. Besondere Baracken nehmen gesunde, tripper- und lueskranke Frauen auf. Da auch den Verheirateten so die Sorge um den Nachwuchs abgenommen wird, so werden die wirtschaftlichen Verhältnisse kein Ehehindernis sein. Die Kinder werden bis zum 6. Lebensjahr zunächst in besonderen Anstalten verpflegt und aufgezogen. Der Verhütung der Übertragung der Geschlechtskrankheiten sollen Tag und Nacht geöffnete Untersuchungsanstalten dienen, in denen den sie Aufsuchenden Gesundheitszeugnisse mit Angabe der Uhrzeit der Untersuchung ausgestellt werden; nur mit diesem Zeugnis versehen ist der Geschlechtsverkehr gestattet.

Dass die Ausführung dieser Vorschläge wohl am Geldpunkt zunächst schon scheitern wird, deutet Verfasser selbst am Schluss seiner eine Fülle von Einzelheiten enthaltenden Vorschläge an.

Ebeler (31) sah in der Füthschen Klinik nach Kriegsausbruch eine ganz auffällige Zunahme der Aborte. Dass für eine grosse Zahl von diesen Fällen das psychische Moment eine ursächliche Rolle spielt, dafür spricht, dass nur sehr selten artefizielle Einwirkung zugegeben wurde, ganz besonders aber der in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle afebrile Verlauf. Diese Erfahrung berechtigt dazu, unter den ätiologischen Faktoren des Abortes den seelischen Einflüssen doch wohl einen breiteren Raum zuzuerkennen, als es von vielen Seiten bisher geschehen ist.

Ruge (99) vertritt die Ansicht, dass ein zwar nur kleiner Teil der Ärzte, dieser aber in sehr erheblichem Umfang schuld ist an einem grossen Teil der indikationslos, ja kriminell eingeleiteten Aborte. Nur eine soziale Hebung des ganzen Ärztestandes vermag hierin Wandel zu schaffen.

Nach Siegels (116) Untersuchungen an 200 Fällen von Kriegerfrauen mit eindeutig bestimmtem Konzeptionstermin liegt das Konzeptionsoptimum etwa auf dem 6. Tage nach Menstruationsbeginn. In den ersten 9 Tagen nach Beginn der Menses überwiegen die Knaben-, nach dem 15. Tage die Mädchengeburten.

Siegel (115) fand, wie Ruge II, einen deutlichen Knabenüberschuss an 2 Beobachtungsreihen der Freiburger Frauenklinik, nämlich 112 bzw. 117,4 Knaben auf 100 Mädchen. Siegel bringt diese Erscheinung in ursächlichen Zusammenhang mit der von ihm gewonnenen Anschauung, dass vom 1.—9. Tage post menstruationem Knaben, vom 10.—14. Tage Knaben und Mädchen und vom 15.—22. Tage Mädchen gezeugt werden und vom 23.—28. Tage fast keine Schwängerung statthat, indem er rechnerisch nachweist, dass die Aussichten der beurlaubten Ehemänner, einen Knaben zu erzeugen, sich zu der Aussicht, Mädchen zu erzeugen, verhält wie 17 zu 11.

Carl Ruge II (100) konnte feststellen, dass das Durchschnittsgewicht aller reifen Neugeborenen im Jahre 1915/16 im Vergleich mit dem des Jahres 1913 nur innerhalb der physiologischen Grenzen geringer ist. Der Knabenüberschuss war von 103 auf 100 auf 116 auf 100 in dieser Zeit gestiegen. Verf. emp-

fiehlt, den Frauen vom Beginn der Schwangerschaft bis 3 Monate nach der Entbindung eine wenn auch geringe Zulage an eiweiss-, fett- und kohlehydrathaltigen Nahrungsmitteln zu gewähren.

Sellheim (113) beschreibt an der Hand von Schnitten und Grundrissen den Um- und Neubau der Tübinger Frauenklinik. Die Steigerung der Patientinnenzahl von 600 im Jahre 1890 auf 2000 im Jahre 1912 machte in gleicher Weise wie die Änderungen in der Art des klinischen Unterrichtes und der Krankenbehandlung die baulichen Veränderungen nötig.

Zur Schonung des Gefühls der Hilfesuchenden sind die Zugänge für Kranke und für Studierende streng geschieden. Auch der Zugang zum aseptischen Operationssaal ist getrennt für Patientin, Ärzte, Zuschauer und Schwester, so zwar, dass sich ihre Wege nicht kreuzen. Der Anblick der Operationsvorbereitungen wird der Patientin vollkommen erspart. Die Einrichtung eines vom Hörsaal aus unmittelbar zugängigen Spektatorium ermöglicht es, den Hörern Operationen in allen Einzelheiten zu zeigen, ohne dass ihre Nähe der Operierten Schaden bringen kann. Laboratorien für alle in Betracht kommenden wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden sind eingerichtet, und ein eigenes Laboratorium und ein Museum gelten dem Studium der Frauenkunde. Eine Fülle interessanter Einzelheiten enthält die Abhandlung.

Stoeckel (122) lässt den von anderer Seite gemachten Vorwurf der Vielschreiberei für den gynäkologischen Nachwuchs nicht ohne weiteres gelten, bzw. macht dafür verantwortlich auch diejenigen, die zum Vielschreiben anregen oder die Menge der Arbeiten in die von ihnen redigierten Zeitschriften aufnehmen. Hinsichtlich der Reform des medizinischen Unterrichtes fordert er eine bessere theoretische und praktische Vorbildung der Studierenden vor dem Besuch der eigentlichen geburtshilflich-gynäkologischen Klinik durch eine propädeutische Klinik in Gestalt eines Pflichtkollegs. Auch das praktische Jahr sollte in irgend einer Form der geburtshilflichen Weiterbildung nutzbar gemacht werden. In seiner auch mit Rücksicht auf die Volksvermehrung aufgestellten Forderung nach einer gründlicheren geburtshilflichen Ausbildung der Ärzte berührt sich Stoeckel mit den von Winter in seiner Arbeit über die Bevölkerungspolitik aufgestellten Grundsätzen, die er im einzelnen durchgeht. Seine Forderungen gipfeln trotz aller dagegen geltend zu machenden Bedenken in dem Ziel, die Geburtshilfe klinischer zu machen. Nur wenn dies gelingt, kann den Winterschen Vorschlägen nach Stoeckels Ansicht Erfolg beschieden sein.

C. Sammelberichte.

1. Puppel, Nachtrag zu dem Dissertationsbericht. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Neugeborenes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 3. p. 249.
2. — Nachtrag zu dem Bericht über die Dissertationen des Wintersemesters 1914/15. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1. p. 63.
3. van de Velde, Th. H. und Padtberg, J. H., Übersicht über die holländische Literatur (1911—1914). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 5. Geburtshilfe. p. 427 u. Heft 6. p. 506.
4. Weber, F., Die geburtshilflich-gynäkologischen Dissertationen der deutschen Universitäten (Sommersemester 1915). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 43. Heft 2. p. 176—187.
5. — Die geburtshilflich-gynäkologischen Dissertationen der deutschen und Schweizer Universitäten (Wintersemester 1915/16). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 1. Geburtshilfe. p. 45.

II.

Hebammenwesen.

Referent: Dr. Resa Hirsch, Berlin.

1. Alin, E., Die Hebammen und die Säuglingspflege. Verhandl. d. pediatr. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. (Silas Lindquist.)
2. *Ekstein, E., Zur Beseitigung des „normalen Punktes für die Erklärung unserer unerfreulichen Hebammenverhältnisse". Gyn. Rundschau. Heft 17/18.
3. *Epstein, Über die Notwendigkeit eines systematischen Unterrichtes in den Säuglingspflege- und Hebammen-Lehranstalten. Urban u. Schwarzenberg.
4. *Pryll, W., Zwei Vorschläge für die Hebammenreform. Gyn. Rundschau. Heft 21 u. 22.
5. — Die Hebammen als Sachverständige vor Gericht. Allg. Deutsche Hebammenztg. Nr. 5.
6. Rissmann, Ein paar alte Wünsche für das Hebammenwesen. Gyn. Rundschau. Heft 1 u. 2.
7. *Torggler, F., Zu Rissmanns „Ein paar alte Wünsche für das Hebammenwesen". Gyn. Rundsch. Heft 1 u. 2.

Torggler (7) verlangt die Hebung der sozialen Verhältnisse der praktizierenden Hebammen. Hierzu wäre vor allem erforderlich:

1. eine wirtschaftliche Sicherstellung, sei es durch Sicherung einer genügenden Geburtenzahl oder durch Sicherung eines je nach den Orten zu bestimmenden jährlichen Mindesteinkommens.
2. Schaffung von Altersversorgung (Pensionsgesetz).
3. Invaliditätsversorgung.
4. Sicherstellung für den Fall der Dienstunfähigkeit (Krankheitsversorgung).
5. Beschränkung der Freizügigkeit.

Mit diesen Forderungen erklärt sich Ekstein (2) im Wesen einverstanden, nimmt aber prinzipiell gegen dieselben, als er abrupto aufgestellt, Stellung, da selbst nach Erfüllung dieser fünf Forderungen die Verhältnisse sich nicht ändern können, solange die ganze Ausbildung und praktische Betätigung der Hebammen nicht auf ein höheres Niveau gebracht wird. Es ist ein Circulus vitiosus. Die sozialen Verhältnisse der praktizierenden Hebammen sind notdürftig, weil die Ausbildung und Leistungen mangelhaft sind und die letzteren sind mangelhaft, weil die sozialen Verhältnisse notdürftig geblieben sind. 95% der Hebammen gehen aus den sozial und materiell notdürftigen Ständen hervor, und dementsprechend baut sich die ganze Ausbildung auf dem geistigen Niveau dieser Frauen auf. Die übrigen 5% aus besseren sozialen Verhältnissen suchen ihre Ausbildung aus diesem Grunde meist in geburtshilflichen Kliniken. Ekstein betont darum nochmals seinen bereits 1911 auf der Münchener Tagung der „Vereinigung zur Förderung deutschen Hebammenwesens" gemachten Vorschlag, als Hebammenaspirantin ausschliesslich Frauen in die Hebammenlehranstalt aufzunehmen, welche einen Krankenpflegerinnenkurs mit Erfolg abgelegt haben.

Epstein (3) fordert einen praktisch-demonstrativen Unterricht. Die Schülerinnen sollen Gelegenheit haben, ein grosses Material gesunder und kranker Säuglinge zu beobachten. Nicht nur die natürliche Ernährung, sondern auch die Gefahren der künstlichen Ernährung sind in den Unterricht einzubeziehen.

Um bei Alimentationsprozessen den Entwicklungsgrad des Kindes bei der Geburt in Erfahrung bringen zu können, schlägt Pryll (4) vor, bei den Hebammen die Verpflichtung, Messungen an Neugeborenen vorzunehmen, einzuführen. Er verlangt Längenmessung, Umfang des Kopfes, der Schultern und der Hüften. Die Hebamme soll auch nicht mehr als Sachverständige, sondern nur als Zeugin vernommen werden.

III.

Physiologie der Gravidität.

Referent: Dr. Resa Hirsch, Berlin.

a) Zeugung, Schwangerschaftsveränderungen im mütterlichen Organismus, Physiologie der Frucht und ihrer Anhänge.

1. Ahlfeld, Kurzfristige Schwangerschaften. Mitteil. zur Geburtsh. u. Gyn. für die Praxis. Heft 2.
2. *Aserjer, Untersuchungen über den Geburtsharn. Bericht über schweizerische Literatur in Geb. u. Gyn. 1914/15. Ref. in Gyn. Rundschau. Heft 21/22.
3. Brindeau, L. et Nathan-Larrier, Histologie de la muqueuse utérine dans la grossesse normale. Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécol.
4. *Ellermann, V., Zeitdauer der Schwangerschaft und deren Schwankungen. Monatsschrift f. Geburtsh. 43. Heft 4.
5. Franklin, S. N., Der Blutdruck in der Schwangerschaft. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 5.
6. Gleiser, L., Beitrag zur Frage der Leberfunktion in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Bern 1914.
7. *Gröné, O., Kommt eine Überbefruchtung (Superfoetatio) beim Menschen vor? 11. Kongress des nord. chirurg. Vereins in Gothenburg. Juli. Ref. in Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
8. *— Kommt Überbefruchtung (Superfoetatio) vor? Verhandl. d. nord. chirurg. Vereins. Sitzg. v. 5.—8. Juli. Gothenburg.
9. Hedenberg und Strindberg, Beitrag zur Kenntnis der Anatomie und der Funktion der menschlichen Plazenta. Anat. Anz. Nr. 2.
10. Jacobi, W., Beitrag zur Nierenfunktion während der Schwangerschaft und im Wochenbett. Inaug.-Diss. Breslau.
11. Keibel, F., Über die Grenze zwischen mütterlichem und fötalem Gewebe. Anat. Anz. 1915. Nr. 10.
12. *Lehn, Charlotte, Über die Veränderungen des Körpergewichtes während der normalen Geburt nebst Bemerkungen über die Fruchtwassermenge. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 3.
13. Litzenberg, A Study of Liver Function in Normal Pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Nr. 2.
14. *Meyer-Ruegg, Über künstliche Befruchtung beim Menschen. Münch. med. Wochenschrift. 3. Okt. p. 1416.
15. *Mössmer, Über Kriegsneugeborene. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
16. *Momm, Hat die eiweiss- und fettarme Nahrung einen Einfluss auf die Entwicklung der Frucht? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
17. *Puk, J., Über menstruationsähnliche Blutungen in der Schwangerschaft. Gyn. Rundsch. Wien. Jahrg. 10.

18. *Pryll, Kohabitationstermin und Kindsgeschlecht. Münch. med. Wochenschr. Nr. 45.
19. *Ruge, Carl II, Über den Einfluss der Kriegsernährung auf Fruchtentwicklung und Laktation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
20. *Ryser, Blutzucker in der Gravidität, während der Schwangerschaft, der Geburt, im Wochenbett und bei den Schwangerschaftstoxikosen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 118. Heft 4 u. 5.
21. Schatz, F., Die Ursachen der Kindeslagen. Arch. f. Gyn. Bd. 104. Heft 3. Bd. 105. Heft 1 u. 2.
22. *Schlagenhaufer und Verocay, Ein junges menschliches Ei. Arch. f. Gyn. Bd. 105. Heft 2.
23. *Sellheim, H., Experimentelle und vergleichende Untersuchungen über die „Entwicklung" der typischen Fruchtlage. Arch. f. Gyn. Bd. 106. Heft 1.
24. Siegel, W. P., Weitere Beobachtungen zur Konzeptionsfähigkeit der Frau und zur Geschlechtsbildung des Kindes. Vortrag in d. Freiburg. med. Ges. 9. Mai.
25. *— Bedeutung des Kohabitationstermines für die Befruchtungsfähigkeit der Frau und für die Geschlechtsbildung des Kindes. Münch. med. Wochenschr. Nr. 23.
26. de Snoo, Mitteilung über die Bedeutung des Kochsalzes in der Schwangerschaft. (Wird in extenso erscheinen.) Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. (Mendes de Leon.)
27. Walther, V. M., Beitrag zur Kasuistik der Konzeptionen im vorgerückten Lebensalter. Inaug.-Diss. Leipzig.
28. Werner, Untersuchungen über die Nierenfunktion bei gesunden und kranken Schwangeren und Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. Heft 1.
29. *Zangemeister, W., Über das Körpergewicht Schwangerer nebst Bemerkungen über den Hydrops gravidarum. Zeitschr. f. Geburtsh. 78. Heft 2.

Bei 145 Frauen, deren Urin während der Schwangerschaft ganz normal war, hat Aserjer (2) unmittelbar post partum und am zehnten Tag des Puerperium den Urin untersucht und dabei gefunden, dass bei ganz gesunden Schwangeren durch die Geburt leichte Nierenfunktionsstörungen auftreten können. Mehr als die Hälfte der Kreissenden zeigte Albuminurie, die jedoch rasch verschwindet, so dass nur bei einem Viertel der geschädigten Wöchnerinnen am zehnten Tag noch Eiweissspuren vorhanden sind. Bei mehr als einem Drittel trat eine im Wochenbett ebenfalls rasch verschwindende Zylindrurie auf. In einem Fünftel der Fälle wurde Zucker festgestellt, der aber mit Ausnahme des Milchzuckers im Wochenbett auch wieder verschwand. Azetonurie wurde in 11% der Fälle nachgewiesen.

Nach exakten mathematischen Berechnungen verschiedener Statistiken, die Ellermann (4) zusammengestellt hat, beträgt die Durchschnittsschwankung in der Dauer der Gravidität zwischen 10,1 und 10,6 Tagen. Die Grenzen für Fälle mit einem Kindsgewicht von 3—3,5 kg können zu 240 und 300 Tagen festgesetzt werden.

Gröne (7) hielt auf dem Kongress in Gothenburg einen Vortrag über die Superfoetatio beim Menschen. Es ist bis heute noch kein Fall von Superfoetatio beschrieben, aber aus theoretischen Erwägungen heraus lässt sich die Möglichkeit einer solchen nicht verneinen.

Charlotte Lehn (12) berichtet über die Veränderungen des Körpergewichtes während der normalen Geburt. Bei rechtzeitiger Geburt beträgt der Gewichtsverlust nicht ganz $^1/_{10}$ des Körpergewichtes der Kreissenden, schwankt im Einzelfalle zwischen $^1/_4$—$^1/_{12}$ dieses Gewichtes. Die Zahl der stattgefundenen Geburten scheint keinen wesentlichen Einfluss auf die absolute Gewichtsabnahme auszuüben. Der relative Gewichtsverlust (pro Kilogramm Körpergewicht berechnet) ist bei Erstgebärenden im Mittel nur 0,003 kg grösser als bei Mehrgebärenden. Je schwerer der mütterliche Körper, um so grösser ist die mittlere Differenz zwischen dem relativen Gewichtsverlust und dem relativen Gewicht

des Eies. Der gesamte Gewichtsverlust der Mutter schwankt entsprechend der Grösse des Kindes. Die normale Fruchtwassermenge beträgt bei rechtzeitiger Geburt im Mittel 1070 g und zwar 1000 g bei Erstgebärenden und 1200 g bei Mehrgebärenden. Je länger die Geburt dauert, um so grösser ist der mittlere Gewichtsverlust. Er beträgt bei 24stündiger Geburt 67,9 g, bei 12stündiger nur 59,1 g.

Meyer-Ruegg (14) nahm bei 2 Fällen künstliche Befruchtung vor. Ein Fall brachte vollen Erfolg, indem nach achtjähriger Sterilität Schwangerschaft eintrat und ausgetragen wurde. Beim anderen Fall kam es auch zur Konzeption, aber in der siebenten Woche erfolgte Abort. In beiden Fällen gab Impotentia coeundi Anlass zu den Versuchen; die künstliche Besamung trat an die Stelle der Kohabitation. In beiden Fällen mussten die Versuche über längere Zeit hin fortgesetzt werden, bevor Konzeption erfolgte. Das Sperma wurde mittelst eines halbsteifen, dünnen Katheters teils in den untersten Abschnitt des Zervikalkanals, teils bloss in das Scheidengewölbe gespritzt. — Die Anwendung ist nur dort gerechtfertigt, wo zeugungskräftige Samenfäden wegen Impotentia coeundi masculina oder feminina gesunde innere Genitalien nicht zu erreichen vermögen.

Mössmer (15) tritt den Angaben Kettners über die jetzige Häufigkeit kleiner, im Wachstum zurückgebliebener, auffallend magerer Neugeborener entgegen. Seine Beobachtungen erstrecken sich auf Vergleiche von Neugeborenen vor und in dem Kriege und zwar auf die Zeiten 1. April 1913 bis 31. Mai 1914 und 1. April 1915 bis 31. Mai 1916. Das durchschnittliche Gewicht betrug 3340 g, die durchschnittliche Länge 50,8 gegen 3350 bzw. 50,9 cm vor dem Kriege. Es besteht also so gut wie kein Unterschied. Auch die Frequenz der sog. Riesenkinder (4000 g und mehr) hat keine Abnahme gefunden.

Eine nennenswerte Steigerung des Knabenüberschusses unter den Kriegskindern ist nicht erfolgt, auf 100 Mädchen kommen 107 Knaben.

Auch auf die Stillfähigkeit der Mütter hat die Ernährung keinen nachteiligen Einfluss ausgeübt, alle Mütter fast ohne Ausnahme konnten ihre Kinder stillen, auch solche, die es früher nicht getan hatten.

Ruge (19) hat das Durchschnittsgewicht aller reifen Neugeborenen in der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin vom 1. Juli 1915 bis zum 30. Juni 1916 mit dem des Jahres 1913 verglichen und festgestellt, dass der Unterschied zwischen den beiden Zahlen nur gering ist und innerhalb der physiologischen Grenzen liegt. Im Jahre 1913 betrug das Durchschnittsgewicht 3349 g; im Jahre 1915/16 3319 g; eine Beeinflussung der Frucht durch die mütterliche Ernährung findet also so gut wie gar nicht statt. Anders liegt es für den mütterlichen Körper; denn eine schlechte Ernährung setzt den Kräftezustand der Mutter während der Schwangerschaft beträchtlich herab und während der Laktation wird nicht nur die Quantität und Qualität der abgesonderten Milch vermindert, sondern es können auch schwere Erschöpfungszustände eintreten. Im Interesse der schwangeren und stillenden Mutter ist es daher nötig, Zusatzkarten sowohl für Fleisch und Fett als auch für Kohlehydrate zu verabreichen, und zwar vom Beginn der Schwangerschaft bis $^1/_4$ Jahr nach der Geburt.

Zu demselben Resultat über die Gewichtsverhältnisse der Neugeborenen kommt Momm (16). Eine Unterernährung der Mutter hat keine Abnahme des kindlichen Körpergewichtes zur Folge.

Über das Zahlenverhältnis von Knabengeburten zu Mädchengeburten während des Krieges hat auch Ruge Vergleiche des Jahres 1913 mit dem Jahre 1915/16 angestellt. Im Jahre 1913 kamen auf 100 Mädchen nur 103 Knaben, im Jahre 1915/16 aber war das Verhältnis 100 : 166. Die Zahlen sind noch zu klein, um bestimmte Schlüsse zu ziehen.

Pock (17) stellt die in der Literatur beschriebenen Fälle über menstruationsähnliche Blutungen in der Schwangerschaft zusammen und berichtet über 6 von

ihm selbst beobachtete Fälle. Sämtliche Frauen hatten regelmässige normale Perioden, die auch nach der Befruchtung weiter regelmässig auftraten und sich an die Eigenart des natürlichen Ablaufes hielten. Erst vom vierten Monat an wurden sie schwächer, traten aber weiterhin regelmässig auf. Vier Fälle kamen zur Geburt, einer konnte nicht weiter beobachtet werden und einer führte zum Abortus.

Die Untersuchung ergab bei allen, dass die Blutung nicht aus dem Uterus selbst kam, sondern aus einer Erosion der Portio, die histologisch gutartig war. Verf. nennt die Blutungen „Pseudomenstruationen" und gibt ihnen folgende Erklärung: Wenn auch der menstruelle Blutabgang bei den Schwangeren sistiert, so bleiben doch die allgemeinen und lokalen Symptome, welche die Menstruation begleiten, z. B. die menstruelle oder prämenstruelle Hyperämie nicht ganz aus. Durch diese eintretenden Hyperämien im Gebiete des Uterus und Unterleibsvenen kommt es zu einem Stauungsprozess im genannten Zirkulationsapparat, und die Drucksteigerung bewirkt es, dass an einem punctum minoris resistentiae es solange zum Blutaustritte kommt, solange die Hyperämie besteht. Mit dem Abflauen der Hyperämie hört auch die Blutung auf. Die Erosionen sind also die Quellen der Blutungen, und die Hyperämie der Grund derselben.

Zusammenfassend ist folgendes zu sagen: Menstruationsähnliche Blutungen können in der Schwangerschaft regelmässig auftreten und können die wahre Menstruation vortäuschen. Rückwirkend auf die Schwangerschaft bewirken sie ein Ausbleiben der subjektiven Schwangerschaftssymptome bis zum Eintritte der Fruchtbewegungen. Eine stärkere pseudomenstruelle Blutung kann einen Abortus oder einen Partus praematurus bewirken.

Der Blutzucker beträgt nach Ryser (20) in der Gravidität durchschnittlich 0,08%, hält sich also in normalen Grenzen. Die Nüchternwerte von Graviden werden durch kohlenhydratreiche Nahrung meist deutlich nach oben beeinflusst. Die in der Gravidität beobachtete Glykosurie beruht nicht auf einer Schädigung durch Schwangerschaftstoxine. Eine Darreichung von Schilddrüsen und Hypophysenpräparaten veränderte die normalen Blutzuckerwerte nicht wesentlich.

Schlagenhaufer und Verocay (22) beschreiben ein sehr junges menschliches Ei, das sie bei der Sektion einer 35jährigen Selbstmörderin erhalten haben und bei dem sie genaue histologische Untersuchungen angestellt haben.

Da in diesem jungen Stadium der Schwangerschaft keine Deciduazellen vorhanden sind, ziehen sie — im Gegensatz zu den meisten Untersuchern junger Eier — es vor, nicht von einer Decidua zu sprechen. Als die Vorstadien der Deciduazellen, als Deciduabildner bezeichnen sie die besonders zahlreich in den tieferen Schichten der Schleimhaut oft in grossen Haufen vorkommenden lymphozytenähnlichen Rundzellen. Von dem Ei wurden 39 Objektträger zu je 18 Schnitten angefertigt. Es ist deutlich zu sehen, dass die Lücke, die durch das Einfressen des Eies in dem uterinen Gewebe entsteht, durch die Eiblase selbst bzw. durch den Ektoblast durch Bildung eines Epithelzellenpfropfes geschlossen wird. Auf der Oberfläche liegt dann noch ein Fibrinblutkoagulum als „Abdichtung". Dass diese Art des Verschlusses bisher noch nicht beobachtet worden ist, liegt nach Ansicht der Verfasser wahrscheinlich daran, dass bei den bisher beschriebenen Fällen das Entwicklungsstadium bereits zu weit vorgeschritten war. Dieser durch den Ektoblast selbst besorgte Schutzdeckel besteht vielleicht nur so lange, bis das Ei ganz von Bluträumen umgeben ist.

Aus der Untersuchung des Embryo sind im Vergleich mit anderen etwa gleichaltrigen menschlichen Embryonen folgende Punkte hervorzuheben:

1. Die Amnionhöhle ist ringsum geschlossen und auch gegen den Haftstiel gleichmässig gewölbt.

2. Das Mesoderm des Chorions ist schon im reichen Masse gebildet; ebenso besitzen Amnion und Dottersack, sogar die Embryonalanlage selbst Mesoderm,

ohne dass noch ein Primitivstreifen nachweisbar wäre. (Für den Menschen ist also der Primitivstreifen sicher nicht die einzige, nicht einmal die erste Mesodermquelle.)

3. Der Embryonalzapfen hat eine scharf begrenzte Oberfläche mit endothelartiger Bekleidung.

4. Der Binnenraum des Chorions wird der Hauptmasse nach von Magma reticulare erfüllt, das im frischen Zustande wahrscheinlich eine gallertige Flüssigkeit, nach der Fixierung ein Gerinnsel darstellt, aber nicht organisiert und daher auch kein Bindegewebe ist.

Nur einzelne Mesodermstränge verlaufen namentlich in der Nähe des Chorions durch das Magma, das wohl auch hier als Interzellularsubstanz des Mesoderms aufzufassen ist.

5. Unter den Mesodermsträngen ist besonders einer, der von der Spitze des Embryonalgebildes frei durch den Binnenraum des Chorions zieht, bemerkenswert. Er enthält an seinem Abgange einzelne Entodermzellen.

6. Der im embryonalen Mesoderm vorhandene Spalt, der Ähnlichkeit mit einem eben aufgetretenen embryonalen Kolon hat, ist trotzdem nur schwer als solches zu deuten, da erst wesentlich ältere Embryonen eine derartige Bildung zu zeigen pflegen.

7. Bemerkenswert ist auch der reichliche eosinophile Dottersackinhalt, zumal von den meisten Autoren junger menschlicher Embryonen nichts davon erwähnt wird.

Über die Grössenverhältnisse ist folgendes zu sagen:

Die Durchmesser der grössten Eilichtung etwa 2 : 1, 6 : 1. Die Verschlussplatte ist etwa 0,328 mm breit, 0,36 mm lang und 0,2 mm dick.

Der Embryonalschild ist 0,240 mm lang und 0,280 mm breit. Der grösste Durchmesser des Dottersackes ist etwa 0,23 mm lang und 0,184 mm breit.

Die Amnionhöhle ist etwa 0,15 mm breit und 0,02 mm hoch. Hiernach ist das Ei in die Gruppe der kleinsten einzureihen. Für die Altersbestimmung ist nicht die Grösse des Eies massgebend, sondern immer nur der Entwicklungsgrad der Keimanlagen, ev. auch der Eihüllen.

Über die Entwicklung der typischen Fruchtlage hat Sellheim (23) experimentelle und vergleichend physiologische Untersuchungen angestellt. Von alters her bestehen zwei Theorien: die Gravidationstheorie und die Akkommodationstheorie. Sie gelten beide auch heute noch, aber Sellheim legt auf Grund seiner Experimente der Gravitationstheorie keine Bedeutung bei, hat hingegen für die Akkommodationstheorie mehrere Anhaltspunkte gefunden. Er hat sehr interessante Versuche angestellt, die er in seiner Arbeit genau schildert.

Im Anschluss an früher mitgeteilte Beobachtungen über die Empfängnisfähigkeit der Frau berichtet Siegel (25) über 222 neu beobachtete Fälle. Die aufgestellte Kohabitationskurve zeigt unmittelbar nach der Beendigung der Menstruation einen Anstieg der Empfängnisfähigkeit, der am sechsten Tag nach Menstruationsbeginn mit 52% den Höhepunkt erreicht. Die Kurve hält sich bis zum 11. oder 13. Tag auf annähernd gleicher Höhe, um dann bis zum 22. Tag steil abzufallen und von da ab einer fast absoluten Sterilität Platz zu machen. Siegel hat nun auch, ausgehend von den Untersuchungen von Thein, Pflüger und Hertwig, dass die Keimzellen keine prädestinierten Männchen- oder Weibchengeschlechtseigenschaften besitzen, sondern dass das Geschlecht durch den Zeitpunkt der Kopulation bestimmt wird — überreife Eier ergeben Männchen, junge Eier Weibchen — Beobachtungen an seinen Fällen angestellt. Die diesbezügliche Kohabitationskurve zeigt 80 Fälle. Er stellt drei Rubriken auf. 1. Rubrik: 1—9 Tag, 2.: 10—14 Tag, 3.: 15—22 Tag (Kohabitationen nach Menstruationsbeginn). Rubrik 1 ergab 86% Knaben, Rubrik 3 86% Mädchen und

Rubrik 2 bildet ein Übergangsstadium. Diese Beobachtungen haben vor allem den praktischen Wert, dass wenn tatsächlich das Geschlecht abhängig ist von der Kopulation, nach dem Kriege eine Möglichkeit gegeben ist, den Rückgang der männlichen Bevölkerung einigermassen zu beheben.

Pyrll (18) bestätigt, dass das Konzeptionsoptimum im Postmenstrum liegt. Die Auffassung einer Vorherbestimmbarkeit oder Beeinflussung des Geschlechtes aus dem Alter des Eies teilt er nicht.

Das Körpergewicht von Schwangeren nimmt nach Untersuchungen von Zangemeister (29) von der 27. Woche an fast gleichmässig zu. Die Gewichtszunahme beträgt von dieser Zeit an bis zur Erreichung des Höchstgewichtes im Mittel 5,55 kg, das heisst 405 g pro Woche = 58 g pro Tag. Das Höchstgewicht wird meist am drittletzten Tag, ev. auch früher erreicht. In den letzten Tagen der Schwangerschaft findet eine erhebliche Gewichtsabnahme statt, im Mittel 1 kg. Diese Gewichtszu- und -abnahme ist bei Erst- und Mehrschwangeren nahezu gleich. Dagegen ist die Gewichtszunahme bei schweren Schwangeren erheblicher als bei leichten Schwangeren. Ausserdem ist die Gewichtszunahme und -abnahme vom Alter der Frau und der Grösse der Frucht abhängig, die Zunahme ist aber nicht nur durch das Wachstum des Eis bedingt, sondern der Körper der Frau nimmt selbst zu, im Mittel um 0,6 kg im Monat. Die Gewichtsabnahme wird durch Vorgänge im Organismus, nicht durch Gewichtsabnahme des Eis bedingt, obwohl Schwankungen in der Menge des Fruchtwassers vorkommen. Über die Natur dieser Vorgänge wissen wir nichts, eine Steigerung der Diurese fehlt auch häufig in den letzten Stadien der Schwangerschaft. Absterben der Frucht bedingt Gewichtsabnahme bzw. Stillstand. Hydrops gravidarum verursacht eine starke Zunahme. Der Gewichstverlust vom Ende der Schwangerschaft bis zum zehnten Tage des Wochenbettes beträgt ca. 7,54 kg, bei Hydropsien bis 12,3 kg. Hydrops gravidarum, anfänglich noch ohne Albuminurie, bedingt eine Abnahme der Diurese beiläufig auf die Hälfte der Norm, sie ist wahrscheinlich der Vorläufer der Nephritis. Die Wasserretention lässt sich durch regelmässige Kontrolle des Körpergewichtes am ehesten bewerten. Durch wasserentziehende Vorgänge, Bettruhe, Einschränkung der Flüssigkeitsaufnahme, Anregung der Schweisssekretion (Heissluftkasten) und durch Digitalis lässt sich der Hydrops meist prompt beseitigen.

Gröne (8) beschreibt einen Fall von Drillingsabort mit einem Fötus von 10 cm, die anderen von 4 cm. Die verschiedene Entwicklung zeigte bei mikroskopischer Untersuchung, dass die beiden kleineren Fötus auf einer früheren Stufe abgestorben waren, denn sie waren, besonders die inneren Organe, völlig dekomponiert. Verf. ist der Meinung: 1. Eine Superfoetatio lässt sich aus theoretischen Gründen nicht verneinen; 2. der Fall des Verf. ist keine Superfoetatio; 3. kein anderer Fall ist bisher beschrieben, der sicher beweist, dass Superfoetatio vorkommt. 4. Es ist gegenwärtig nicht möglich, einmal einen Fall theoretisch zu konstruieren, der genügende Beweise für die Entstehung einer Superfoetatio beim Menschen liefert.

(Silas Lindqvist.)

---

b) Diagnostik und Diätik.

1. Allgemeines.

1. Donald, A., Case of Pregnant Woman. Brit. Med. Journ. London.
2. *Engelhorn, Typhusschutzimpfung bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Med.-naturwissensch. Ges. in Jena. 9. Dez. 1915. Ref. in Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 17.

3. Reed, Ch., Die Anregung von Wehen am Ende der normalen Schwangerschaft. Zeitschrift f. Gyn. Nr. 17. p. 297.
4. *Tschirch, Al., Typhus und Typhusschutzimpfungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. Bd. 105. Heft 3.

Engelhorn (2) berichtet in einem Vortrag über Typhusschutzimpfungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen und kommt auf Grund seiner bei 70 Schwangeren und 50 Wöchnerinnen vorgenommenen Impfungen zu folgenden Schlüssen. Sowohl während der Schwangerschaft (zweite Hälfte) als auch im Wochenbett kann die Impfung ohne Schaden für Mutter und Kind vorgenommen werden. Abgesehen von kleinen Störungen des Allgemeinbefindens traten keinerlei Schädigungen ein; eine Unterbrechung der Schwangerschaft wurde in keinem Falle beobachtet. Erfahrungen darüber, wie die Typhusschutzimpfungen in den ersten Monaten der Schwangerschaft vertragen werden, besitzt Engelhorn nicht. Die Untersuchung des Nabelschnurblutes neugeborener Kinder (37), deren Mütter während der Schwangerschaft einer Impfung unterzogen waren, zeigte in keinem Falle Agglutination; es scheinen demnach die im mütterlichen Organismus im Anschluss an die Schutzimpfung auftretenden Schutzstoffe nicht auf das Kind überzugehen. Zu dem gleichen Resultat kommt auch Tschirch (4) bei seinen Beobachtungen während der im Herbst 1915 aufgetretenen Typhusepidemie. Er hat Schutzimpfungen bei Schwangeren in den letzten 4 Monaten der Gravidität und bei Wöchnerinnen ausgeführt, die ohne Schädigungen für Mutter und Kind verliefen. Eine Immunisierung des Kindes findet nicht statt. Hingegen ist Typhus bei Schwangeren immer eine schwere Komplikation für die Frucht. Es ist anzunehmen, dass die Infektion auf den Fötus übergeht, dieser abstirbt und dass es infolgedessen häufig zu vorzeitigen Geburten kommt.

2. Serologische Schwangerschaftsdiagnostik.

1. Alzmann, Y., Einige Beiträge zur biochemischen Schwangerschaftsdiagnose. Inaug.-Diss. Würzburg 1914.
2. Barnard, E., Occurrence of Urobilinogen and Urobilin in the Urine of Pregnant and Nonpregnant women. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 22.
3. *Beuttner, Untersuchungen mit der Abderhaldenschen Reaktion. Gyn. Ges. d. franz. Schweiz. Genf u. Lausanne. 1914.
4. Biberstein, H., Experimentelle Untersuchungen über die Spezifität der proteolytischen Serumfermente. Inaug.-Diss. Breslau.
5. Broufenbrunner, J., Present Status of Abderhalden Reaction and of Theory so-called Abwehrfermente. Journ. of Laboratory and Clin. Med. St. Louis. Nov. 1. Nr. 2.
6. *Bunzel, Edm. und Bloch, F., Beitrag zur Technik und klinischen Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Reaktion. Münch. med. Wochenschr. Nr. 1.
7. Cuther, S. and Morse, M., Experiences with the Kintzi-Malour urinary test fort Pregnancy. The Journ. of the Amer. Assoc.
8. Falco, A., Histological and Physiopathological Experiments on the Internal Secretion of the Pancreas in Pregnancy. Ann. di Obst. e. Gin. Jan. 31.
9. *Falls, F. H., Der gegenwärtige Stand der Abderhaldenschen Reaktion. Journ. of Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 23. Ref. in Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
10. — Blood Ferments in Pregnancy. Illinois Med. Journ. Chicago.
11. — The value of the Wassermann Test in Pregnancy. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 8.
12. Fekete, A. v., Ergebnisse über die uterotonische Wirkung des Serums Kreissender. Monatsschr. f. Geb. Aug.
13. Frank und Rosenbloom, Über physiologisch aktive Substanzen in Plazenta und Corpus luteum. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 21. Nr. 5.
14. Fujii, T., Über das Vorkommen von gerinnungshemmenden Substanzen in den weiblichen Geschlechtsorganen und in der Plazenta. Biochem. Zeitschr. 1914. Bd. 66. p. 368.

15. Geipel, P., Zur Kenntnis des Vorkommens des decidualen Gewebes in den Beckenlymphdrüsen. Arch. f. Gy. Bd. 106. Heft 2.
16. Gentili, A., Histochemical Studies of the Function of the Placenta. Ann. de Ost. e Gin. Febr. 29.
17. *Hüssy, P. und Herzog, Th., Nachweis der Abwehrfermente im histologischen Schnitte. Arch. f. Gyn. Heft 1. p. 142.
18. *— und Kistler, Diagnostischer Wert der Schwangerschaftsdiagnose nach Abderhalden. Bericht über schweizerische Literatur in Geb. u. Gyn. 1914/15. Ref. in Gyn. Rundschau. Heft 21/22.
19. Hymanson, A. und M. Kahn, Lipoid content of maternal and fetal blood. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 2.
20. Irvings, F. C., Systolic blood pressure in pregnancy. Journ. of Amer. Med. Assoc. 935.
21. Judd, A. M., Wassermann Reaction in Pregnancy. Amer. Journ. of Med. Sciences. Philadelphia. June.
22. Kervily, M. de, La villosité du placenta, ses formations mitochondriales et ses processus d'élaboration. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Paris. 5 Juin. Nr. 4.
23. — Origine des cellules vacuolaires libres du stroma des villosités placentaires chez la femme. La presse méd. 13 Avril.
24. *König, F., Über die Brauchbarkeit der optischen Methode zur Diagnose der Schwangerschaft. Bericht über schweizerische Literatur in Geb. u. Gyn. 1914/15. Ref. in Gyn. Rundsch. Heft 21/22.
25. Kolmer, J. A. und Rh. F. Williams, Serumstudien in der Schwangerschaft. 1. Eine Studie über die Spezifität der Schwangerschaftsfermente vermittelst lokaler Hautreaktionen. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. Nr. 6. 1915.
26. *Lindstedt, F., Über die Entwicklung und gegenwärtige Lage der Frage von den sog. Abwehrfermenten (Abderhalden) nebst Untersuchungen über die Spezifizität der Graviditätsreaktion. Hygiea. p. 833.
27. *Möller, W., Zur klinischen Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion mittelst des Dialysierverfahrens. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 2.
28. *Pilossian, Sch., Contribution à l'étude du séro-diagnostic de la grossesse par la méthode d'Abderhalden. Bericht über schweizerische Literatur in Geb. u. Gyn. 1914/15. Ref. in Gyn. Rundsch. Heft 21/22.
29. Reichenbach, A., Über Abderhaldensche Versuche spezifischer Schwangerschaftsreaktionen mit dem Dialysierverfahren.
30. Rüssmann, A., Über das Vorkommen von Fermenten im Amnionepithel und Fruchtwasser. Inaug.-Diss. Würzburg 1914.
31. Sachs, H., Über den Einfluss der Milch und ihrer Antikörper auf die Wirkung hämolytischer Toxine. Berl. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 29.
32. Slemons, M., The results of a routine study of the placenta. Amer. Journ. of Obst. Nr. 2.
33. Zubrzycki, R. v., Zur Beeinflussung der Katalysatoren in der Schwangerschaft. Gyn. Rundsch. Jahrg. 9. Heft 11 und 12.

Beuthner (3) hat Versuche mittelst der Abderhaldenschen Reaktion angestellt. Nach ihm kann die Reaktion nicht als sicheres Mittel zur Schwangerschaftsdiagnose betrachtet werden, auch nicht zur Differentialdiagnose gegenüber gynäkologischen Erkrankungen.

Bunzel und Bloch (6) wollen nach den Ergebnissen ihrer Untersuchungen noch kein abschliessendes Urteil über den Wert und die Bedeutung der Abderhaldenschen Reaktion fällen. Eine allgemeinere Verwendung der Reaktion dürfte jedenfalls erst möglich sein, wenn ihre Technik einfacher gestaltet sein wird. Auch Falls (9) hält die Reaktion nicht für eine spezifische und unfehlbare Probe für die Diagnose von Gravidität, Karzinom usw. und rät, die Probe stets nur unter voller Berücksichtigung der möglichen Fehler und die ihr — wie allen biologischen Reaktionen — gezogenen Grenzen anzustellen.

Der Nachweis der Abwehrfermente im histologischen Schnitte kommt nach Hussy und Herzog (17) für die Schwangerschaftsdiagnostik nicht in

Betracht. Sie geben eine Beschreibung ihrer angewandten Methode, die unzweifelhaft einfacher ist als das Dialysierverfahren, dieses aber nach den von ihnen ausführlich auseinandergesetzten Gründen nicht ersetzen kann.

Hüssy und Kistler (18) hatten unter 67 Fällen nur eine einzige Fehlreaktion (in einem Falle, in dem das Blut bei einer extrauterinen Gravidität direkt aus der Bauchhöhle entnommen worden war). Sie machen auf die eminente Wichtigkeit peinlichster Sauberkeit beim Arbeiten aufmerksam, denn die kleinste Unterlassungssünde kann zu Fehldiagnosen führen.

König (24) berichtet seine Erfahrungen über die Brauchbarkeit der optischen Methode zur Schwangerschaftsdiagnose bei 106 Fällen. Unter 13 Nichtschwangeren war eine Fehlreaktion. Unter den 73 sicher Graviden waren 13 Versager, wovon 7 Fälle auf das Konto der ungemein schwierigen Technik gesetzt werden, bleiben also nur 6 Fehldiagnosen. Bei 21 Wöchnerinnen fiel bis zum 10. Tag die Reaktion positiv aus. König glaubt, dass es zweifellos Fälle von gesunden Schwangeren gäbe, deren Serum auf Plazentapepton keine abbauenden Wirknngen zeige.

Lindstedt (26) hat bei 98 Graviditätsreaktionen in ca. 33% nichtspezifische Resultate erhalten: von 32 Schwangeren reagierten $^3/_4$ positiv, von 66 Nichtschwangeren ca. $^3/_4$ negativ und $^1/_4$ positiv. Indem Verf. bei Prüfung der Hülsen nur 1 ccm Serum, welches Plazentaabbauprodukte enthielt, nur 2—4 Stunden dialysierte (statt nach Abderhaldens Vorschrift 5 ccm 12% Seifenpeptonlösung und eine Dialysenzeit von 16 Stunden anzuwenden), zeigte er aber, dass Abderhaldens Prüfungsweise keine sichere Garantie für gleichmässige Durchlässigkeit der Hülsen ergab. Aus erwähntem Versuch wird deshalb nur geschlossen, dass sich wahrscheinlich bei Schwangeren, wenigstens öfter und in höherem Grade, proteolytisches Ferment gegen Plazenta findet als bei Nichtschwangeren. In einer anderen Untersuchungsreihe hat sich Verf. einer modifizierten Dialysiermethode bedient, die in folgenden Punkten von der gebräuchlichen abweicht:

1. Anwendung von leicht durchlässlichen und auf oben erwähnte Weise geprüften Kollodiumhülsen.

2. Bei der Endreaktion mit Ninhydrin wird die Konzentration von Eiweissabbauprodukten im Dialysat bedeutend erhöht.

3. Digestion und Dialyse (nur 1 Stunde) werden nacheinander und unabhängig voneinander angesetzt.

Hierdurch werden unter anderem folgende Vorteile gewonnen:

1. Sichere Garantie für gleichmässig durchlässige Hülsen.

2. Verminderte Infektionsgefahr und dadurch einfacheres Verfahren.

3. Bedeutend grössere Empfindlichkeit beim Nachweis kleinerer Fermentmengen.

Mit dieser Methode konnte in 100% von den 60 untersuchten Fällen (mehr als $^4/_5$ Nichtschwangere) sehr deutlich proteolytisches Ferment gegen Plazenta nachgewiesen werden. Derartiges Ferment findet sich also wahrscheinlich in allen Sera. (Autoref.)

Möller (27) hat bei 99 Fällen die Abderhaldensche Reaktion ausgeführt. Diese 99 Fälle verteilen sich auf folgende Gruppen: 27 normale intrauterine Graviditäten, 4 abnorme Graviditäten bzw. unvollständiger Abortus (1 Fall), 20 Fälle von Puerperium nach reifer Schwangerschaft oder Fehlgeburt, und 48 sicher nichtschwangere Individuen, teils gesunde Männer oder Frauen, teils Patienten mit verschiedenen lokalen oder allgemeinen Krankheiten. Sämtliche 27 normale Graviditäten, die 4 abnormen Graviditäten und die 20 Fälle von Puerperium reagierten positiv, bis auf einen Fall nach Abortus aus dem 5. Monat, wo der Fötus mindestens 14 Tage vor Ausführung der Probe abgestorben war. In diesem Falle ist leicht anzunehmen, dass die Plazenta seit längerer Zeit mit

dem mütterlichen Organismus nicht mehr in Verbindung stand. Bei den nichtschwangeren Zuständen sind die Ergebnisse nicht so übereinstimmend. Bei 48 Fällen entstanden 12 Fehldiagnosen und zwar scheinen die entzündlichen Prozesse am häufigsten ein Fehlresultat zu veranlassen.

Eine positive Reaktion berechtigt demnach nicht, die Schwangerschaftsdiagnose mit Sicherheit zu stellen, da auch bei anderen Zuständen, bei welchen eine Resorption plasmafremder Stoffe stattfindet, in gewissen Fällen Plazentaeiweiss abbauende Abwehrfermente naehgewiesen werden können. Hingegen schliesst eine negative Reaktion mit grösster Wahrscheinlichkeit eine bestehende oder vor kurzer Zeit beendete Schwangerschaft aus.

In 50 Fällen hat Pilossian (28) das Abderhaldensche Dialysierverfahren geprüft, jedesmal 3 Versuche zu gleicher Zeit: 17 Fälle sicherer, 1 Fall zweifelhafter Gravidität und 32 Fälle Nichtgravider. Bei den Schwangeren wurde stets eine positive Reaktion, und zwar eine stärkere bei graviden Frauen als bei Aborten erzielt. In den Fällen, in denen bei Fibromen Nichtschwangerer eine positive Reaktion erfolgte, waren die Frauen mit Röntgenstrahlen behandelt worden und es liesse sich denken, dass die Zerfallsprodukte im Blute Schuld an dem positiven Ausfall gewesen seien. In 35% aller Nichtschwangeren führt die erhaltene positive Reaktion den Verf. zur Ansicht, dass das Serum gewisser Kranken (Karzinom, Endometritis, Kystom, Pyosalpinx, Appendizitis, Retroflexio uteri) proteolytische Fermente enthalte ohne absolute Spezifität. Bei der wichtigen Frage Extrauteringravidität oder Adnexerkrankung schliesst der Verf. bei negativem Ausfall die Schwangerschaft aus, während eine positive Reaktion hier ohne Wert sei.

IV.

Physiologie der Geburt.

Referent: in Vertretung Professor Dr. J. Veit.

A. und B. Allgemeines und Verlauf der Geburt.

1. *Franz, Th., Zur Physiologie der 3. Geburtsperiode. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 395.
2. Holmes, Rectal as a substituts for Vaginal Examinations in Labor. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 65. p. 2229. (Warme Empfehlung der rektalen Untersuchung bei der Geburt.)
3. *Lehn, Ch., Über die Veränderungen des Körpergewichtes während der normalen Geburt nebst Bemerkungen über die Fruchtwassermenge. Inaug.-Diss. Marburg. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 3. p. 671.
4. Markoe, J. W., Posture in obstetrics. Journ. Amer. Med. Assoc. Nr. 15. p. 1066. (Historisch-ethnographische Studien, die gegen Bloss-Bartels nichts Neues bringen.)
5. Nyhoff, G. C., De verbinding tusschen het amnion en het chorion en haar praktische beteekenis by de baring. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Heft 2. Nr. 10. (Mendes de Leon.)
6. Polak, A Study of the Management of the Placental Stage of Labor with Special Reference to retained and adherent Placents. Surg., Gyn. and Obst. 1915. 11.

7. Reed, Ch. B., The Indication of Labor at Term. Chicago Gyn. Soc. Nov. 19. 1915. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 65. 26. p. 2259. (Über die Indikation dazu spricht Verf. nicht.)
8. Rudolph, Über den von mir empfohlenen Dammschutz. Zentralbl. f. Gyn. 21. (Dehnung des Ureterringes in der Wehenpause.)

Nach Lehn (3) beträgt der Gewichtsverlust bei rechtzeitiger Geburt nicht ganz $^1/_{10}$ des Körpergewichtes. Die Zahl der Geburten ist ohne Einfluss auf den absoluten Gewichtsverlust; bei Erstgebärenden ist er relativ etwas grösser als bei Mehrgebärenden.

Nach Franz (1) erfolgt auf Grund von 58 genauen Beobachtungen die Lösung der Nachgeburt in der Regel während einer einzigen Wehe, und zwar an allen Stellen gleichzeitig; und wenn die Plazenta mit einem Teile im Fundus oder in einer Tubenecke sitzt, kann ein stückweises Ablösen während mehrerer Wehen beobachtet werden; dann ist das retroplazentare Hämatom grösser. Übrigens fehlt es niemals. Der Durchtritt der gelösten Plazenta durch die Scheide erfolgt nach Schultze häufiger, wenn die Plazenta im oberen Teil des Korpus sitzt, nach Druck bei Sitz im unteren Teile.

C. Wehenmittel.

1. Bubis, J. L., Kleine Dosen von Pituitrin in der Geburtshilfe. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 5. (Wiederholte Darreichung kleiner Dosen.)
2. Bucura, Wehenverstärkung bei der Geburt. Wien. med. Wochenschr. 1914. Nr. 28. (Empfehlung des Chiasonals.)
3. *Calmann, A., Zur Pharmakotherapie der Wehenschwäche. Med. Klin. Nr. 31.
4. *Fekets, Über die uterotonische Wirkung des Serums Kreissender. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. 2.
5. *Fonyó, Über die Anwendung des Hypophysenextraktes und meine Erfahrungen bei 105 Geburten. Zentralbl. f. Gyn. 18.
6. Foulkrod, C., Pituitrinwirkung bei der Geburt. The therap. Gaz. Bd. 32. p. 305. (Hält die Wirkung von Stichpräparaten für ebensogut wie die des Pituitrin.)
7. *Goetsch, Über den Einfluss der Hypophysis auf die geschlechtliche Entwicklung des Wachstums. Bull. John Hopkins Hosp. T. 27. Nr. 300.
8. Herzog, Chineonal als Wehenmittel. Münch. med. Wochenschr. 1915. p. 1279. (Vereinigt die Wehenverstärkung des Chinins mit der Beseitigung des Veronals; besonders wirksam in der Eröffnungsperiode.)
9. Hüssy, Wehenschwäche und Wehenmittel. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 42. 6. (Sekakornin und Pituglandol empfohlen.)
10. *Jaeger, F., Über synthetisch hergestellte Wehenmittel. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 7. p. 197.
11. Köhler, Organextrakts als Wehenmittel. Zentralbl. f. Gyn. 1915. 51.
12. Lieb, Physiologie und Pharmakologie des ausgeschnittenen menschlichen Uterus. Amer. Journ. of Obst. Vol. 71. 2.
13. de Monchy, M. M., Pituitrine-inspuitingen by de baring. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Heft 2. Nr. 1. (An der Hand verschiedener Krankheitsgeschichten befürwortet Verf. den Gebrauch des Pituitrin, bringt aber nichts Neues.) (Mendes de Leon.)
14. *Oppenheim, H., Über ein neuartiges, konstantes Mutterkornpräparat. (Zugleich ein Beitrag zur Stabilisierung arzneilicher Dosen.) Deutsche med. Wochenschr. p. 1295.
15. — Bemerkungen über ein neues Blutstillungsmittel. Frauenarzt 31. p. 320. (Vereinigung mit Ergotinol und Hydrastinextrakt.)
16. Tofte, Anvendelsen af Pituitrin som intravenós Injektion, spec. ved. Blódning i Fódslens ferskellige Tidsrum. (Die Anwendung des Pituitrins als intravenöse Injektion, spez. bei Blutung in den verschiedenen Stadien der Geburten.) Ugeskrift for Laeger. p. 745—51. Kopenhagen. (O. Horn.)

An Tierversuchen hat Goetsch (7) den Einfluss der Infektion des Hypophysenextraktes auf das Wachsen der Sexualorgane studiert; es entsteht nach vorübergehender Abnahme eine starke Vergrösserung der Sexualorgane mit Hyperfunktion. Diese Wirkung besitzt nur der Vorderlappen, während der Hinterlappen wirkungslos ist. Corpus-luteum-Extrakt bewirkt beim männlichen Tier Zunahme des Fettgewebes, aber Verlangsamung der Entwicklung der Sexualorgane; beim weiblichen Tier tritt eine ähnliche Wirkung ein wie am Vorderlappen der Hypophyse, nur ist sie geringer.

Jäger (10) empfiehlt als synthetisches Wehenmittel eine Kombination von p-Oxyphenyläthylamin und β-Imidazolyläthylamin, das Tenorin.

Oppenheim (14) empfiehlt ein nach Winckel mit Alkoholdampf sterilisiertes Sekalepräparat, das unter dem Namen Ergotin „Loster" eingeführt wird. Es hat sich 3 Jahre lang unverändert erhalten.

Calmann (3) will Chinin als Wehenmittel bei Aborten und in der Eröffnungsperiode der Geburt geben. Hypophysenpräparate hält er wegen der stürmischen Wehentätigkeit für gefährlich für das Kind; er will sie daher nur geben, wenn die Geburt sofort beendigt werden kann. Als Kontraindikation gilt ihm Querlage und drohende Ruptur. Sekakornin will er nur in der Austreibungsperiode in kleinen Dosen geben. Bei Atonie will er Sekakornin oder Hypophysenpräparate in die Portio oder durch die Bauchwand in den Uteruskörper spritzen.

v. Fekete (4) hat die verschiedenen Sera Kreissender auf ihre uterotonische Wirkung untersucht. Er fand, dass das Nabelschnurblut in 4—10facher Verdünnung diese Wirkung deutlich zeigt; die Wirkung des retroplazentaren Serums ist stärker als die des Nabelserums. Bei Wehenschwäche ist die Wirkung des Serums herabgesetzt; bei Atonie noch mehr; dagegen ist sie gesteigert bei Eklampsie.

Nach Glanduitrininjektion zeigt das Serum des venösen Mutterblutes keine, die des Nabelserums eine entschiedene und die des retroplazentaren Serums eine gesteigerte Wirkung.

Fonyó (5) bestätigt im wesentlichen die Erfolge des Hypophysenextraktes; er warnt aber davor, es bei intrauterinen Eingriffen und bei der Nachgeburtsperiode anzuwenden. Auch sah er die Zeichen einer drohenden Ruptur bei engem Becken nach Anwendung des Extraktes. Wirkungslos war es nur in 5% der Fälle.

D. Narkose der Kreissenden.

1. Ahlström, E., Einige Versuche mit einem neuen Mittel Schmerzlosigkeit bei Entbindungen zu erreichen („Toxanalgine"). Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. (Silas Lindqvist.)
2. Albeck, Obstetricisk Othernarkose. (Obstetritische Äthernarkose.) (Eine besondere Ursache.) Jütländ. med. Ges. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 675—76. Kopenhagen. (O. Horn.)
3. *Barbour, Morphin and Scopolamin Action upon the Intact Uterus. Journ. Pharm. and Exp. Therapy. 1915. 7. p. 547.
4. Benzel, Zur Pudendusanästhesie in der Geburtshilfe. Münch. med. Wochenschr. p. 965. Nr. 27.
5. *— Pudendusanaesthesis in der Geburtshilfe. Unterelsäss. Ärzteverein. 10. Juni. Deutsche med. Wochenschr. p. 1274. (Bestätigung der Erfolge von Bollag. Einstich am hinteren Rande des Tuber ischii 5—6 cm tief. Beiderseits wurden 5 ccm 1% Novokainlösung injiziert.)
6. Boys, Scopolamin-Morphin in Labor, Study of 21 Cases. Michigan States Med. Soc. Journ. June.

7. Davis, Nitrous Oxid-Oxygen Analgesis in Obstetrics. Michigan Stats Med. Soc. Journ. June.
8. — Lachgas-Sauerstoffeinatmung zur Erzielung schmerzloser Geburt. Journ. Amer. Med. Assoc. Sept. 1915. (Warme Empfehlung. Transportabler Apparat.)
9. Edgar, J. Cl., Painless Labor. Tr. Amer. Gyn. Soc. Amer. Journ. of Obst. April. p. 675. (Lachgasbetäubung empfohlen.)
10. — Painless Labor. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 67. p. 739. (Stickoxydul wird als überlegen warm empfohlen.)
11. Ferreyra, Painless Delivery under Epidural anesthesia. Cronica medica Lima. 33. 5. p. 136.
12. Hatcher et Wilbert, Pharmacology of Useful drugs. Chicago 1915. p. 71. Cf. Journ. Amer. Med. Assoc. Vol. 66. p. 577.
13. Haultain and Sevift, Morphin Hyoscin Method of Painless Childbirth. Brit. Med. Journ. Oct. 14. p. 513.
14. Heany, N. S., Lachgas bei der Entbindung. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 21. 3. (Mässige Menge darf nur angewendet werden, daher nur die Nase und nicht den Mund bedeckt.)
15. Hering, H. E., Der plötzliche Tod in der Chloroformnarkose. Münch. med. Wochenschrift. Nr. 15. (Extrasystolen-Kontraindezisen-Chloroform.)
16. *Hill, J., The Use of Chloroform in the first Stages of Labor. Journ. Amer. Med. Assoc. Nr. 8. p. 559.
17. *Hüssy, P., Neue ungefährliche Form des Dämmerschlafes unter der Geburt. Zentralbl. f. Gyn. 21. p. 409.
18. Kellogg, Ether in Obstetrics. Michigan Stats Med. Soc. Journ. June.
19. King, Perineal anaesthesia in Labor. Surg., Gyn. and Obst. 23. p. 615.
20. Morley, Use of Chloroform as Obstetric Analgesis. Michigan Stats Med. Soc. Journ. June.
21. Nicholson, Geburtsanästhesie, besser Analgesie. The Therap. Gaz. Bd. 32. p. 310. (Nichts Neues.)
22. Norries, R. C., Anästhesie bei Geburten. Therap. Gaz. Okt. 1915. (In der Eröffnungsperiode will Verf. den Dämmerschlaf, in der Austreibungsperiode die Äthernarkose anwenden.)
23. Pulvermacher, Die Äthernarkose in der Geburtshilfe. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. p. 366. (Doppeltuchmaske aus 8facher Mullschicht; tropfenweise 1 Minute lang Äther; dann eine gleiche Mullschicht darüber, abermals getupft. Kein Erstickungsgefühl. Empfehlung der Methode. Keine Atonie beobachtet.)
24. Reed, Twilight Sleep. Surg., Gyn. and Obst. 22. p. 656. (Hatte 85% Erfolge.)
25. Rougy, The present Status of Twilight Sleep in Obstetrics. Amer. Journ. of Obst. 1915. Nov.
26. Schloessingk, Skopolamin-Narkophinanästhesie bei der Geburt. Med. Rev. 1915. 599. (Warme Empfehlung der Methode.)

Hüssy (9) empfiehlt zur Erreichung eines guten Dämmerschlafes Tabletten aus Dial und Dionin.

Hill (16) empfiehlt die Anwendung des Chloroforms bei der Geburt, insbesondere in Verbindung mit Hypophysispräparaten.

In einem redaktionellen Referat des Journ. Amer. Med. Assoc. über die Arbeit von Barbour (3) und Hatcher und Wilbert (12) wird die Frage kurz erörtert, ob durch den Dämmerschlaf die Wehentätigkeit ungünstig beeinflusst wird und dadurch eine Gefahr für das Kind eintritt. Sicher wirken Skopolamin und Morphium synergetisch und zwar auf das Zentralnervensystem wie auf das Herz, aber nicht auf den isolierten Uterus. Tritt aber eine Verlangsamung der Wehen ein, so ist dies nur durch zerebrale Wirkung erklärlich.

Benzel (5) hat die Pudendusanästhesie in der Geburtshilfe versucht wie sie Bollag zuerst an der Baseler Klinik empfahl. Die Technik der Injektion ist einfach; als Injektionsflüssigkeit wurde 1%ige Novokain-Suprareninlösung be-

nutzt. Die Anästhesie beginnt 15—75 Minuten nach der Injektion. In 70 Fällen von Geburten bei Erstgebärenden wurden gute Erfolge erzielt; nur 6 Versager wurden beobachtet.

V.

Physiologie des Wochenbettes.

Referent: Privatdozent Dr. A. Hamm, Strassburg i. E.

I. Physiologie und Diätetik der Wöchnerin.

1. Allgemeines.

1. *Arnold, G. O., Das Puerperium. New York Med. Journ. Vol. 102. Nr. 23. 4. Dez. 1915.
2. *Fabre und Petzetakis, Bradykardie und Automatie des Ventrikels bei Wöchnerinnen, hervorgerufen durch Kompression der Augen. Ann. de gyn. et d'obst. · 1915. Mai-Juin.
3. *Franz, Theodor und Max Kuhner, Über die Impfung von Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 3/4.
4. *Hannes, W., Die Bedeutung der Gonorrhoe für die moderne Wochenbettsdiätetik. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33. Heft 2.
5. Heil, Karl, Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochenbetts. Gyn. Rundsch. Sammelreferat. Heft 24. p. 325. (Übersichtsbericht über das Jahr 1913/14.)
6. *Hymanson, A. und Max Kahn, Lipoidgehalt des mütterlichen und fötalen Blutes. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. Nr. 6. Juni.
7. Kucera, G., Übergang der Schutzimpfungsimmunität von der Mutter auf die Frucht. Casopis lékarno ceskych 1915. p. 1423.
8. Lewis, Dean, Blutende Brustwarzen. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 22. Nr. 6. Juni.
9. *Marek, R., Einfluss des Alters auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett der I para. Casopis lékaru ceskych 1915. Nr. 34—42.
10. *Ryser, Hans, Der Blutzucker während der Schwangerschaft, der Geburt, im Wochenbett und bei den Schwangerschaftstoxikosen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 118. Heft 4 u. 5. p. 408.

Arnold (1). Allgemeine Erörterungen über moderne Wochenbettsdiätetik mit besonderem Hinweis auf die sinnlose Weiterbeachtung veralteter Regeln.

Fabre und Petzetakis (2). Die Bradykardie der Wöchnerinnen ist wahrscheinlich nervösen Ursprungs. Man kann den Ashnerschen Versuch (Augen-Herzreflex) durch Druck auf die Bulbi dazu benutzen, die Bradykardie nervöser Natur von derjenigen myokarditischen Ussprungs zu differenzieren. Bei 10 bradykardischen Wöchnerinnen traten unter dem Ashnerschen Versuch Pulsverlangsamungen um 6—35 Schläge per Minute ein; bei zwei Wöchnerinnen war es sogar möglich, durch Druck auf die Augen die vollständige Automatie des Ventrikels auszulösen.

Franz und Kuhner (3). Die drohende Blatterngefahr im vorigen Jahre veranlasste die Ärzte der 3. Wiener geburtshilflichen Klinik, Impfungen bei Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen vorzunehmen. Alle vertrugen

die Impfung sehr gut, bei den Neugeborenen, die oft bereits einige Stunden nach der Geburt geimpft wurden, verlief die Lokalreaktion wie bei älteren Erstimpflingen, während fieberhafte Allgemeinerscheinungen ausblieben. Die vieldiskutierte Frage, ob die positive Impfung der schwangeren Mutter bei dem Kinde Immunität hervorzurufen vermöge, konnte in dem Sinne beantwortet werden, dass dies manchmal der Fall zu sein scheint, dass aber dieses Vorkommen kein regelmässiges ist, und die Vakzineunempfindlichkeit jedenfalls bald schwindet.

Hannes (4). Gonorrhoische Kreissende sollen innerlich möglichst gar nicht untersucht werden. Natürlich muss die Gonorrhoe möglichst schon in der Schwangerschaft nachgewiesen werden. Wöchnerinnen mit nachgewiesener Gonorrhoe müssen im Gegensatz zu gesunden Wöchnerinnen mindestens 14 Tage lang strenge Bettruhe einhalten.

Hymansen und Kahn (6). Die vergleichenden Untersuchungen — alle Einzelheiten der Methodik und der genauen Zahlentabellen müssen im Original eingesehen werden — ergaben, dass der Gesamtlipoidgehalt des mütterlichen Blutes etwas geringer ist als der des Neugeborenenblutes (4,75% gegenüber 4,8%); umgekehrt ist der Gehalt an Cholesterol im mütterlichen Blute etwas geringer (2,19% gegen 2,1%). Die Verf. schliessen daraus, dass augenscheinlich die Chorionzotten eine gewisse Fähigkeit besitzen, bestimmte Lipoide leichter und in grösserer Menge durchzulassen als andere.

Kucera (7). Eine 30jährige Gravida wurde gegen Blattern geimpft. Es entwickelten sich mächtige Impfpusteln unter heftigen lokalen und allgemeinen Reaktionserscheinungen. Am 54. Tage nach der Vakzination gebar die Frau einen gesunden Knaben, den sie an der Brust nährte. Das Kind wurde am 52. Lebenstage zum erstenmal und als der Erfolg ausblieb, am 61. Tage zum zweitenmal wiederum ohne Erfolg geimpft. Offenbar war das Kind durch Übergang der Schutzstoffe aus dem mütterlichen Organismus, und zwar sowohl auf dem Wege der Blutbahn während des intrauterinen Lebens, als auch durch die Milch während des extrauterinen Lebens immun geworden.

Lewis (8). In sieben Fällen wurde bei Frauen zwischen 35 und 50 Jahren ausserhalb der Laktationszeit blutiger, blutigseröser oder wässerigschleimiger Ausfluss der Brustwarzen beobachtet. In solchen Fällen braucht es sich nicht um ein beginnendes Karzinom zu handeln, hier lag teilweise chronischzystische Mastitis oder papilläres Kystadenom der Brustdrüse vor. Oft vermögen wohl derartige Erkrankungen in bösartigere überzugehen, weshalb eine Radikaloperation angezeigt erscheint.

Marek (9). Unzweifelhaft übt das Alter einen grossen Einfluss auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett der I para aus. Die Zahl der Aborte ist bei ihnen kleiner als bei anderen Frauen, dagegen die Zahl der Frühgeburten viel grösser als gewöhnlich, eine Erscheinung, die sich weniger deutlich bei jungen, dagegen in auffallender Weise bei alten Erstgebärenden zeigt.

Albuminurie und Nephritis gravidarum findet sich um so häufiger, je älter die I para sind; auch ist bei diesen die Komplikation ernster. Auch die Eklampsie befällt häufiger die älteren I parae, doch ist die Mortalität bei den jüngeren grösser.

Unregelmässigkeiten kommen bei I parae bis zu 17 Jahren so selten vor und sind so geringgradig, dass sie nicht ins Gewicht fallen. Nur atonische Blutungen infolge Schlaffheit der Uterusmuskulatur und länger als drei Tage dauerndes Fieber kommen bei jungen Erstgebärenden häufiger vor.

Die günstigste Zeit für die erste Geburt ist das Alter bis zu dreiundzwanzig Jahren. Bis zu diesem Alter kommen Komplikationen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts am seltensten vor.

Die wichtigste Ursache für die Zunahme der Anomalien der Geburt und des Wochenbettes mit fortschreitendem Alter liegt in der Insuffizienz des Uterus-

muskels und in der Unnachgiebigkeit der weichen Geburtswege. Zwar kommen diese Zustände selbst bei den jüngsten I parae vor, aber ihre Häufigkeit nimmt mit dem Alter gleichmässig zu. Sie haben zur Folge: a) Wehenschwäche, b) vorzeitigen Abfluss des Fruchtwassers, c) häufige Eingriffe während der Geburt, d) erhöhte Morbidität und Mortalität der Mütter und der Früchte.

Die Morbidität im Wochenbett, speziell die Morbidität der Anstalten schwankt in engen Grenzen. Je älter die Erstgebärende, desto gefährlicher der Puerperalprozess; daher nimmt mit dem Alter auch die Mortalität der Puerperalsepsis zu.

Ryser (10). 1. Die Bangsche Mikromethode mit den Asherschen Modifikationen gibt einwandfreie Blutzuckerwerte, die mit denen durch andere Methoden festgestellten gut übereinstimmen.

2. Der Blutzuckergehalt in der Gravidität bewegt sich in normalen Grenzen. Im Durchschnitt beträgt er hier 0,080%.

Eine gesetzmässige Zu- oder Abnahme des Blutzuckers ist nicht zu erkennen. Die Blutzuckerwerte sind allerdings in den zwei letzten Graviditätsmonaten oft auffallend niedrig. Aber bindende Schlüsse lassen sie keineswegs zu, weil die Zahlen ja nicht von dauernd beobachteten Frauen stammen.

3. Kohlehydratreiche Nahrung beeinflusst die Nüchternwerte der Graviden im Sinne nach oben meist recht deutlich; immerhin übersteigen die Blutzuckerwerte die normalen Grenzen nach oben nicht.

4. Der Blutzucker steigt gewöhnlich in der Geburt, speziell in der Austreibungsperiode. Manchmal ist die Steigerung nur gering gegenüber den vor der Geburt ermittelten Werten. In anderen Fällen aber kommt es zu einem Ansteigen des Blutzuckers über die Norm hinaus. Es besteht also eine erhebliche Hyperglykämie.

Im Wochenbett pflegt der Blutzucker wieder zur Norm abzusinken.

5. Bei der Eklampsie finden wir einen die Norm weit übersteigenden Blutzuckergehalt. Neben unbekannten toxischen Einflüssen scheinen namentlich die Krämpfe für die hohen Blutzuckerwerte verantwortlich zu sein. Bei den Eklampsien intra partum kommt dazu noch die durch den Geburtsakt gesteigerte Muskeltätigkeit.

Auf jeden Fall scheint die bei der Eklampsie vorhandene Nephritis wohl kaum für diese hohen Werte verantwortlich gemacht werden zu können.

6. Die schon seit langem in der Gravidität beobachtete Glykosurie beruht nach den Versuchen des Verfassers nicht auf einer Leberschädigung der Schwangerschaftstoxine, wie zur Stunde noch vielfach angenommen wird.

Die Adrenalinversuche des Verfassers sprechen dafür, dass eine durch die Schwangerschaft bedingte Nierenschädigung für die sog. Schwangerschaftsglykosurie verantwortlich zu machen ist.

7. Weder die orale, noch die subkutane Verabfolgung von Schilddrüsen- und Hypophysenpräparaten war imstande, die normalen Blutzuckerwerte wesentlich zu verändern. Die Blutzuckerwerte liessen sich durch diese Präparate entweder gar nicht beeinflussen, oder aber sie zeigten nur geringe Schwankungen meist nach oben, die sich durchaus in normalen Grenzen hielten.

2. Milchsekretion, Stillen.

1. *v. Behr-Pinnow, Die Schäden des Ammenwesens und ihre Bekämpfung. Frauenarzt. Jahrg. 31. Heft 1—3.
2. Brodrick-Pittard, Zur Methodik der Lezithinbestimmung in der Milch. Bioch. Zeitschr. 1915. 72. p. 382.
3. *Bunge, Die Ursachen der Stillunfähigkeit. Mitteil. aus ärztl. Ges. der Schweiz. 1914.
4. Friedjung, Joseph, Das Selbststillen und die Ärzte. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 26.

5. *Guillebeau, Neubildung von Drüsenzellen bei der Milchbildung. Virch. Arch. 221. Heft 1.
6. Hauch, E., Über die Behandlung von Galaktophoritis. Ugeskrift for Laeger. 1914. Nr. 17.
7. *Heaney, N. S., Die Behandlung der mangelhaften Laktation. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 21. Nr. 5.
8. Kaupe, Schwierigkeiten beim Stillen. Zeitschr. f. Säuglingsschutz. Jahrg. 5. Heft 5. 1913.
9. Hirsch, G., Die Gründe des Nichtstillens und die Frage der Stillfähigkeit. Frauenarzt. Jahrg. 28. Heft 9.
10. *Mitchell, A. Graeme, Die Dauer der Stillungsperiode bei den Frauen der Vereinigten Staaten. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 66. Nr. 22. 27. Mai.
11. Winter, G., Schwierigkeiten beim Stillen. Zeitschr. f. Säuglingsschutz. 15.

v. Behr-Pinnow (1). Die Schäden des Ammenwesens liegen zunächst in dem häufig sehr unerquicklichen Verhältnis zwischen der Hausamme und ihrer Dienstherrschaft. Selten ist die Erlaubnis, dass die Amme, wenn sie zwei Kinder stillen kann, ihr eigenes Kind mitbringt. Die eigenen Kinder der Ammen sterben sehr häufig, da sie ungenügende Unterkunft bekommen. Ein wesentlicher Schaden des Ammenwesens liegt ferner in der Übertragung von ansteckenden Krankheiten, insbesondere von Lues und Tuberkulose, von der Amme auf das Kind und umgekehrt. Ferner kommt dabei die juristische Seite hinzu in der Form der Regresspflicht, sowohl der beiden Vertragsschliessenden als des Vermittlers. Die Forderung eines Ammengesetzes hat deshalb grosse Berechtigung. Die Schäden könnten bis zu einem gewissen Grade durch folgende Bestimmungen gemildert werden: die Vermietung einer Amme in ein Privathaus darf nur zustehen:

1. anerkannten Anstalten,
2. gewerbsmässigen Vermittlern, deren Zuverlässigkeit ausser Frage stehen muss.

Für den Abschluss eines Vertrages haben folgende Vorbedingungen zu gelten:

1. Die Amme muss ein amtsärztliches Attest mitbringen.
2. Sie muss eine ortspolizeiliche Bescheinigung mitbringen, dass ihr Kind mindestens 6 Wochen alt ist und eine geeignete Unterkunft gefunden hat.
3. Der gesetzliche Vertreter des Stillkindes muss eine ärztliche Bescheinigung beibringen, dass eine Anlegung des Kindes für die Amme keine Ansteckungsgefahr in sich birgt.

Nichterfüllung dieser Bedingungen ist unter Strafe zu stellen. Der Ammenlohn muss zur Bestreitung der Unterbringungskosten des Ammenkindes z. T. der Beschlagnahme unterliegen.

Karcher glaubte, dass es sich bei der Stillfähigkeit um regionäre Einflüsse ähnlich wie bei der Kropfepidemie handeln könnte. Doch die Resultate sprechen nicht dafür, dass in früheren Zeiten regionäre Unterschiede in der Stillfähigkeit bestanden haben.

Bunge (3) stellt fest, dass für den Einfluss des Alkohols auf die Stillfähigkeit der Frauen der Alkoholkonsum zur Zeit der Zeugung massgebend sei.

Nach Wieland ist der Alkohol nur ein Faktor in der ganzen Reihe von schädigenden Faktoren, welche die zweifellose Abnahme der Stillfähigkeit bei der modernen Frau verschulden. Diese Abnahme, welche tatsächlich eine Erscheinung der neuesten Zeit ist, möchte er vorläufig eher als Domestikations- denn als echtes Degenerationssymptom auffassen. Für die Kinderernährung ist das Ideal die Brust und daneben vom 8. Monat an eisenreiche Beikost (Obst und Gemüse). —

Labhardt nimmt den mikroskopischen Nachweis der Degeneration der Brustdrüse mit Vorsicht auf. Der Einfluss des Alkohols ist ein indirekter. Bei richtiger Anleitung und bei gutem Willen wäre manche Frau in der Lage, lange Zeit ihr Kind zu stillen. —

Rud. Oeri betont ganz besonders die Wichtigkeit besserer Erziehung der Frauen zum Stillen. In erster Linie ist das Personal gut zu instruieren.

Friedjung (4). Um der grossen Gefahr, welche der Geburtenrückgang durch den Krieg für unser Volk bedeutet, entgegenzuwirken, empfiehlt Verf. eine eifrige Propaganda des Selbststillens durch die Ärzte. Aber diesen fehlen nach seiner Ansicht die auf diesem Gebiet nötige Erfahrung und die erforderlichen Kenntnisse. Es sollte deshalb ein besonderes Unterrichtsfach der Säuglingsernährung geschaffen werden, welches am besten von einem Pädiater besetzt würde. Für die älteren Ärzte wären Fortbildungskurse einzurichten sowie die Versendung von Merkblättern zu veranlassen.

Guillebeau (5). Die Milchbildung geht so vor sich, dass die Epithelien kuppenförmig hoch werden und dann sehr schnell zerfallen. Aber sie liefern nicht den grössten Teil der Milch, sondern er entsteht dadurch, dass aus dem Blut ein Transsudat geliefert wird, das von den Fermenten der zerfallenen Epithelien umgewandelt wird. Die Arbeit enthält nun hauptsächlich Mitteilungen über eine unter verschiedenen Umständen (bei experimenteller und unabsichtlicher Unterbrechung der Blutzufuhr, bei Tuberkulose) erfolgende Verlangsamung des Epithelzerfalls, die diesen Vorgang genauer zu studieren gestattet.

Heancy (7). Die Ursache schlechter Milchsekretion ist häufig eine gewisse Indolenz des sonst kräftigen Kindes, das nach kurzer Zeit des Saugens einschläft. Ein solches Kind muss mit allen Mitteln wach erhalten werden, z. B. durch kalte Umschläge um die Füsse. Häufig fangen solche Kinder erst an, kräftig zu saugen, wenn sie genügend Nahrung erhalten haben. Man muss dann mit künstlicher Ernährung oder mit Wasserzufuhr nachhelfen, bis die Laktation richtig in Gang gekommen ist. Wenn die Brust nach Beendigung des Stillens nicht ganz entleert ist, muss sie durch Anlegen eines anderen Kindes (Wassermannsche Reaktion bei Mutter und Kind!) oder mit der Milchpumpe ausgepumpt werden. Bei mangelhafter Milchabsonderung ist Beachtung der psychischen Momente — Fernhaltung von Aufregungen, zuweilen Ortswechsel usw. — sehr wichtig. Eine reichliche gemischte Ernährung ist notwendig, besondere Nahrungsmittel oder Medikamente sind jedoch ohne Einfluss. Der einzelne Stillakt soll keinesfalls länger als 15—20 Minuten dauern. Wenn dann die Milchmenge noch nicht ausreicht, muss künstliche Nahrung nachgegeben werden, die zu verringern ist, sobald sich die Milchabsonderung gebessert hat. Gute Erfolge in der Vermehrung der Milchbildung gibt die Behandlung der leergepumpten Brust nach dem Stillen mit der Bierschen Saugglocke 4 mal täglich etwa 15 Minuten, wie sie von Jaschke empfohlen worden ist.

Kaupe (8). Warzenschrunden waren niemals Ursache zum Absetzen des Kindes. Die Schrunden werden mit folgender Salbe erfolgreich behandelt:

Rp.	Borsäure	5,0
	Diabioxyd	10,0
	Naphthalin	
	Adeps tan.	āā 25,0.

Vor Anwendung 3%iger Karbolumschläge wird gewarnt. Da eine Mastitis oft auf Milchstauung zurückzuführen ist, so lässt Verf. bei schon beginnender Mastitis ruhig weiter anlegen, und setzt auch bei Fieber, schmerzhaften Knoten in der Brust und Rötung nicht ab. Im Beginn der Erkrankung wird Biersche Stauung angewandt, bei Abszessbildung operatives Eingreifen.

Nach Ansicht von Hirsch (5) ist auf seiner Statistik bei 300 Frauen mit 1202 Kindern aus Münchener Arbeiterkreisen das progrediente Nichtstillen

nicht die Folge zunehmender Stillunfähigkeit, sondern zunehmende Unlust zum Stillen.

Mitchell (10). In den letzten 15 Jahren fand keine Abnahme in der Brusternährung statt, die ärmeren Bevölkerungsklassen nährten mehr wie die wohlhabenderen. 20% nährten ihre Kinder nicht, 80% nährten eine Woche und länger, 55% 3 Monate und länger, 42% über 6 Monate, 34% über 9 Monate, 11% über 18 Monate. Die künstlich ernährten Kinder zeigten eine grössere Neigung zu Darmerkrankungen.

II. Physiologie und Pathologie des Neugeborenen.

1. Allgemeine Physiologie.

1. *Blühdorn, Kurt, Biologische Untersuchungen über die Darmflora des Säuglings. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Leipzig und Wien 1915.
2. *Costa, R., Fluctuations of the Temperature of the newly Born. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, Milian. June 11. 37. Nr. 42.
3. *Ewald, Studien über Albuminurie beim Neugeborenen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 4.
4. *Ginsburg, H., J. Tumpowski, H. Carison, Einsetzen des Hungers bei Kindern nach einer vorangegangenen Mahlzeit. Beitrag zur Physiologie des Magens. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 64. Nr. 22. 1915. May 29.
5. *Hess, R. und R. Seyderhelm, Eine bisher unbekannte physiologische Leukozytose des Säuglings. Münch. med. Wochenschr. Nr. 26. p. 926.
6. *Isachsen, Eine klinische Studie über etliche der physiologischen Verhältnisse Neugeborener. Arch. f. Gyn. Heft 1.
7. *Langstein, Fieberhafte Temperaturen bei Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 3.
8. *Reiche, A., Das Wachstum der Frühgeburten in den ersten Lebensmonaten. 2. Mitteilung: Das Wachstum des Brust- und Kopfumfanges. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 5.
9. *— Das Wachstum der Frühgeburten in den ersten Lebensmonaten. 3. Mitteilung: Das Wachstum der Zwillingskinder. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 5.
10. *Rubner und Langstein, Energie und Stoffwechsel zweier frühgeborener Säuglinge. Arch. f. Anat. Phys., Phys. Abt. 1915.
11. *Schick, B., Zur Frage der physiologischen Körpergewichtsabnahme des Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. H. 5.
12. *Smith, G. F. E., Eine Untersuchung über den Einfluss des Ernährungszustandes der Mutter während der Schwangerschaft und Geburt auf den Zustand des Kindes bei der Geburt und während der ersten Lebenstage. Lancet. 8. Juli.
13. *Ylppö, A., Neugeborenen-, Hunger- und Intoxikationsazidosis in ihren Beziehungen zueinander. Studie über Azidosis bei Säuglingen, insbesondere im Lichte des Wasserstoffionen-Stoffwechsels. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Heft 4—6.

Blühdorn (1). Die durch praktische Erfahrungen gewonnenen Richtlinien für ein erfolgreiches therapeutisches Handeln bei den Darmerkrankungen des Säuglings beruhen auf dem Antagonismus von Fäulnis und Gärungsprozessen im Darme und dessen Bedeutung für den normalen Verdauungsvorgang: die Eiweissstoffe fallen der Fäulnis anheim, die Kohlehydrate der Gärung. Bei der Behandlung des Durchfalls ist es deshalb nicht nur erforderlich, durch eine eiweissreiche Nahrung stopfend zu wirken, sondern auch durch Weglassen der Kohlehydrate die Gärungsprozesse zu verringern. Die zahlreichen vom Verf. angestellten Versuche erstreckten sich hauptsächlich auf die durch Stuhlbakterien bedingte Kohlehydratgärung. Dieselben wurden unter aeroben Bedingungen angestellt und unter Benutzung von überwiegend natürlichen Bakteriengemischen, d. h. Körperbakterien.

Aus den Untersuchungen des Verf. geht hervor, dass das Eiweiss bzw. der Stickstoff bei der Gärung eine grosse Rolle spielt. Stickstoffzusatz wirkt auf die Zunahme der Säuerung ein, daher die günstige Wirkung der eiweissarmen Molke bei Darmkatarrhen. Infolge ihres niedrigen Eiweissgehaltes wird die bakterielle Gärung verringert.

Zur Erzielung fester Stühle müssen neben der Eiweisstherapie die gärungsfähigen Kohlehydrate eingeschränkt werden (Eiweissmilch).

Bei der Einwirkung verschiedener Säuren auf das Wachstum der Bakterienflora gibt es wichtige Unterschiede; am stärksten bakterienhemmend wirkt die Milchsäure, weniger die Butter- und Essigsäure und noch geringer die Bernstein- und Phosphorsäure. Daher rührt auch die bakterienhemmende Wirkung der sauren Eiweissmilch und auch der Buttermilch. — Die aerobe Bakterienflora und vielleicht auch die anaerobe ist in eine grampositive azidophobe und in eine gramnegative azidophobe einzuteilen. Reaktion und Bakterienflora stehen in einer bedeutsamen Wechselwirkung. — Die Bakterienflora ist besonders an dem uns praktisch bekannten differenten Abbau verschiedener Kohlehydrate beteiligt; Hafermehl wird meist stärker angegriffen als Weizenmehl; Milchzucker stärker als Maltose, Rohrzucker weniger als beide. — Die interessanten Versuche des Verfassers haben jedenfalls ergeben, dass der bisher fast unvermutete Einfluss der Bakterienflora auf die Kohlehydratgärung im Darm ein recht grosser ist.

Costa (2) machte seine Untersuchungen an 100 Kindern und konstatierte, wenn er die Temperaturen aufschrieb, alle 4 Stunden Temperaturänderungen. Wenn die Temperatur stieg, fand er meist einen begleitenden Meteorismus und eine entzündlich gerötete Mundschleimhaut.

Auf Grund von ca. 600 Harnuntersuchungen an 61 Knaben vom 1. bis 10. Tage fortlaufend kommt Ewald (3) zum Schluss, dass die Albuminurie der ersten Lebenstage auf Zirkulationsstörungen und Stauung in den Nieren zurückzuführen ist. Hierfür sprechen besonders die Tatsachen, dass die Kinder, die eine lange Geburtsdauer durchgemacht haben, eine stärkere und längere Eiweissausscheidung haben wie die Kinder, auf die die schädigenden Einflüsse, die unter der Geburt eintraten, nur kurze Zeit eingewirkt haben. Aus diesem Grunde hält Ewald es auch für vollständig berechtigt, von einer „physiologischen Albuminurie" zu sprechen; denn bei keinem einzigen der vom Verf. untersuchten Neugeborenen konnten in dem klinischen Verhalten des Kindes irgendwelche Störungen während der Dauer der Eiweissausscheidung festgestellt werden. Es liessen sich vor allen Dingen keine Ernährungsstörungen konstatieren. Auch darf der Icterus neonatorum, der bei der grossen Mehrzahl der Kinder bestand, nicht als Beweis für das Vorhandensein einer Ernährungsstörung ins Feld geführt werden. Für eine physiologische Albuminurie spricht auch noch die Tatsache, dass am 2. und 3. Tage bei allen Fällen des Verfassers Eiweiss im Urin festgestellt werden konnte.

Ginsburg, Tumpowski und Carison (4). Mittelst der „Ballonmethode" wurde festgestellt, dass das Hungergefühl subjektiv dann entsteht, wenn bei leerem Magen bestimmte Kontraktionswellen des Magenfundus einen Reiz auf die sensiblen Nerven der Magenwand ausüben. An 30 Säuglingen gemachten Untersuchungen ergaben, dass bei Neugeborenen im Alter von 24 Stunden bis 24 Wochen der kindliche Magen bereits 1 Stunde nach der letzten Mahlzeit schwache Kontraktionen des Fundusteiles aufwies.

Hess und Seyderhelm (5). 1. Durch das Schreien entsteht beim normalen Säugling eine absolute Vermehrung der Lymphozyten (bis zu 8000). Die Zahl der Neutrophilen bleibt dabei unverändert.

2. Diese Lymphozytenvermehrung entsteht innerhalb weniger Minuten und ist meist nach 30 Minuten Ruhe wieder abgeklungen. Sie kann mehrmals an einem Tage auftreten.

3. Aller Wahrscheinlichkeit nach handelt es sich bei dieser Schreilymphozytose um eine Ausschwemmung der Lymphozyten aus zentralen Depots durch den mechanischen Einfluss des Schreiens.

Isachsen (6). a) Alle 285 Kinder haben nach der Geburt einen Gewichtsverlust erlitten, der durchschnittlich am 3,3. Tage sein Ende erreichte, im Durchschnitt 219 g = 6,1% des Körpergewichtes betrug und zwischen 65 g bis 645 g schwankte.

b) Die Gewichtszunahme betrug vom 3. bis 13. Tage 319 g = 9% des Körpergewichts. Die Wachstumsenergie der ersten 5 Tage übersteigt diejenige der folgenden 5 Tage um das Doppelte.

c) Der Nabelabfall fand durchschnittlich am 8,04. Tage statt.

d) Ferner wird die Temperatur sowie die Ursache der Gewichtsabnahme ausführlich erörtert.

Langstein (7). Unter 1000 Neugeborenen aus dem Kaiserin Augusta Viktoria-Haus zeigten 130 Knaben und 67 Mädchen = 13% — kurzdauernde Fiebersteigerungen in den ersten Lebenstagen. Wurden die fiebernden Kinder entsprechend ihrem Geburtsgewicht in verschiedene Gruppen (Tabelle) geordnet, so fiebernden Kinder mit Geburtsgewichten über 4000 g verhältnismässig häufiger als solche mit niedrigerem Gewichte. Fieber wurde häufiger beobachtet bei grösseren Gewichtsverlusten der Kinder als bei geringen Abnahmen, 35 aller fiebernden Kinder nahmen über 400 g ab. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle dauerte das Fieber bloss einen Tag, in einzelnen Fällen 2—3 Tage. Fragt man nach der Ursache des transitorischen Fiebers, so kommen nicht in Frage: der Hunger, der Ikterus, dyspeptische Zustände und die Bildung pyrogener Substanzen beim Übergang von der kolostralen zur Brustmilchnahrung. Bedeutung ist dagegen der mit Sicherheit bewiesenen Tatsache eines Zusammenhanges zwischen Fieber und physiologischer Gewichtsabnahme beizulegen. Da die Gewichtsabnahme zum grossen Teil durch einen Wasserverlust des Organismus hervorgerufen wird, so ist vielleicht in den im Anschluss an den Wasserverlust auftretenden Stoffwechselvorgängen die Ursache des Fiebers zu erblicken.

Reiche (8). Für die Lebensfähigkeit der Frühgeburten ist nicht nur das Geburtsgewicht von Bedeutung, sondern auch die Massverhältnisse der Körperlänge, des Brust- und Kopfumfanges zueinander. Nicht lebensfähig sind Kinder mit einem Brustumfang unter 21 cm, eine zweifelhafte Prognose haben die unter 23 cm. Die Wachstumskurve des Kopfumfanges geht in den letzten Fötalmonaten der Brustumfangskurve fast parallel, später tritt eine Abflachung der Kurve ein. Rachitis und Lues hemmen Brust- und Schädelwachstum, möglicherweise ist mangelhafte Entwicklung des Brustkorbes einer der Gründe für das Auftreten asphyktischer Anfälle.

Reiche (9). Bei Zwillingen wird in der Regel das Massen-, aber nicht das Längenwachstum beeinträchtigt. Den Gewichtsverlust holen sie oft in den ersten Lebensmonaten wieder ein. Die Wachstumskurven der Zwillingskinder gehen, wenn keine Krankheiten zutreten, parallel.

Rubner und Langstein (19). Die beiden Frühgeborenen aus dem Anfang des 8. Schwangerschaftsmonats mit einem Geburtsgewicht von 2050 bzw. 1640 g haben bei einer im allgemeinen ungünstigen kalorischen Ausnützung der Nahrung, insbesondere bei schlechter Fettausnützung, das ihnen mit der Nahrung gereichte Eiweiss sehr gut zum Aufbau ihrer Zellen verwendet. Vom energetischen Standpunkte ist die Tatsache bedeutungsvoll, dass fast der ganze Nahrungsüberschuss zum Anwuchs verbraucht wurde. Die Wärmebildung war nicht gesteigert.

Schick (11) gelang es 9 mal, die Körpergewichtsabnahme durch gesteigerte Zufuhr von Frauenmilch (teils Kolostrum, teils Frauenmilch) zu verhindern.

Als Tagesmenge wurden in den ersten 2—3 Lebenstagen 10%, dann bis etwa 15% des Körpergewichts gegeben. Zuerst gab Verf. alle Stunde oder alle 2 Stunden, später wurden entsprechend der Trinkmenge grössere Pausen gemacht. Schädigungen wurden nicht bemerkt. Die physiologische Abnahme ist eine Folge der geringen Nahrungszufuhr in den ersten Tagen. In praxi kommt die forcierte Nahrungszufuhr für Frühgeburten in Betracht, bei ausgetragenen Kindern ist sie überflüssig.

Smith (12). Ein schlechter Ernährungszustand der Mütter bedingt:

1. Eine Vermehrung der Totgeburten.
2. Eine beträchtliche Vermehrung der Frühgeburten.
3. Eine mässige Verringerung des mittleren Gewichtes der Kinder.
4. Hat kaum Einfluss auf die Gewichtszunahme der Kinder während der ersten 8—10 Lebenstage, vermehrt vielleicht die Mortalität der Kinder während der ersten 3—4 Lebenstage. Andererseits wird durch einen guten Ernährungszustand der Mütter das Gewicht der Kinder beträchtlich über das Mittel gesteigert und die Stillfähigkeit der Mütter während der ersten 8—10 Tage gebessert.

Yllpö (13). Bei der Azidose kreisen im Körper organische unverbrennende Säuren und deren Salze in vermehrten Mengen. Ein solcher Zustand findet sich beim Säugling im Neugeborenenalter, im Hunger und bei der Intoxikation. Um azidotische Zustände zu erkennen, genügt nicht immer die Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration. Verf. führt neue Methoden zu ihrem Nachweis ein, so gestattet z. B. die CO_2-Regulationsbreite, in Prozenten ausgedrückt, einen Einblick in den Grad der Azidose. Zur Begründung, dass in den 3 ebengenannten Zuständen (beim Neugeborenen, im Hunger und Intoxikation) ein azidotischer Zustand besteht, wurde u. a. festgestellt, dass beim Neugeborenen (sowohl frühgeborenem als ausgetragenem) die CO_2-Regulationsbreite schon bei der Geburt merkbar und in den ersten darauffolgenden Tagen bedeutend kleiner als später ist. Im Hunger wurde starke Verschmälerung der CO_2-Regulationsbreite festgestellt und in schweren Intoxikationsfällen ist die Wasserstoffionenkonzentration meist schon im Leben, kurz vor dem Tode ständig deutlich vermehrt (bei in Heilung übergegangenen Fällen ist sie normal). Die CO_2-Regulationsbreite ist bei allen Intoxikationen stark verschmälert. Die Intoxikationsazidose kann aus Neugeborenen- und Hungerazidose zum Teil abgeleitet werden. Bei der Entstehung der Intoxikationsazidose wirkt die Hungerazidose mit in den Fällen mit grossen Gewichtsstürzen. Zur Bekämpfung der Azidose bei Intoxikation schlägt Verf. ein besonderes Phosphatgemisch vor, um eine normale Körperreaktion der Säuerung gegenüber aufrecht zu erhalten. Auch die Ernährung mit Frauenmilch ist eine antiazidotische Therapie. Bei ihr werden viel saure Produkte durch den Darm als nicht neutralisiert ausgeschieden. Darauf deutet eine konstant vorkommende saure Reaktion der Stühle. In den Kreislauf aber werden hauptsächlich nur basische Bestandteile aufgenommen, denn der Urin zeigt eine sich meist im alkalischen Gebiet bewegende Reaktion. Bei Kuhmilch ist das Verhältnis gerade umgekehrt.

2. Natürliche und künstliche Ernährung des Neugeborenen.

1. *Feer, E., Zum Milchbedarf des Kindes und zur Ätiologie und Behandlung der Rachitis. Med. Klin. Nr. 8.
2. *La Fetra, Die klinische Behandlung vorzeitig geborener Kinder. Journ. of the Amer. Med. Assoc.
3. *Klose, Erich und Heinrich Bratke, Über den Wert des Schleimzusatzes bei der Ernährung junger Säuglinge. Med. Klin. Nr. 39.
4. *Maynard Ladd, Homogenisierte Milch in der Säuglingsernährung. Boston Med. Surg. Journ. 1915. 1. Juli.

5. *Momm, Hat die eiweiss- und fettarme Nahrung einen Einfluss auf die Entwicklung der Frucht? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
6. *Pouliot, Das Milchpulver in der Ernährung der Säuglinge. Journ. de méd. Paris. 1914. Nr. 8.
7. *Reiche, A., Fragen des Wachstums und der Lebensansichten sowie der Pflege und natürlichen Ernährung frühgeborener Kinder. Samml. klin. Vorträge 723/724. Gyn. Wochenschr. 256/257. Leipzig.
8. *Reuss, A. v., Beobachtungen über das Schicksal der Kinder eklamptischer Mütter. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 5.
9. *Ruge II, Carl, Einfluss der Kriegsernährung auf Fruchtentwicklung und Laktation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.

Feer (1). Im ersten Jahr nicht mehr als 600 g Milch täglich, im zweiten Jahr noch einschränken: denn einseitige Fütterung und Milchüberfütterung führt zu Rachitis. Bei herabgesetzter Milchnahrung wird die Rachitis seltener. Nach Stoffwechseluntersuchungen von Schabad und Schloss führt einseitige und übermässige Milchnahrung zu ungünstiger Beeinflussung des Kalkstoffwechsels. Ernährungsweise mit herabgesetzter Milchnahrung wirkt nicht nur prophylaktisch, sondern ist auch die Therapie der Rachitis. Daneben empfiehlt sich Lebertran und Phosphorlebertran. Dies bei gleichzeitiger Verabreichung von Kalkpräparaten.

La Fetra (2). Als Kennzeichen vorzeitig geborener Kinder führt Verf. die Muskelschwäche und Saugunfähigkeit an. Sie brauchen im Verhältnis zum normal ausgetragenen Kind grössere Energiezufuhr, sind Temperaturunterschieden gegenüber weit empfindlicher und für Zyanose und Infektion empfänglicher. Deshalb empfiehlt Verf. den Aufenthalt solcher Kinder in einem annähernd auf Körpertemperatur durchwärmten, möglichst keimfreien Raum.

Klose und Bratke (3). Die Vorteile der Verwendung von Schleim bei der Säuglingsernährung wurden bisher nicht einheitlich beurteilt. Hervorgehoben wurden besonders 3 Punkte:

1. Der Schleim sollte einen besonders hohen Eiweissgehalt, der aus den Kleiebestandteilen stammte, enthalten im Verhältnis zum Gehalt an Kohlehydraten.

2. Die Schleime wurden lediglich als dünne, gehaltarme Abkochungen höherer Kohlehydrate betrachtet, die auch von der noch mangelhaften Stärkeverdauung der Säuglinge ausgenutzt werden könnten.

3. Der Schleimzusatz sollte eine beschleunigte und eine besonders feinflockige Gerinnung des Kuhmilchkaseins bewirken und dadurch seine Verdaulichkeit fördern.

Der trinkfertige Schleim wird so gewonnen, dass das Ausgangsmaterial (Flocken, Krütze oder Reis) eine bestimmte Zeit, meist $^3/_4$ Stunden in gleichmässigem Kochen erhalten und dann ohne Pressen durch ein Haarsieb abgeseiht und schliesslich wieder auf die ursprüngliche Menge aufgefüllt wird. Dieser Schleim bleibt auch beim Erkalten flüssig. Die Schleime stellen äusserst nährstoffarme Abkochungen dar, besonders die aus Gerste und Reis gewonnenen. Die Schleime weisen den Mehlsuppen gegenüber eine gewisse Eiweissanreicherung auf, aus der sich aber nicht ohne weiteres eine Überlegenheit der Schleime ableiten lässt. Der Wert der Schleime beruht auf der durch das lange Kochen hervorgerufenen Zustandsänderung der Stärke, die, im ausgiebigsten Masse verkleistert, von den Verdauungsfermenten leichter aufgeschlossen in lösliche Kohlehydrate überführt werden kann.

Theoretisch dürfte eine genügend lange, also mindestens $^3/_4$ Stunden gekochte geringprozentige Mehlsuppe eine gleichgeeignete Zusatzmischung sein; denn das Eiweiss der Schleime stammt nach den angestellten Untersuchungen hauptsächlich aus dem Endosperm, nicht aus der Klebeschicht. Ökonomisch

wäre die Verwendung stark gekochter Mehlsuppen erstrebenswert, da bei der Schleimbereitung $^1/_3$ der Nährstoffe mindestens verloren geht.

Ladd (4). Bei den ganz kleinen Kindern, die eine Intoleranz gegen die Fette der Kuhmilch zeigen, wird mit Vorteil ein homogenisiertes Gemisch verwendet, das aus abgerahmter Kuhmilch, Olivenöl und einem Malzpräparat besteht. Auch andere Kombinationen, wie Olivenöl mit ausgefälltem Kasein, oder mit fettfreier saurer Milch sind möglich. Alle diese Gemische schmecken gut, sind leicht assimilierbar und lange haltbar. An Stelle von Olivenöl kann auch Lebertran, Bananenöl oder das Öl der Sojabohne gebraucht werden. Die erreichten Resultate bei Fettintoleranz waren sehr gut.

Momm (5). Aus Durchschnittsgewichten der Kinder der Freiburger Klinik im Jahre 1912 gegenüber den Kriegsjahren 1915 und 1916 zieht Verf. die Folgerung, dass die jetzige eiweiss- und fettarme Nahrung keinen Einfluss auf die Ausbildung der Frucht hat und wies nach, dass eine Unterernährung der Mutter nicht eine Abnahme des Geburtsgewichtes der Kinder zur Folge hat. Die Ansicht, dass überhaupt die Frucht nicht durch die mütterliche Nahrung zu beeinflussen ist, wird durch diese Feststellung in hohem Masse gestützt.

Pouliot (6). Bei normalen Säuglingen wende man halbfettes Milchpulver an, bei älteren fettes, ohne Darmkatarrh befürchten zu müssen.

Bei halbfettem Milchpulver braucht man weniger Zucker zu geben, bei fettem reichlich.

Trockenmilch verwende man besonders bei den Magen- und Darmstörungen der Säuglinge. Bei Diarrhoe und akuten Darmstörungen gebe man Pulver aus Magermilch mit wenig Wassergehalt. Man kann dann durch ständig wachsende Mengen von Fettmilchpulver allmählich wieder zur Milchdiät übergehen.

Bei Magenstörungen gebe man ebenfalls Trockenmilch, und zwar, wie von Gallois vorgeschlagen, als dicken Rahm.

Bei chronischen Enteritiden, die zur Atrepsie neigen, wird Trockenmilch besser vertragen als alle übrigen Präparate. Sie führt zu schnellen Gewichtszunahmen.

Reiche (7). Zur ungestörten Entwicklung im extrauterinen Leben ist es notwendig, dass die intrauterine Entwicklung des Brustkorbes und Schädels schon soweit fortgeschritten ist, dass der Brustumfang mindestens 22,5 cm, der des Schädels mindestens 26,8 cm beträgt. Die alte Fröbelingsche Vitalitätsformel wird in ihrer Richtigkeit bestätigt = gutes, prognostisches Hilfsmittel für die Lebensaussichten eines frühzeitig geborenen Kindes. Das Mass- und Längenwachstum frühgeborener Kinder geht nach Gesetzen vor sich, die der Zeitperiode nach der Befruchtung entsprechen. Der frühzeitig erfolgte Geburtsvorgang an sich verursacht bei den Kindern, die eine gewisse Reife erlangt haben, keine Störung der physiologischen Wachstumsvorgänge. Frühgeburten unter 2000 g haben pro Kilogramm Körpergewicht bei Frauenmilchnahrung einen höheren Kalorienbedarf als ausgetragene Kinder. Der Nahrungsbedarf eines menschlichen Organismus steht zum Körpergewicht und zur Körperlänge, dargestellt als Wachstumseinheit durch das Streckengewicht (d. h. einer Zahl, die man erhält, wenn man das Körpergewicht, durch die Körperlänge dividiert) in einem bestimmten Verhältnis. Der für die einzelnen Monate erforderliche Bedarf an Frauenmilch lässt sich bestimmen dadurch, dass man das Streckengewicht mit 7 multipliziert: diese Zahl ist die Minimalnahrung, die der Organismus zum regelmässigen, gesetzmässigen Wachstum braucht.

v. Reuss (8). Überlebt das Kind einer eklamptischen Mutter die ersten Tage, so ist in der Regel die Gefahr vorüber. Aus der Statistik des Verfassers geht hervor, dass die gestorbenen Kinder fast alle künstlich ernährt wurden, während die von ihrer Mutter gestillten Kinder meist leben blieben. So kann

wohl von einer toxischen Schädigung durch Muttermilch, die von amerikanischen Autoren angenommen wurde, nicht die Rede sein. Die Eklampsie ist keine Kontraindikation des Stillens.

Ruge II (9). Eine Beeinflussung des Wachstums und der Entwicklung der Frucht durch die Ernährung der Mutter ist nur in geringem Grade möglich. Solange die Mutter gesund ist und eine normale Zusammensetzung des Blutes aufweist, vermag die Frucht die zu ihrem Aufbau nötigen Stoffe aus dem mütterlichen Blute, unabhängig von dem jeweiligen Ernährungszustande der Mutter, in genügender Menge aufzunehmen. Um den mütterlichen Körper für die Ansprüche durch die Frucht und während des Stillgeschäfts kräftig zu erhalten, empfiehlt ein Gutachten von Bumm die reichliche Gewährung einer gemischten, den individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten angepassten Nahrung. Für die letzten Monate sind besonders Fleisch und Fettzulagen, ebenso wie für die Laktationsperiode wegen der zu starken Beanspruchung der Nieren nicht zu empfehlen, für die Laktation eher von Kohlenhydraten, dagegen in den ersten Schwangerschaftsmonaten mehr leicht verdauliche Eiweisssubstanzen. Es sind also für Schwangere und stillende Mütter vom Beginn der Schwangerschaft bis ein Vierteljahr nach der Geburt Zusatzkarten sowohl von Fleisch und Fett als auch von Kohlehydraten, letztere in leicht verdaulicher Form, in mässiger Menge zu verabfolgen. Der Verf. fand durch den Einfluss des Krieges einen bedeutenden Überschuss der männlichen Neugeborenen und ferner in den letzten zwölf Kriegsmonaten eine Abnahme der Eklampsiefälle um mehr als das Dreifache.

3. Säuglingsfürsorge.

1. Das ABC der Mutter. Herausgegeben von der Gesellschaft für Gemeinwohl, Kassel. Würzburg, Kurt Kabitzsch.
2. *Feer, Säuglingssterblichkeit und Geburtenrückgang. Gyn. Helvet. 1914.
3. *Hugh, T. Ashby, Infant Mortality. Visiting Physician to the Manchester Childrens Hospital. 1915.
4. *Kehrer, E., Die Organisation der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
5. *Mössmer, Kriegsneugeborene. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.
6. *Rabnow, Entwicklung der Neugeborenen des zweiten Kriegsjahres. Deutsche med. Wochenschr. Heft 45.
7. *Smith, Richard M., The Babys First two years. (Die ersten zwei Lebensjahre des Kindes.) Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 2.
8. *Szana, A., Die Bewertung der Säuglingssterblichkeitsziffer. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 14.
9. *Tschirch, A., Zur Frage der Kriegsneugeborenen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 47.
10. *Wall, Joseph S., Die Stellung des Kindes in der praktischen Geburtshilfe. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 6.
11. *Winter, G., Unsere Aufgaben in der Bevölkerungspolitik. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.

Feer (2). Im Kanton Zürich ist die Säuglingssterblichkeit von 20,5% im Jahre 1873 gesunken auf 8,7% im Jahre 1912. Für den Geburtenrückgang lässt sich als einzige Ursache die willkürliche Beschränkung derselben durch die Ehegatten finden. Verf. hält die Bestrebungen, die Beschränkung der Geburtenzahl aufheben zu wollen, speziell die dazu vorgeschlagenen Mittel für wenig aussichtsvoll und daher für unnötig.

Hugh (3) weist im Hinblick auf die zunehmende Sterblichkeitsziffer des männlichen Geschlechtes darauf hin, dass für die wachsende Sterblichkeitsziffer der Kinder die Armut, der Alkohol, mangelhafte Erziehung, schlechte Wohnungsverhältnisse in gleicher Weise verantwortlich zu machen sind, wie die schlecht entwickelten hygienischen Verhältnisse.

Im Hinblick auf die gewaltigen Menschenverluste des Weltkrieges lässt Kehrer (4) zwei Problemkomplexe, den Geburtenrückgang und die Säuglingssterblichkeit, in den Vordergrund allgemeinen Interesses treten. Er hebt hervor, dass in der Organisation des Säuglingsfürsorgewesens nicht nur die Kinderärzte mit Rat und Tat zur Seite stehen sollen, sondern es sei Pflicht und Interesse der Frauenärzte, sich um die Fürsorge der Säuglinge angelegentlichst zu kümmern. Deshalb hat schon in der Mitte der Schwangerschaft die Fürsorge für das Kind zu beginnen, weil Schonung und Kräftigung der werdenden Mutter von der allergrössten Bedeutung für das zu erwartende Kind ist. Er übergibt die Arbeit bei dem Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderschutz den Ärzten und Fürsorgerinnen; von letzteren verlangt der Verf. eine Vorbildung und Ausbildung in besonderen Lehrstätten für Säuglings- und Kleinkinderfürsorgerinnen. Ihre Anstellung soll eine staatliche sein. Es werden Mutter- und Säuglingsberatungsstellen verlangt. Von amtlicher Seite muss auf die Ermittlung der verschwundenen Kindesväter bestanden werden. Die gesetzliche Berufsvormundschaft muss für die unehelichen Kinder eingeführt werden. Besondere Aufsicht der syphilitischen Ziehkinder. Überwachung der Ziehmütter. Ärztliche Leichenschau bei in Pflege verstorbenen Kindern. Polizeiliche Überwachung der Pflegestellen- und Adoptionsbureaus. Wegen Übertragung der Säuglingsfürsorge an die Hebammen wird daher eine schleunige weitere Ausbildung derselben in Pflege, Ernährung und sozialer Fürsorge für den Säugling empfohlen. Überwachung der zahlreichen in den Entbindungsanstalten zur Welt gekommenen und am Orte derselben verbleibenden Kinder. Von wirtschaftlichen Unterstützungen kommen in Betracht: Stillunterstützungen, Stillbeihilfen, Stillbelohnungen, Hebammenstillbelohnungen. Die Aufnahme von kranken Säuglingen in Säuglingsheilanstalten soll in jeder Beziehung erleichtert werden. Die Errichtung von Milchküchen (Säuglingsmilchanstalten und Milchausgabestellen), sowie die Einrichtung von Stillräumen in industriellen Betrieben für stillende Mütter wird verlangt. Schwangeren-, Wöchnerinnen- und Säuglingsasyle sollen errichtet werden. Tag- und Nachtkrippen, Säuglingskrippen und Kinderbewahrungsanstalten sollen zur Verfügung stehen. Die Belehrung von Schwangeren, Wöchnerinnen und Pflegemütter hat durch Verteilung von Merkblättern zu geschehen. Staatlicher Mütter- und Wöchnerinnenschutz durch gesetzlichen Zwang zur Mutterschaftsversicherung. Reichswochenhilfe und Reichsstillbeihilfe soll gewährt und auch für die Zeit nach dem Kriege beibehalten werden. Waisenunterstützung und Verbot des Kinderhandels.

Bei dem Vergleich von 825 Neugeborenen vom 1. April 1913 bis 31. Mai 1914 mit 1093 Kriegskindern aus denselben Monaten 1915—1916 in der Posener Entbindungsanstalt fand Mössmer (5) die Behauptung Kettners von der Minderwertigkeit solcher Kriegskinder nicht bestätigt. Sowohl ihr allgemeines Aussehen wie ihr Körpergewicht und ihre Länge und ihr Befinden in den ersten 9—10 Tagen nach der Geburt sowie endlich die Anzahl der Kinder mit einem Gewicht über 4000 g (Riesenkinder) zeigten keine Abweichung von der Norm. Ein Übergewicht der Zahl der Kinder männlichen über diejenigen weiblichen Geschlechts liess sich nicht feststellen. Die von Kettner beobachteten nervösen Erscheinungen, wie motorische Unruhe, konnten nicht konstatiert werden.

Rabnow (6). Mitteilung der diesbezüglichen Zahlen aus der Entbindungsanstalt des Auguste Viktoria-Krankenhauses in Berlin-Schöneberg. Keine Verschlechterung nachweisbar.

Smith (7). Das Buch enthält in 3 Teile eingeordnet die Anweisungen für die Pflege und Ernährung des Neugeborenen. Angegliedert ist ihm ein Kalender, der immer den typischen Tag des gesunden Säuglings repräsentiert.

Szana (8). Säuglingssterblichkeitsziffern können nur mit Heranziehung der Geburtenziffern verwertet und bewertet werden. Will man die Säuglings-

sterblichkeitsverhältnisse verschiedener geographischer Einheiten vergleichen, so ist es notwendig, die Säuglingssterblichkeitsziffern solcher Epochen zu vergleichen, wo noch die Geburtenziffern die gleichen waren. Ein Vergleichen und Bewerten der Säuglingssterblichkeitsziffern einzelner Epochen oder verschiedener geographischer Einheiten mit gleichzeitiger Berücksichtigung der Geburtenziffer ist möglich durch Betrachtung und Vergleic ung der Zahl derjenigen Säuglinge, die das erste Lebensjahr überleben, also in das zweite eingetreten sind. Einen weiteren Einblick in die Bewertung der Verhältnisse, die durch Geburten- und Sterbeziffern bedingt sind, gewinnt man, wenn man die sozial-biologische Ökonomie der Vermehrung betrachtet, also feststellt, wieviel Geburten oder Todesfälle in der geographischen Einheit (Stadt oder Staat) stattgefunden haben. bis in der geographischen Einheit die Zahl der Lebenden sich um hundert vermehrte.

Auf Grund des Materials der Jenaer Frauenklinik kommt Tschirch (9) zu folgenden Schlüssen:

1. Die Kriegskinder sind nicht leichter als die im Frieden Geborenen. Die Ernährung hat demnach keinen Einfluss auf die Fruchtentwicklung.

2. Die Kinder von Hausschwangeren sind schwerer, als die Kinder von kreissend in die Klinik eingelieferten Frauen. Die Ursache ist nicht in der besseren Ernährung, sondern in der geringen Arbeitsleistung und in der Ruhe der Hausschwangeren zu suchen.

3. Die Laktation wird durch die Kriegsernährung nicht beeinflusst.

Wall (10) bespricht die Rücksichten, die Leben und Gesundheit des Kindes während der Schwangerschaft, der Geburt und des Säuglingsalters erfahren sollten.

Während der Schwangerschaft ist nicht nur die Unterbrechung, sondern auch die Einleitung der künstlichen Frühgeburt so sehr einzuschränken wie nur möglich, da die frühgeborenen Kinder fast immer zugrunde gehen. Sorgfältige Pflege der Brustwarzen und eine streng geregelte Lebensweise der Mutter, die dazu angetan ist, das Kind nicht zu gross werden zu lassen, ist unbedingt notwendig. Bei mehreren vorausgegangenen Totgeburten sind die Eltern auf Syphilis hin zu untersuchen, ev. energisch antiluetisch zu behandeln.

Bei der normalen Geburt muss dem durchtretenden Kopf eine besonders vorsichtige Behandlung zuteil werden, um zerebrale Schädigungen zu vermeiden. Ist künstliche Entbindung erforderlich, so sei, im Interesse des Kindes, der Kaiserschnitt die Methode der Wahl. Die Entbindung im Dämmerschlaf hat Asphyxie des Kindes fast regelmässig zur Folge. Nach der Geburt ist der Einträufelung der Augen besondere Sorgfalt zuzuwenden. Infektionen gehen nicht nur vom Nabel aus, sondern auch von anderen Stellen, z. B. den Einstichlöchern der Ohrringe. Ist die natürliche Ernährung aus irgend einem Grunde ausgeschlossen, so reiche man Milch im Verhältnis $^1/_3$ mit Wasser verdünnt. Die Molken und die fetten Milcharten haben sich nicht bewährt.

Winter (11) gibt als Aufgabe für die Geburtshelfer an: Beförderung der Konzeption, Erhaltung der Leibesfrucht während der Schwangerschaft, Schutz des kindlichen Lebens während der Geburt und Einleitung zweckmässiger Ernährung im Wochenbett. Mit diesen Aufgaben verbindet sich der Schutz der Mutter in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Denn jede Mutter, welche vor Beendigung ihres Gebärgeschäftes ausscheidet, bringt einen neuen Verlust von 2—3 Menschenleben. Speziell zum Schutze der Neugeborenen verlangt Verf. vor allem eine zweckmässige Ernährung; dieselbe wird nur von der Mutterbrust gewährleistet. Die Sterblichkeit der künstlich ernährten Kinder ist 5 mal grösser als die der natürlich ernährten. Die natürliche Ernährung wird gleicherweise von Geburtshelfern und Pädiatern verlangt und für möglich erklärt. Eine anatomische Stillunfähigkeit gibt es kaum und methodische Bestrebungen in einzelnen Kliniken haben die natürliche Ernährung bis auf ganz vereinzelte Aus-

nahmen erreicht. Die Kontraindikationen gegen das natürliche Ernähren sind immer mehr eingeschränkt worden und selbst die Tuberkulose der Mutter ist zum mindesten keine absolute Kontraindikation. Seitdem die Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung und über den biologischen Charakter des Kolostrums gelehrt haben, dass dasselbe dem mütterlichen Serumeiweiss sehr nahe steht, und durch seine allmähliche Umwandlung in fertige Milch den natürlichen Übergang von der Bluternährung während der Schwangerschaft in die Milchernährung des Wochenbetts darstellt, müssen wir die Forderung der natürlichen Ernährung zum mindesten bis zu vollendeter Umwandlung in Milch, d. h. ca. 3 Wochen noch bestimmter erheben. Die Schwierigkeiten, welche der allgemeinen Durchführung der natürlichen Ernährung bei der Mutter entgegenstehen, sind keine somatischen, sondern physische und soziale.

4. Nabelversorgung.

1. Diener, H., Über das Hämatom der Nabelschnur. Gyn. Rundsch. H. 23. p. 365. (2 je 5 cm lange Hämatome unter die Amnionscheide infolge Platzens von Varizen.)
2. *Nierstraks, Chirurgische Versorgung des Nabelschnurrestes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 4.
3. *Stein, Erna, Über Nabelschnurbruch und Heilung durch Operation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 440.

Nierstraks (2) glaubt ein Verfahren gefunden zu haben, bei dessen Anwendung man das am Kind zurückgebliebene Nabelschnurstück sofort los werden kann, ohne die Infektions- und Nachblutungsgefahr zu vergrössern. Die Methode stammt von Jaegerros und stellt eine Kombination aller bisherigen Verfahren dar: in die Nabelschnur wird dicht über dem mit Haut bekleideten Teil mit einer eigens zu dem Zwecke konstruierten Klemme eine Quetschrinne gedrückt; in diese Rinne wird sofort nach Abnehmen der Klemme eine seidene oder Catgutligatur angelegt und die Schnur unmittelbar über der Ligatur durchtrennt. Der kleine Stumpf wird mit Alkohol getränkter Gaze überdeckt. Nach 24 Stunden ist er zu einer Kruste eingetrocknet, die im Nabeltrichter versenkt ist.

In der Praxis, wo Pflege und Geschicklichkeit oft viel zu wünschen übrig lassen, soll zweifelsohne das neue Verfahren Vorteile bringen: 1. weil die Pflege eine einfachere wird; 2. weil etwaige Fehler viel weniger Einfluss haben werden. Das Fehlen des Nabelschnurrestes beseitigt die Gefahr einer sekundären Infektion nach Gangrän der Schnurreste; ausserdem bietet die Anwendung nichtsteriler Verbandstoffe wenig Gefahr mehr, 3. weil die Heilungsdauer eine kürzere ist.

Von austrocknenden antiseptischen oder konservierenden Mitteln wird vom Verf. angewandt: Perubalsam, Bolus, Thymol, Thymolvaselinnoviform (1—20%), Zucker, Lenizet mit H_2O_2.

Stein (3). Apfelgrosser Nabelschnurbruch mit zahlreichen Dünndarmschlingen in Persistenz der Art. omphalo-mesariaca, durch Radikaloperation geheilt.

5. Allgemeine Pathologie.

1. Abbe, Truman, D. C., Report of a case of congenital Amputation of fingers. Journ. of Obst. June. Nr. 6. (Bericht über einen Fall von kongenitaler Fingeramputation.)
2. *Ashhurst, A. C. P., Angeborener Mastdarmverschluss. Episcopal Hosp. Rep. Philadelphia. 1914. Bd. 2.
3. *Belcher, D. P., A child weighing twenty-five pounds at birth. Journ. of the Amer. Med. Assoc. (Ein Kind, das 25 Pfund bei der Geburt wog.)
4. Browning, W., Anatomische Ursache der Häufigkeit der Hydrocephalie in der Kindheit. Med. Rec. 27. Mai. p. 959.
5. *Brun, Axel, Ein Fall von Hernia funiculi umbilicalis. Ugeskrift for Laeger. 1915. Nr. 45.

6. *De Lee, Joseph B., A Bacteriologic Study of the Causes of some Stillbirths. Journ. of Amer. Med. Assoc. Nr. 5. (Eine bakteriologische Studie über die Ursachen einiger Frühgeburten.)
7. *Dietrich, A., Vergleichende Untersuchungen über Chondrodystrophie und Osteogenesis imperfecta. (Festschr. z. Feier des 100jähr. Bestehens d. Akad. f. prakt. Med. in Köln.) Bonn, A. Marcus, E. Webers, 1915.
8. *Ebeler, Fritz, Intrauterine Nabelschnurumschlingung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 729.
9. Epstein, G., Troubles of Newborn. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. York Pa. Oct. 74. Nr. 4.
10. *Ernst, N. P., Atresia infrapapillaris duodeni congenita. Duodeno-Enteroanastomose. Heilung. Hospitalstidende. 1915. Nr. 43.
11. *Heime, Hämatom in der Nierenkapsel eines Neugeborenen. Gyn. Helv. 1914.
12. *Heimann, Fritz, Zur Kenntnis der Hirschsprungschen Krankheit. Gyn. Rundsch. Jahrg. 10. Heft 9 u. 10.
13. *Hubbard, J. C., Eine Anregung zur Behandlung der hämorrhagischen Diathese der Neugeborenen. Boston Med. Surg. Journ. 1915. June 10.
14. Jessurum, X-photogramm eines weiblichen Kindes mit Achondroplasie, das einige Stunden gelebt hatte. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. 3. (Mendes de Leon.)
14a. Jonsson, S., Über Blutzysten an den Herzklappen Neugeborener. Virch. Arch. Bd. 22. Heft 3.
15. *Lipschütz, B., Erythema bullosum vegetans. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 123. Heft 3.
16. *Möller, Eli, Ein Fall von angeborener Ösophagus-Trachealfistel. Ugeskrift for Laeger. 1915. Nr. 45.
17. Moumann, Geburtshindernis infolge von fötaler Aszites. Arch. f. Gyn. Bd. 105. Heft 2.
18. *Norris, Charles C., Diagnose und Behandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis bei Säuglingen und kleinen Kindern. Journ. of the Amer. Med. assoc. Vol. LXV. Nr. 4. 1915. Juli 24.
19. *Paulsen, J., Die persistierende Lanugo als Zeichen konstitutioneller Minderwertigkeit. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 40.
20. *Peiper, Behandlung der Erkrankungen der Mundhöhle des Säuglings. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7.
21. *Rudew, Über die spontanen Darmrupturen bei Fötus und Neugeborenen. Revue Basel 1914.
22. *Schumann, Edward A., Studie über den Hydrops foetus universalis, nebst Bericht über einen Fall. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 6. 1915. Dec.
23. *Stolte, K., Vernix caseosa und Erythrodermie. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Orig. Heft 2. p. 168.
24. *Ylppö, A., Vorübergehende, ev. chronische Genitalödeme bei Frühgeborenen auf Grund lokaler mechanischer Stauung. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Heft 3.

Abbe (1) beschreibt folgende Entwicklungsstörung an der Hand eines 28jährigen, die seit der Geburt besteht: an der linken Hand: Defekt der Endphalanx des Daumens sowie der beiden Endphalangen des Zeige- und Ringfingers. Die Stumpfenden sind narbig verdickt. An der Basis der beiden kurzen Finger war eine tiefe Hautfurche; eine ähnliche an der Basis des Daumens vom Handteller auf den Handrücken übergehend. An der rechten Hand ist der Daumen normal, der Zeigefinger hat einen kleinen Nagel und eine verkürzte Endphalanx. Verf. ist der Ansicht, dass diese Entwicklungsfehler, die häufig symmetrisch vorkommen, wie das oft gleichzeitige Vorkommen von Klumpfüssen, Spina bifida, Schädelanomalien eine Folge von Zurückbleiben in der Entwicklung ist, bedingt durch mangelhafte Keimanlage. Die Hautfurchen erklärt er dann als Folge der Entwicklungshemmung der Haut und des subkutanen Gewebes, den Klumpfuss und die Klumphand als Folge der Nichtentwicklung von Muskelgruppen und den Mangel von Fingern und Extremitäten als Nichtentwicklung von Knochen.

Ashhurst (2) gibt die Krankengeschichte eines von ihm im chirurgischen Verein zu Philadelphia vorgestellten, nunmehr 6jährigen Knaben, der am 1. Januar 1908 mit Mastdarmverschluss geboren war. Er bekam das Kind 14 Tage nach der Geburt in Behandlung. Der Leib war enorm aufgetrieben, gespannt und gerötet, von erweiterten Venen bedeckt. Eine Analöffnung war vorhanden, endete aber blind in einem Sacke von 2 cm Tiefe. Trotz des kritischen Zustandes wurde sofort zur Operation geschritten; in einer Tiefe von 4 cm stiess man auf das Rektum, aus dem sich nach der Eröffnung eine ungeheure Menge Kot entleerte. Die Entleerung dauerte 12 Stunden; das Rektum wurde durch Nähte an die Haut herangebracht. Dauer der Operation 15 Minuten. Entlassung des Kindes mit seiner Mutter 4 Tage später. Bei einer Vorstellung 3 Wochen später fand Ashhurst alles in bester Ordnung.

Belcher (3). 25 Pfund schweres Mädchen, welches tot geboren wurde nach Verstärkung der Wehen durch Pituitrinextrakt ohne sonstigen operativen Eingriff; es kam zu geringgradiger Dammzerreissung. Die Beckenmasse der Mutter waren normal, die Quermasse waren aber grösser als normal.

Brun (5). Eine 37jährige Gebärende wurde mit Zange entbunden wegen Temperatursteigerung und fötiden Uterininhaltes. Gleich nach der Geburt beobachtete man bei dem Kind zahlreiche Darmschlingen auswendig auf dem Abdomen, und bei näherer Besichtigung sah man einen zersprungenen Bruchsack, der aus der dilatierten Nabelschnur bestand. Der Inhalt des Bruchsackes war Kolon und Dünndarm. Das Kind wurde gleich operiert. Die Adhäsionen zwischen Darm- und Bruchsack wurden gelöst, worauf die Reposition leicht gelang, und Bruchsack, Haut und Faszie mit Aluminiumbronze geschlossen wurden. Der Verlauf war durch eine Peritonitis, die sicher von dem fötiden Uterusinhalt herkam, kompliziert.

De Lee (6) erwähnt folgende Fälle, die für den sog. habituellen Abort eine Erklärung abgeben können:

1. Von einer gesunden Mutter wurde ein Kind mit einer Temperatur von 101° geboren, die in ein paar Stunden auf 103 anstieg. Das Kind starb an Streptokokken, Septikämie, während die Mutter keine Zeichen von Infektion nachwies.

2. Nach einer geringgradigen Pharyngitis kam es bei der Frau eines Arztes zu Albuminurie und Eklampsie. Die künstliche Entbindung wurde vorgenommen. Aus den kindlichen Nasenlöchern floss reiner Eiter, in dem der Pneumococcus nachgewiesen wurde.

Noch andere Fälle haben dem Verf. gezeigt, dass das Kind krank werden kann, unabhängig von der Mutter, sogar sterben kann, während die Mutter nur sekundär beteiligt wird oder überhaupt nicht krank wird.

Dietrich (7). Ein Fall von Chondrodystrophie und zwei Fälle von Osteogenesis imperfecta. Die Verschiedenartigkeit der beiden fötalen Knochenerkrankungen ist im wesentlichen folgende:

Bei der einen liegt der Schwerpunkt der Veränderungen in der Epiphyse, in der mangelhaften Ausbildung und Vorbereitung des Knorpels zur Knochenbildung — während die periostale Knochenbildung unverändert, vielleicht verstärkt ist, bei der anderen hingegen in der Diaphyse, in der herabgesetzten periostalen Knochenanlagerung und in der erhöhten Resorption. Als regeneratorisches Bestreben lässt sich bei der Chondrodystrophie das Eintreten von Bindegewebsknochen mit osteoider Vorstufe an Stelle des enchondral angelagerten Knochens ansehen, während bei der Osteogenesis imperfecta Frakturen den Reiz einer höchst vollkommenen Regeneration geben, wobei Knorpelbildung als Ausgleich der mangelhaften direkten periostalen Knochenbildung herangezogen wird.

Als Ursache der charakteristischen Hemmung der Knochenbildung werden innere Wachstumsstörungen angenommen.

Ebeler (8) beschreibt einen Fall, wo es bei einem Fötus aus dem 4. Schwangerschaftsmonat durch Umschlingung der Nabelschnur in Form eines wahren Knotens zu einer fast vollkommenen Abschnürung des einen Fusses gekommen ist. Ob der Abort durch die Umschlingung der Nabelschnur hervorgerufen ist, lässt sich nicht mit Sicherheit entscheiden.

Ernst (101). Der Titel der Arbeit sagt beinahe alles. Es handelt sich um ein kräftiges ausgetragenes Kind, das 11 Tage nach der Geburt operiert wurde. Die Stenose, die vollständig war, lag beinahe bei der Plica duodeno-jejunalis. Der Übergang zwischen Pars horizontalis duodeni und Pars perpendicularis mit dem Dünndarm lag beinahe 10 cm unterhalb der Plica duodeno-jejunalis. Der Verlauf war reaktionslos, und das Kind befand sich ca. 1 Jahr nach der Operation wohl und wog 11 200 g.

Heime (11). Es handelt sich um eine ausgedehnte retroperitoneale hämorrhagische Infiltration, ausgehend von einem Hämatom in der Nebennierenkapsel mit Durchbruch in die Peritonealhöhle. Eine sichere Ursache lässt sich nicht nachweisen, Wassermann negativ. Auffallend war der grosse Gefässreichtum der Kapsel.

Heimann (12). Bei einer 21jährigen Patientin hatte ein Megacolon sigmoideum eine stielgedrehte Ovarialzyste vorgetäuscht.

Bei der hämorrhagischen Diathese der Neugeborenen haben erwiesenermassen subkutane Injektionen von Kaninchen- oder menschlichem Blut gute Resultate gezeitigt. Noch besser wirkt jedoch die Bluttransfusion. Da aber diese wegen der Kleinheit der kindlichen Venen nicht leicht auszuführen ist, so macht Hubbard (13) die Anregung, das Blut in die freie Bauchhöhle einzuspritzen.

Jonsson (14a) untersuchte die Blutzysten an den Herzklappen einer Reihe von Neugeborenen und konnte im ganzen die Befunde von Haushalter, Thiery, Meinhardt und Wegelin bestätigen, wonach die Zysten durch Ausweitung endothelbekleideter Kanäle der Klappen entstehen, welche Ausbuchtungen der Herzhöhle darstellen. Die Zysten sind weder Hämatome, noch Ektasien von Klappengefässen, noch Angiome. Das Blut wird unter Überdruck in die Zysten eingepresst, vielleicht spielt auch die Saugkraft am Ende der Systole hierbei eine Rolle.

Lipschütz (15). Es handelt sich um einen Fall, bei dem es zur Bildung knopfförmiger Vegetationen nach vorausgegangener bzw. noch bestehender Blasenbildung auf beiden Handrücken gekommen war.

Möller (16). Es handelte sich um ein ausgetragenes Kind, das spontan geboren war und das eine Atresia ani cum fistula navicularis hatte. Es war aber leicht, mit Paquelin eine fungierende Analöffnung zu machen. Sobald das Kind etwas zu trinken bekam, bekam es Erbrechen, Erstickungsanfälle und Krämpfe. Es lag ruhig da und starb am 6. Tage. Bei der Sektion zeigte es sich, dass der oberste Teil des Ösophagus in einem Blindsack endete, während die unterste Partie aufwärts in der Trachea bei der Bifurkation ausmündete.

Norris (18). Bei chronisch-gonorrhoischer Vulvovaginitis war der Bakterienbefund im einfachen Ausstrichpräparat nur in 45% positiv. Genauerer Bakterienbefund resultierte nach vorheriger Einspritzung einer Quecksilberchloridlösung (A : 5000 normale NaCl-Lösung) und wenn dabei gleichzeitig das den Wänden anhaftende Sekret durch Reiben mit dem behandschuhten Finger oder mit einem glatten Glasstab gelöst worden war, dann war der Gonokokkenbefund in 75% positiv; in 97% war er positiv, wenn am Tage vor der Sekretentnahme die ganze Scheide mit einer 5—10% Silbernitratlösung bestrichen worden war.

Als Behandlung werden tägliche Spülungen mit Kaliumpermanganatlösung und darauffolgende Waschungen mit 25% Argyrollösung vornehmlich zum

Zwecke der Reinigung empfohlen. Wichtig ist danach eine gründliche Austrocknung der Vulva und Vagina mit Hilfe von Gazestreifen und leeren Zerstäubungsapparaten. Eine 3 mal wöchentlich vorgenommene Scheidenspülung (unter Zusatz von etwas Glyzerin) soll nicht nur zur Zerstäubung der Gonokokken dienen, sondern gleichzeitig die Entwicklung eines schuppigen Schleimhautepithels, auf dem keine Bakterien gedeihen können, verursachen.

Das Bestehen des fötalen Wollhaarkleides beim Erwachsenen wird häufig zusammen mit anderen Entwicklungsstörungen und pathologischen Prozessen gefunden. Sellheim hat in diesem Zusammenhang besonders auf die Tuberkulose hingewiesen. Paulsen (19) sucht auf Grund von 20 Fällen seiner Praxis die diagnostische Bedeutung der persistierenden Lanugo zu erweisen, und findet auffallend häufig Tuberkulose bei den Lanugoträgern. Das persistierende Wollhaarkleid tritt sehr häufig mit Entwicklungshemmungen anderer Art, speziell mit der Trichterbrust vergesellschaftet auf. An dem ursächlichen Zusammenhang mit der Tuberkulose ist, wie Verf. näher ausführt, nicht zu zweifeln. Der Infantilismus gibt den Boden ab, auf dem auch andere krankhafte Zustände erwachsen können. Das gleiche gilt von der Pigmentarmut, bzw. dem Albinismus, von dem wir schon lange wissen, dass er zu Erkrankungen der Haut stark disponiert. Die Beachtung derartiger anthropologischer und anatomischer Abweichungen ist für die Bewertung der Persönlichkeit des Kranken und seiner Krankheit, selbst wenn diese bakterieller Natur ist, von grosser Bedeutung. Auch therapeutisch gelangen wir zu einem besseren Verständnis der Wirkungsweise der natürlichen Heilfaktoren, die in erster Linie darauf abzielen, die Schäden der Domestikation auszuschalten, um dadurch häufig genug infantilen Personen zu körperlicher und seelischer Kräftigung zu verhelfen.

Peiper (20). Gemeinsam allen Mundhöhlenerkrankungen der Säuglinge: Behinderung des Saugaktes und der ev. folgenden Dyspepsie.

Stomatitis catarrhalis, häufig mit Soor kombiniert, ist schmerzhaft und behindert die Nahrungsaufnahme sowohl bei Brust- wie bei Flaschenkindern.

Bednardsche Aphthen (Ulcera pterygoidea) können zu geschwürigem Zerfall und septischen Erkrankungen führen.

Septische Stomatitis mit Ausgang von Bednardschen Aphthen war bei Masern, Scharlach, Diphtherie.

Deshalb keine Mundreinigung beim Neugeborenen, kein Lösen des Zungenbändchens, sorgfältige Sauberkeit der mit der Mundhöhle in Berührung kommenden Gegenstände. Ernährung an der Brust oder mit abgezapfter Milch oder bei Flaschenkindern mit dem Teelöffel.

Behandlung: Einfache katarrhalische Stomatitis: bei starken Schmerzen Pinseln mit $2^0/_0$ Höllensteinlösung, oder $1-2^0/_0$ Borsäurelösung oder $20^0/_0$ Boraxglyzerin oder Wasserstoffsuperoxyd.

Soor: Im allgemeinen nur diätetisch, ev. mit Haarpinsel Einstäubung von Borsäure nach dem Essen. Bei schwerem Soor: Pinselung mit $1-2^0/_0$ Höllenstein.

Ansteckende Stomatitis aphthosa (maculo-fibrinosa): Bepinselung mit $2^0/_0$ Höllensteinlösung.

Stomatitis gonorrhoica: Selten; Behandlung mit $2^0/_0$ Höllensteinlösung.

Stomacase, Stomatitis ulcerosa: vom Zahnfleischrand sich ausbreitend, führt meist zu nekrotischem, geschwürigem Zerfall und Foetor ex ore. Behandlung: $3^0/_0$ Borwasser, Wasserstoffsuperoxyd, Cal. permang. 0,1 : 100, $2^0/_0$ Argent. nitric.-Lösung, Jodtinktur. Innerlich Cali chloricum.

Noma oder Wasserkrebs: Rasche örtliche Behandlung mit Holzessig, Kreosot, arsenige Säure, Chlorzink. Wenn diese Mittel nicht helfen, dann chirurgisch vorgehen.

Rudew (21) führt die spontanen Darmrupturen auf eine Entwicklungshemmung der Muskelschicht der Eingeweide zurück, derart, dass die Schleimhaut eine hernienartige Ausstülpung in der Serosa hervorruft.

Schumann (22). 23jährige II para. Neben den üblichen Kinderkrankheiten in der Anamnese Gelbsucht unklarer Genese. Kein Anhalt für Lues. In der ersten Gravidität Nephropathie, künstliche Frühgeburt eines lebenden Kindes wegen Beckenenge. Jetzt Hydramnios, im Anfang der Schwangerschaft viel Erbrechen. Geburt eines 7,5 Pfund schweren Kindes mit universalem Hydrops, einschliesslich Ödem der Plazenta.

Im Anschluss ausführliche kritische Besprechung und Zusammenstellung aller seit 1091 publizierten Fälle. Dieselbe ist sehr übersichtlich, zum Referat aber nicht geeignet. Verf. selbst ist am meisten geneigt, eine Schwangerschaftstoxikose als Ursache des Hydropsfoetus anzusprechen. Genaueres über den kausalen Zusammenhang ist unbekannt.

Stolte (23), der weder an die von Leiner angenommene autotoxische noch die von Moro vermutete exsudative Natur der Erythrodermie glaubt, machte die Beobachtung, dass von der Erythrodermie befallene Kinder eine geradezu auffällige Entwicklung der Vernix caseosa gehabt hatten. Er konnte ferner feststellen, dass bei Kindern mit reichlicher Vernix caseosa in einigen von ihm beobachteten Fällen sich späterhin Ekzeme entwickelten. Er wirft die Frage auf, ob nicht Kinder mit einer schon vor der Geburt zu reichlichen Gneis- und Schuppenbildung (die Form von Vernix caseosa) neigenden Haut späterhin zu nichtinfektiösen Hauterkrankungen neigen.

Yllpö (24) bemerkte bei Frühgeburten in 4 Fällen akut auftretendes Ödem der Regio pubica, Penis und Skrotums. 2 mal bei Kindern, die in der Finkelsteinschen Stoffwechselschwebe lagen. Die Ödeme schwanden bei Herausnahme aus der Schwebe. In den beiden anderen Fällen erschienen die Ödeme gleichzeitig mit Hydrozele. Die Ursache der Ödeme erblickt Verf. in lokaler mechanischer Stauung. Bei den Kindern in der Stoffwechselschwebe wird beim Ausspreizen der Beine das Lig. inguinale nach auswärts gepresst und die Spannung zwischen Haut und Ligament wird grösser. Bei den andern Kindern drückte die Hydrozele auf die Lymphgefässe. Übrigens zeigen Frühgeburten eine besondere Veranlagung zu Ödemen. Von den ins Kaiserin Auguste Viktoria-Haus in den ersten Lebenstagen aufgenommenen Frühgeburten zeigten mindestens 80% Ödeme bei der Aufnahme oder kurz nachher. Ihre Ursache sind Kälteschädigungen, Herzschwäche, unzulängliche Funktion des Lymphgefässsystems selbst. Letzteres kann experimentell durch leichtes Abbinden der Glieder nachgewiesen werden.

6. Diagnose und Behandlung der kindlichen Geburtsverletzungen.

1. *Esch, P., Zur Klinik und Therapie der intrakraniellen Blutungen beim Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
2. *Hofmeier, Zur Behandlung der Asphyxie des Neugeborenen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 4.
3. Kühnelt, Fr., Ein Fall von Cephalhämatom bei Beckenendlage. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
4. Randgraf, Wilhelm, Über intrakranielle Blutungen beim Neugeborenen mit besonderer Berücksichtigung der Blutungen infolge von Tentoriumzerreissungen. Inaug.-Diss. Marburg 1914.
5. *Lippmann, Maurice G., Meningeale Blutung beim Neugeborenen. New York Med. Journ. Vol. 103. Nr. 6. Febr. 5.
6. *Sachs, Zur Ätiologie und Prognose der Erbschen Entbindungslähmungen. Der Frauenarzt. Heft 8/9/10.
7. *Small, C. P., Geburtsverletzung des Auges. Ophthalmic. Rec. 1915. Aug.
8. Staffier, Über die Prognose intra partum erworbener Frakturen. Inaug.-Diss. Halle a. S. 1915.
9. *Truesdell, Eduard D., Dislokation der unteren Humerusepiphyse nach hinten als Geburtsverletzung. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. Nr. 6.

Esch (1). Bericht über 17 Beobachtungen. 7 mal Spontanverlauf der Geburt, 10 mal operative Entbindung.

Bei den erst allmählich zutage tretenden Erscheinungen ist der apathische, somnolente Zustand charakteristisch. Es kommt zu Respirationsstörungen und dem Darniederliegen auch der übrigen Lebensäusserungen. Eine der Hauptaufgaben ist die Differentialdiagnose funktionelle Krämpfe und intrakranielle Blutungen. Bei den organischen Krämpfen sind auch in der anfallsfreien Zeit nachweisbare, zerebrospinale Erscheinungen vorhanden. Bei den funktionellen Krämpfen kehrt, wenigstens nach den ersten Anfällen, meist regelrechtes Befinden wieder.

Ferner ist zur Sicherstellung der Differentialdiagnose die Prüfung der Fontanellenspannung während des anfallsfreien Intervalls wichtig. Bleibt sie auffallend gespannt oder können gar durch Druck auf dieselbe Krämpfe ausgelöst werden, so ist dies zugunsten eines organischen Leidens und zwar meist für eine intrakranielle Blutung zu deuten. Zwei Fehlerquellen müssen berücksichtigt werden: durch Sinken des Blutdrucks infolge von Flüssigkeitsverlusten (gastrointestinale Erkrankungen) oder infolge zu geringer Flüssigkeitszufuhr sinkt auch die Fontanellenspannung, während sie andererseits auch nach funktionellen Krämpfen, wenn sie öfters in heftiger Weise wiederkehren, durch ein sich entwickelndes Ödem steigen kann.

In differentialdiagnostisch schwierigen Fällen ist das letzte, wohl auch aussichtsreichste Hilfsmittel die Lumbalpunktion. Der erhöhte Druck und die eventuellen krankhaften Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit lassen die funktionellen von den organischen Krampfzuständen im allgemeinen ausschliessen, und lassen auch die intrakraniellen Hämorrhagien an sich durch den Nachweis einer Blutbeimischung zu dem Liquor erkennen.

Hofmeier (2). Die Methode der Behandlung der Asphyxie von Neugeborenen durch Schultzesche Schwingungen hat, man kann wohl sagen, Jahrzehnte die Geburtshilfe beherrscht. Trotzdem können die Schwierigkeiten und Nachteile, die diesem Verfahren gelegentlich anhaften, nicht bestritten werden. Verf. hat bei der Wiederbelebung Neugeborener die Schwingungen immer mehr eingeschränkt und ist zu der alten Methode der Insufflation zurückgekehrt. Alle theoretischen Einwände vermögen die praktische Wirksamkeit der Insufflation nicht zu beeinträchtigen. Man muss zunächst die Luftröhre und die grossen Bronchien nach Einführen eines Katheters durch Ansaugen der etwa aspirierten Flüssigkeit frei machen. Dann wird ohne zu starken Druck eine gewisse Menge Luft eingeblasen, so dass der Thorax sich sanft hebt. Die erste Wirkung, die schon nach einigen Sufflationen ganz augenfällig hervortritt, ist die auf die Herztätigkeit. Dieselbe hebt sich fast sofort und damit ist die erste Vorbedingung für eine weitere gute Wirkung gegeben. Man hat das Kind gleichzeitig durch warme Tücher oder im Bade warm zu halten. Treten die ersten aktiven Atemzüge ein, so wird man beim Liegenlassen des Trachealkatheters weiter beobachten können, ob dieselben sich wiederholen und häufen oder wieder aufhören und je nachdem weiter handeln. Es genügt dann vielleicht bei weiterem Warmhalten des Kindes eine leichte Unterstützung dieser Atembestrebung durch Kompression des Thorax und leichte äussere Reize. Die einzige Schwierigkeit der Methode besteht in der Technik der Einführung des Luftröhrenkatheters besonders bei kleineren Kindern; doch kann die Technik an Kinderleichen eingeübt werden und ist sicher nicht schwerer zu erlernen wie die Schultzeschen Schwingungen.

Lippmann (5). Bei einem mittelst typischen Forzeps wegen Wehenschwäche entwickelten Kinde traten 44 Stunden post partum Konvulsionen auf: teils tonische, teils klonische Krämpfe in unregelmässigen Intervallen in Dauer von 1—5 Minuten, teils allgemein, teils lokalisiert, verbunden mit Respi-

rationsstörungen, Zyanose, Nahrungsverweigerung, Fontanellenspannung. Dieselben wurden als auf intrakranieller Blutung beruhend gedeutet. Lumbalpunktion ergab teilweise zerstörte rote Blutkörperchen in geringer Menge, womit die Diagnose gesichert schien. Gleichzeitig sank sofort die Spannung der Fontanelle, die Krämpfe sistierten dauernd und das Kind entwickelte sich normal weiter.

Sachs (6) beschäftigt sich mit der Frage, ob es sich bei der Erbschen Entbindungslähmung mehr um eine Druck- als um eine Zuglähmung handelt, und findet, dass es bei der Prognosenstellung mehr auf die Intensität des Druckes oder des Zuges ankommt als auf die Tatsache des Druckes oder des Zuges. Im speziellen führt er als Ursache der Nervenschädigung bei Beckenendlage den Veit-Smellieschen Handgriff an, und zwar weniger die durch direkten Fingerdruck wirkende Kompression des Erbschen Punktes als den durch Hochstand des Kopfes notwendigen sehr starken Zug an den Schultern, der zu einer Kompression des Plexus führen kann. Sie lässt sich nur vermeiden, wenn man grundsätzlich bei hochstehendem Kopf besonders bei bestehendem Missverhältnis zwischen Kopf und Becken auf den starken Zug an den Schultern, d. h. auf den Veit-Smellie verzichtet und ihn durch den Wigand-Martin-Winckelschen Handgriff ersetzt, der bei hochstehendem Kopf auch wegen der Vermeidung einer Wirbelsäulenzerreissung gefahrloser zu sein scheint. Die von ihm beobachteten 2 Fälle waren 6mal auf Zugwirkung beim Veit-Smellie, einmal durch Zug bei abgewandtem Kopf. Nach der Ansicht des Verf. hat die echte, unkomplizierte Plexuslähmung vom Erb-Duchenneschen Typus eine gute Prognose, wenn sie frühzeitig und sachgemäss, d. h. langdauernd mit Elektrisieren der beteiligten Muskelgruppen behandelt wird.

Small (7). Fall von Geburtsverletzung durch die Zange, welche ein jetzt 11jähriges Kind betraf. Die Narbe erstreckte sich über den Kopf und das rechte Unterlid. Weiterhin war die Hornhaut vielfach vertikal getrübt. Es bestanden ferner Irisschlottern und Linsentrübung.

An drei selbstbeobachteten, durch ausgezeichnete Bilder illustrierten Fällen erörtert Truesdell (9) Genese und Therapie der im Titel genannten Geburtsverletzung. Dieselbe ereignet sich besonders bei der Lösung des über den Kopf emporgeschlagenen Armes durch starken Druck auf den Oberarm oberhalb des Ellenbogengelenkes. Mit der Epiphyse wird das Periost des Humerusschaftes in grösserer oder geringerer Ausdehnung abgelöst. Die Diagnose ist an dem schlaffen Herabhängen des Oberarmes bei Ausschluss einer Schaftfraktur leicht sicherzustellen. Die Therapie erfordert Reposition und Fixierung in Velpeau-Verband für drei Wochen.

7. Icterus neonatorum.

1. *Abels, Hans, Neues zur Klinik des Icterus neonatorum. Med. Klin. 1915. Nr. 48.
2. Bang, F., Icterus neonatorum. Hospitalstidende. 1915. Nr. 26.
3. *Gessner, W., Der Icterus neonatorum und seine Beziehungen zur paraportalen Resorption beim Neugeborenen. Gyn. Rundsch. 9. Jahrg. Heft 13.

Abels (1) macht auf zwei Gesetzmässigkeiten beim Icterus neonatorum aufmerksam.

1. Der Icterus neonatorum stellt in exquisitestem Masse eine familiäre oder habituelle Erscheinung dar. Sieht man bei einer Mehr- oder Vielgebärenden ein stark oder wenigstens ausgesprochenes ikterisches Kind, so kann man mit fast völliger Sicherheit annehmen, dass auch alle früheren ähnlich ikterisch gewesen sind.

2. Von den ersteren zu den späteren Geburten lässt sich eine Abnahme nachweisen. Verf. sieht den Ikterus als eine Folge des Geburtsvorgangs im

weiteren Sinne an, bzw. als eine Folge der denselben begleitenden, den fötalen, ebenso wie den mütterlichen Organismus betreffenden Veränderungen und Schädigungen, wobei als ursächlich an die wechselseitigen stofflichen Beeinflussungen, in erster Linie wohl von seiten der Plazenta, zu denken ist. Hiermit stimmt überein, dass das fötale Blut schon zum Zeitpunkt der Geburt Bilirubin enthält.

Bang (2). Für die Untersuchung ist Gmellins Methode von Sunde modifiziert, angewendet worden und wird auf folgende Weise ausgeführt: in einem kleinen Reagenzglas ist Serum von 2 ccm Blut; hierzu wird mit einer kleinen Pipette von folgendem Reagens zugesetzt: Acid. nitric. 300 g, Nitrit. natric. ($NaNO_2$) 0,06 g. Die Spitze der Pipette wird bis auf den Boden des Reagenzglases geführt, so dass sich die Serumauflösung oben auf dem Reagens lagert. Mit der Uhr in der Hand bestimmt man die Zeit, bis, in dem Fall, dass die Reaktion positiv ist, ein deutlicher blaugrüner Ring in der ausgefällten Albuminscheibe auftritt. Mit dieser Reaktion ist es gelungen zu zeigen, dass alle Kinder mit vermehrtem Gallenfarbstoff geboren werden; in den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt wird die Menge des Gallenfarbstoffes äusserlich vergrössert und dann langsam vermindert. Diesen Zustand findet man bei allen Kindern und muss ihn deshalb als physiologisch betrachten. Er stimmt überein mit Schwankungen in der Hämoglobinmenge. Die starke Steigerung gleich nach der Geburt wird als eine Leberstase wegen der Kreislaufstörungen erklärt; möglich ist es aber auch, dass die von Arvo Ylppö aufgestellte Theorie über die Dysfunktion der Leber eine Rolle spielt.

Gessner (3) hält den Icterus neonatorum für rein hämatogener Natur, ausgehend von dem Blutzerfall, wie er infolge der nach der Geburt stattfindenden Fluxion nach den Hautgefässen durch kapilläre Stase bedingt wird. Die Haut des Kulturmenschen ist gegenüber äusseren Einflüssen widerstandsunfähig geworden, so dass der Blutzerfall als ein „Kulturschaden" angesehen werden muss. Der Icterus neonatorum ist daher auch nicht physiologisch — bei Tieren kommt er nicht vor, — sondern eine pathologische Erscheinung.

8. Melaena neonatorum.

1. Guggisberg, Ulcus perforativum des Magens bei einem Neugeborenen, das an Erscheinungen von Melaena erkrankte. Gemeinsame Sitzung der gynäkol. Ges. d. deutsch. Schweiz und der Soc. d'obst. et de gyn. de la Suisse romande in St. Gallen. Sitzg. v. 27. Nov. 1915. (Therapie: Injektion von Blutplasma oder Plazentarpresssaft. Autoptischer Befund: 4 cm lange Perforation an der grossen Kurvatur.)
2. *Lindemann, Über einen Fall von Melaena neonatorum. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 7. Jahrg. Heft 1.
3. Nürnberger, L., Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum. Samml. klin. Vortr. 679/251. Leipzig 1913.
4. *Peiper, Die Behandlung der Melaena und des Tetanus und Trismus der Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21.
5. *Woltman, Bluttransfusion, die mit Zitratlösung gemischt ist, bei Melaena neonatorum eines 60 Stunden alten Säuglings. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1915. Vol. 65. Nr. 25.
6. Zubrzycki, J., Zur Frage der gonorrhoischen Konjunktivitis der Neugeborenen. Przegl. Lek. Bd. 55. Nr. 6. Krakau.

Lindemann (2). Das Kind einer an puerperaler Pyämie erlegenen Mutter, bei der Streptokokken im Blute und im Scheidenabstrich nachgewiesen wurden, erkrankte an Meläna und an einer eitrigen Infektion der Fingerhaut. Sowohl im Mund als auch im After des Kindes wurden sie bei der bakteriologischen Untersuchung gefunden, welche mit den bei der Mutter im Blute und in der Vagina gefundenen kulturell übereinstimmten. Dieselben Kokken konnten in dem Panaritium, das sich bei dem Kinde in den ersten Tagen entwickelte, ebenfalls nachgewiesen werden.

48 Stunden post partum war die erste sehr starke an die hämophile Frühform der Melaena erinnernde Blutung aus dem Darm des Kindes erfolgt; im Verlauf der nächsten 24 Stunden erfolgten noch zwei bedeutend geringere Blutungen. Der Fall gehört deshalb doch wohl in die Reihe der benignen Frühformen.

Da das Allgemeinbefinden des Kindes auffallend wenig gestört war und das ganze Krankheitsbild mehr den Eindruck einer plötzlich einsetzenden und rasch vorübergehenden Schädigung des Magendarmkanals machte, glaubt Verf. die Annahme eines Ulcus etwa im Duodenum ablehnen zu können. Nach seiner Ansicht ist es sehr wohl möglich, dass die bei der Mutter so virulenten Streptokokken, deren Pathogenität auch für das Kind durch das Auftreten des Panaritium erwiesen ist, eine toxische Schädigung der Darmwand gesetzt haben, die zu einer profusen Blutung Anlass gegeben hat.

Es muss deshalb eine Übertragung von Keimen in die Scheide während des letzten Monats der Gravidität dnrchaus vermieden werden, um zu verhüten, dass aus der Scheide der kreissenden Frau pathogene Keime auf das Neugeborene übertragen werden.

Peiper (4). 1. Melänabehandlung: Wärmezufuhr, wenn möglich Ernährung mit Muttermilch, subkutane Injektion von Kochsalz. Zur Blutstillung Gelatineinjektion, strenge Asepsis wegen Tetanusgefahr. Ev. Injektion von Diphtherieserum anstatt der Gelatine.

2. Sonstige Blutstillungsmittel: Ein Tropfen Liquor ferri sesquichlorati in Haferschleim oder Suprarenin, ferner Extr. secalis cornuti 0,2 : 50,0 stündlich 1 Teelöffel.

Trismus und Tetanus der Neugeborenen beruht auf einer regulären Tetanusinfektion. Daher Injektion von Tetanusserum. Symptomatisch Chloralhydrat ein- oder zweimal am Tage per Klysma 0,5 g oder Magnesium sulfuricum 8,0 : 100,0 und zwar werden 2,5 ccm dieser Lösung auf das Kilo Körpergewicht berechnet injiziert.

Weltman (5) bespricht einen Fall von Melaena neonatorum bei einem durch Forzeps entwickelten Kinde, der durch Transfusion von 60 ccm väterlichen Blutes, dem $^1/_{10}$ Volumeinheit einer $2^0/_0$igen sterilen Natriumzitratlösung zugesetzt wurde, geheilt ist.

VI.

Pathologie der Gravidität.

Referent: Professor Dr. J. Veit.

A. Schwangerschaftstoxämien, Hyperemesis gravidarum, Ptyalismus gravidarum.

1. Faugère et Balard, De l'avortement spontané au cours des vomissements graves de la grossesse traités par la sérothérapie. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux. 24 Mars 1914. Ann. de gyn. Tome 12. p. 377. (Nach der Seruminjektion zuerst Pulsfrequenzsteigerung und Störung des Allgemeinbefindens — 2 Tage nach der letzten Injektion Abortus.)

2. Gröné, O., Von der sogenannten Schwangerschaftsniere. Allmäna Svenska Läkartidningen. Nr. 44. (Vortrag in der Ärztegesellschaft zu Lund.)
(Silas Lindqvist.)
3. Hornstein, Mark, Raver Forms of Toxaemia of Pregnancy. Amer. Journ. of Obst. 2. p. 270. (Fälle von Chorea und Polyneuritis gravidarum.)
4. *Jung, Th., Behandlung des sog. unstillbaren Erbrechens in der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. 3.
5. *Seitz, L., Die Behandlung der Schwangerschaftstoxikosen. Therapeut. Monatsh. 4.
6. Steinborn, K., Das unstillbare Erbrechen der Schwangeren und seine Behandlung mit Serum. Inaug.-Diss. Strassburg. (Mahnung zur Vorsicht, weil sich nach Injektion von Pferdeserum und Schwangerenserum später Neuritis beider Beine einstellte.)

Jung (4) betont, dass oft gegen das unstillbare Erbrechen diätetische Massregeln ausreichen. Medikamente sind meist wertlos. Klinische Behandlung ist in allen schweren Fällen geboten; ohne eine solche ist niemals die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt. Psychische Beeinflussung ist wohl möglich. Über Serumtherapie wird nichts berichtet.

Seitz (5) will bei Schwangerschaftsdermatosen die Ringersche Lösung subkutan infundieren; ist dies erfolglos, so empfiehlt er 20 ccm Pferdeserum und erst dann 10—20 ccm Schwangerenserum; die gleiche erfolgreiche Behandlung wendet er bei Hyperemesis an.

B. Infektionskrankheiten in der Schwangerschaft.

1. *Adair, Some remarks on the relationship of syphilis to Miscarriags and fetal abnormities. Amer. Journ. of Obst. July. p. 86.
2. Blöte, Die Ursache des ungünstigen Einflusses der Schwangerschaft auf Tuberkulose. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 43. 3. p. 240. (Schwangerschaft an sich übt einen Einfluss darauf aus, dass Reizmittel weniger Reaktion zeigen; damit bringt Verf. den ungünstigen Einfluss in Verbindung.)
3. Bovin, E., Fall von abdomineller supravaginaler Uterusamputation in der Schwangerschaft bei Lungentuberkulose. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte.
(Silas Lindqvist.)
4. Dauforth, W. C., Schwangerschaftspyelitis mit besonderer Beziehung ihrer Ätiologie. Surg., Gyn. and Obst. 22. 6. (Kolibacillus. Therapeutisch Ureterenkatheter.)
5. *Davis, E. P., Syphilis in its relation to Obstetrics. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. p. 769.
6. Eastman, Neisserian Infection Complicating Pregnancy. Vermont Med. May.
7. *Fullerton, Wm. D., The Significance of Syphilis in Obstetrics. Amer. Journ. of Obst. 1. p. 23.
8. *Gustafson, Über den Infektionsweg bei Pyelitis gravidarum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 497.
9. *Hartog, C. M., De Tuberculose van het Strottenhoofd en Zwangerschap. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Heft 1. Nr. 7.
10. *Hussey, A. A., Management of pregnancy and labor Complicated by heat disease. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. p. 240.
11. Koch, C., Vergleichende Untersuchungen zur Ätiologie der Schwangerschaftspyelitis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. 1. (Meist aszendierende Ätiologie, z. T. vom Kindesalter her; ausserdem aber selten auch hämatogen oder lymphogen.)
12. Lindquist, L., Von Nierentuberkulose und Gravidität. Verhandl. d. nord. chir. Vereins. Sitzg. v. 5.—8. Juli zu Charlottenburg. (Silas Lindqvist.)
13. Mc Cartie, D. B., Ursache und Behandlung der infektiösen Erkrankungen der Nieren mit besonderer Berücksichtigung der puerperalen Nephritis. Med. Rec. Dez. 1911. (Scheide ist mit ihren Keimen vielfach Ursache, also Scheidenspülung in der Schwangerschaft.)
14. Micelli, Katarakt und Graviditätsnarkose. Ann. di oftalmologia. 44. p. 385.

15. *Norris, Ch. P., Schwangerschaft bei Tuberkulösen. Amer. Journ. of Obst. June. Vol. 73. 6.
16. *Peterson, R., Observations on the occurence of syphilis in the University of Michigan Obstetrical and Gynecological Clinic. Tr. Amer. Gyn. Soc. May. Amer. Journ. of Obst. July. p. 85.
17. *Plass, Fetal and Placental Syphilis. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Oct. p. 561.
18. Schoenlein, Ch., Tuberkulose und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Berlin.
19. *Slemons, J. M., How closely do the Wassermann Reaction and the placental Histology agree in the diagnosis of syphilis. Amer. Journ. of Obst. July. p. 87.
20. *Taussig, F. J., Syphilitic Fever in Relation to gynecological and obstetrical practice. Tr. Amer. Gyn. Soc. May. Amer. Journ. of Obst. July. p. 90.
21. Voron, Un cas de pyélonéphrite colibacillairs à gauche dans les suites de couches. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 1 Mars 1914. Ann. de gyn. Tome 12. p. 373. (Verf. nimmt trotz vorherigen Blasenkatarrhs eine hämatogene Entstehung an.)
22. Warburg, B., Über die im Jahre 1909 in der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik beobachteten Fälle von Generationspsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.
23. *Williams, J. W., The Frequency of Syphilis in Obstetric Practice. Tr. Amer. Gyn. Soc. May. Amer. Journ. of Obst. July. p. 83. (26% der totgeborenen Kinder sind syphilitisch.)

Hartog (9) stellt sich auf den Standpunkt, dass bei Kehlkopftuberkulose, auch wenn diese erst während der Schwangerschaft entsteht, unbedingt Abbruch der Schwangerschaft geboten ist. (Mendes de Leon.)

Hussey (10) bespricht die Komplikation von Herzfehler mit Schwangerschaft; er rät zu individualisierender Behandlung; man muss an die Reservekräfte des Organismus denken; er verlangt gemeinschaftliche Arbeit der Geburtshelfer und der Internisten; die entbindenden Operationen sollen konservativ sein; aber die Sterilisation ist häufiger vorzunehmen als bisher.

Gustafson (8) tritt auf Grund einer neuen Untersuchungsreihe für die aszendierende Entstehung der Pyelitis gravidarum ein.

Norris (15) hält die Fruchtbarkeit der Tuberkulosen nicht für herabgesetzt; nur bei vorgeschrittenen Fällen besteht Neigung zu vorzeitiger Unterbrechung. Bei 20% der inaktiven und bei 70% der aktiven Tuberkulose kommt es zu Verschlimmerung der Prozesse in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Norris will daher die Heirat höchstens solchen Mädchen gestatten, deren Prozess mindestens 2 Jahre inaktiv ist. Bei ungünstigem Einfluss einer Schwangerschaft soll man bis zum 5. Monat unterbrechen. Sterilisierung ist nur selten angezeigt. In der 2. Hälfte der Schwangerschaft will Norris die Schwangerschaft nicht unterbrechen.

Norris (15) ist der Meinung, dass Schwangerschaft und Tuberkulose sich nicht selten miteinander kombinieren; die Tuberkulose verhindert an sich nicht die Konzeption. Tuberkulose bewirkt selten Frühgeburt oder Abortus. 20% der milden Fälle und 70% der schweren Fälle von Tuberkulose verschlimmern sich während der Schwangerschaft oder im Wochenbett. Tuberkulöse Frauen sind durch die Ehe mehr bedroht als tuberkulöse Männer; nur die Frauen sollten heiraten, deren Tuberkulose längere Zeit im ruhigen Stadium ist. Schwanger sollte tuberkulöse Frau erst werden, wenn 2 Jahre seit der letzten Attacke verflossen sind. Man kann nicht von vornherein entscheiden, welche Fälle durch die Schwangerschaft schlecht beeinflusst werden; man muss individualisieren. Vor dem 5. Monat sollte man den Uterus entleeren, wenn die geringsten Zeichen dafür auftreten, dass der Prozess florid werden will; er meint dadurch 65—70% der Fälle noch zu bessern. Nach dem 5. Monat soll man exspektativ verfahren. Die Geburt soll man erleichtern. Tuberkulöse Frauen sollen ihre Kinder nicht stillen. Tuberkulose besteht hier fast stets vor der Schwangerschaft.

Im Anschluss an einen Vortrag von Wiley über Syphilis in Geburtshilfe und Gynäkologie besprach J. W. Williams (23) die Häufigkeit der Syphilis

in der Geburtshilfe; bemerkenswert erscheint, dass bei der schwarzen Bevölkerung die Infektion 4—5 mal häufiger vorkommt als bei weissen. Peterson (16) schätzt die Häufigkeit auf 6% aller Kranken; nur der geringste Teil weiss etwas von der Infektion.

Adair (1) zeigt aus seinen Zahlen, dass Syphilis bei der Entstehung des Abortus und der fötalen Missbildung eine grosse Rolle spielt.

Slemons (19) meint, dass neben der Wassermannschen Reaktion auch die Untersuchung der Plazenta beweisend für Syphilis sei.

Taussig (20) hält syphilitisches Fieber für viel häufiger, als man denkt.

Syphilis scheint in Amerika noch häufiger zu sein als bei uns. Fullerton (7) bezeichnet sie als die häufigste Krankheit der Schwangerschaft. Ohne Neues zu bringen, beschreibt er den Einfluss der Schwangerschaft auf Syphilis; die primären Affektionen sind weicher und bleiben länger bestehen; die sekundären Formen werden oft übersehen; sie können aber akut früher auftreten und viel deutlicher hervortreten; tertiäre Formen sind selten. Der Einfluss der Syphilis auf die Schwangerschaft zeigt sich im Abortus und Frühgeburt, sowie in dem Tode der Frucht. Auch Sterilität durch Syphilis nimmt Verf. an, bedingt durch ovarielle und uterine Krankheit. Die Syphilis der Frucht zeigt sich in Missbildungen im schweren Ikterus und in anderen schweren Krankheiten. Auch beschreibt er die plazentare Syphilis.

Davis (5) hat seine Arbeit mit einer fleissigen und ausführlichen Zusammenstellung der neueren Literatur über Syphilis in der Schwangerschaft eingeleitet; seine eigenen Schlüsse aus dieser Arbeit und aus seiner eigenen Erfahrung bringen aber nichts Neues.

Die syphilitische Plazenta ist nach Plass (17) charakterisiert durch ihre abnorme Grösse und Gewicht. Die Strumazellen der Zotten sind in Proliferation; man findet an den Gefässen obliterierende Endarteriitis.

C. Sonstige Erkrankungen in der Schwangerschaft.

1. Albeck, V., Fire Tilfalde af Polyneuritis gravidarum. (Vier Fälle von Polyneuritis gravidarum.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 489—96. (O. Horn.)
2. — Hypertrophi af Glandula thyreoidea hos svangre. (Hypertrophie der Glandula thyreoidea bei Schwangeren.) Jütländ. med. Ges. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 678. Kopenhagen. (O. Horn.)
3. *— Vier Fälle von Polyneuritis gravidarum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 5. p. 351.
4. *— Schwangerschaftspolyneuritis. Hospitalstidende. (Kopenhagen. 24. Mai.)
5. *Ely und Lindemann, Ein Fall von Azidosis in der Schwangerschaft durch Transfusion geheilt. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. p. 42.
6. *Emge, L. A., Acidosis in Normal Uterins Pregnancies. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. p. 769.
7. *Essen-Möller, Ileus bei Schwangerschaft und Entbindung. Verhandl. d. Nord. chir. Vereins. Sitzg. v. 5.—8. Juli zu Gothenburg.
8. *Fehr, O., Schwangerschaft und Hypophysengeschwulst. Zeitschr. f. Augenheilk. Mai-Juni.
9. Finkelstone, B. B., Report of a case of cholelithiasis complicating pregnancy. Amer. Journ. of Obst. May. p. 818. (Operation während der Schwangerschaft. Geburt am normalen Ende. Später erneute Störungen.)
10. *Geelmuyden, H. Chr., Et nyt tilfalde av diabetes und graviditet. (Ein neuer Fall von Diabetes mit Gravidität.) Norsk Magazin for Laegevidensk. Jahrg. 77. p. 404.
11. Hennig, H., Über die operative Behandlung der Retroflexio uteri gravidi. Inaug.-Diss. Greifswald.
12. *Kautsky, Schwangerschaft und Mitralstenose. Zentralbl. f. Gyn. 106. p. 121.

13. *Kouwer, Hämaturie in der Schwangerschaft. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. 3. (Mendes de Leon.)
14. Lichtenstein, F., Volvulus des Cökums in der Schwangerschaft. Resektion. Spontane Frühgeburt. Heilung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 689. (1 Fall derart mit guter Literatursammlung.)
15. Planchu, Syndrome d'occlusion intestinale provoqué par l'utérus gravide à la fin du 8 mois. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 1 Mars 1914. Ann. de gyn. Tome 12. p. 374. (Darmverschluss ohne Erbrechen, Entleerung des Uterus mit dem Ballon von Champetier de Ribes, Heilung sofort nach der Entbindung.)
16. *Rosner, A., Schwangerschaft und maligne Neubildungen des Mastdarmes. Przegl. Lek. Bd. 54. Nr. 1. 1915. Krakau. (v. Gromadzki.)
17. Traugott und Kautsky, Zur Frage: Herzfehler und Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. p. 745.
18. Veit, Appendizitis und Schwangerschaft. Med. Klin. 4.

Essen-Möller (7). Die Schwangerschaft kann in gewissen Fällen allein oder eine beitragende Ursache des Ileus sein. In den meisten Fällen haben doch diese Pat. eine Bauchkrankheit vorher gehabt. Ileus ist in diesen Fällen oft mit Wehen oder mit anderen akuten Krankheiten des Bauches verwechselt. In $^2/_3$—$^3/_4$ von diesen Fällen wird die Krankheit oder die Operation von Abort oder Partus praematurus gefolgt. Die Krankheit muss sofort wie möglich operativ behandelt werden. Um die Operation zu erleichtern ist es berechtigt, die Gebärmutter vor dem Eingriff auszuräumen, wenigstens in den Fällen, in denen eine lebenstaugliche Frucht vorhanden ist. Dies kann durch abdominellen Kaiserschnitt oder vielleicht noch besser durch vaginalen Kaiserschnitt ausgeführt werden. (Silas Lindqvist.)

Geelmingden (10). Ein Fall von Diabetes bei einer 41 jährigen Bäuerin. Die Krankheit gab die ersten Symptome vor ihrer letzten (5.) Gravidität, zuerst ziemlich leicht, im 6. Monat aber schwer. Vorsichtiges Einleiten einer strengen Diabetesdiät. Nach 10—11 Tagen aber beginnende Zeichen eines drohenden Komas. Tod wahrscheinlich aus Herzschwäche, wo das Koma zu voller Entwicklung gekommen war. Verf. mahnt, dazu einen Diabetes bei einer Gravida möglichst früh energisch zu behandeln, macht aber auch darauf aufmerksam, dass im vorliegenden Falle gerade der Übergang zu einer antidiabetischen Nahrung das Eintreten des Komas vielleicht befördert hat. (Kr. Brandt.)

Albeck (3) beschreibt 4 Fälle von Polyneuritis in der Schwangerschaft; er ist geneigt, sie nicht auf Infektion, sondern auf Intoxikation zurückzuführen und hält die Prognose für ernst, so dass er gegebenenfalls an die Unterbrechung der Schwangerschaft zu denken rät.

Albeck (4) beschreibt 4 typische Fälle von Polyneuritis in der Schwangerschaft; in zwei Fällen waren nur die unteren Extremitäten, in zwei weiteren auch die Arme erkrankt; drei Frauen starben; eine genas. Albeck nimmt eine Toxikation an, da die Erkrankung mit Erbrechen begann und durch Amnesis, Neigung zu Delirien und Verminderung der Harnmenge begleitet war.

Emge (6) hat die Frage der Azidosis in der Schwangerschaft durch Bestimmung der CO_2-Menge in 100 ccm Plasma untersucht. Er kommt zu dem Ergebnis, dass Azidosis in der grossen Mehrheit der Schwangerschaft besteht und dass ihr Vorhandensein daher nicht ohne weiteres als Beweis für Toxämie gedeutet werden darf.

Ely und Lindemann (5) machten bei einem Fall von Azidosis mit unstillbarem Erbrechen vergeblich den künstlichen Abortus; sie heilten die Kranke durch Transfusion von Blut, dessen Geber so reichlich mit Na. bicarb. gefüttert war.

Eine temporale Hemianopsie erwarb eine Frau in einer Schwangerschaft; sie bestand noch nach 10 Jahren. Fehr (8) nimmt an, dass es unter dem Einfluss der Schwangerschaft zu einer Hyperplasie der Hypophyse kam, deren Wachstum beim Fortfall weiterer Schwangerschaft ausblieb.

Kouwer (13) teilt die Krankengeschichte einer Frau mit, die 4 Kinder gehabt; das jüngste 10 Jahre alt. Sie hatte dabei Hämaturie; 1910 wieder Hämaturie. Bei der Laparotomie wird eine stark dilatierte Niere mit zystösem Pyelum und Ureter entfernt. (Mendes de Leon.)

Rosner (16) berichtet über einen Fall von Schwangerschaft, kompliziert durch ein Mastdarmkarzinom in der Höhe des III. Sphinkters. Der Tumor wurde im 2. Monate der Gravidität von anderseits nach Hochenegg exstirpiert, wodurch die Gravidität nicht gelitten hat. Im 6. Monat der Schwangerschaft haben sich multiple Kotfisteln gebildet, in deren Reihe eine Mastdarmscheidenfistel sich befand. Da die Unterbrechung der Schwangerschaft indiziert war und der natürliche Weg als infiziert angesehen werden musste, hat Verf. eine supravaginale Amputation des Uterus mit Inhalt ausgeführt. In der Literatur hat Verf. keinen derartigen Fall beschrieben gefunden. Sein Fall weist darauf hin, dass beim Zusammentreffen von Mastdarmkrebs und Gravidität ernste Störungen in der zweiten Hälfte derselben auftreten können. Derartige Fälle müssen unbedingt operiert werden, vor der Operation ist aber in jedem einzelnen Falle die Schwangerschaft zu unterbrechen. (v. Gromadzki.)

Kautsky (12) verlor von 56 Fällen von Herzfehlern in der Schwangerschaft 7 Frauen. Bei Mitralstenose kommt es in über $^1/_4$ der Fälle zu Störungen. Bei der Mitralstenose Erstgebärender will Verf. sich exspektativ verhalten; bei Störungen am Ende will er den Kaiserschnitt machen; jedenfalls soll man der Frau die Arbeit der Austreibung erleichtern. Bei Kompensationsstörungen der ersten Zeit soll man den Abortus einleiten und dann Herztherapie folgen lassen. Bei allen Mehrgebärenden, die schon einmal dekompensiert waren, will man sofort den Abortus bei einer neuen Gravidität einleiten.

D. Komplikation der Schwangerschaft mit Erkrankungen und Tumoren der Genitalorgane, Traumen, Lageveränderungen etc.

1. Adachi, K., An interesting case of Syncytioma malignum. Amer. Journ. of Obst. Nr. 3. p. 397. (Primärer Tumor im Uterus. Sekundär rechts im Parametrium und im Ovarium.)
2. Ahlström, E., Fall von Retroflexio uteri gravidi incarcerata. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. (Silas Lindqvist.)
3. Baadh, Et Tilfalde af partiel Retroflexion af den hójgravide Uterus, kompliceret med. Placenta praevia. (Ein Fall von partieller Retroflexion des hochgraviden Uterus mit Placenta praevia kompliziert.) Jütländ. med. Ges. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 673—75. Kopenhagen. (O. Horn.)
4. Bovée, Ein Fall von Chorionepithelioma malignum, kompliziert durch eine zweimonatliche Schwangerschaft und ein degeneriertes Uterusmyom. Surg., Gyn. and Obst. 20. 4. (Letzte Gravidität vor 13 Jahren. Uterusexstirpation. Verdacht, dass es sich um eine Veränderung der Uteruswand durch die neue Schwangerschaft handelt. Ref.)
5. Doyle, Fr. B., Dermoid Cyst of the Ovary with twisted Pedicle and acute Appendicitis complicating pregnancy. Amer. Journ. of Obst. May. p. 849. (1 Fall derart. Operation, Geburt am normalen Ende.)
6. Goinard et Laffont, Myomectomie au 3e mois de la grossesse. Réunion obst. et gyn. d'alge. 25 Avril 1914. Ann. de gyn. Tome 12. p. 380. (Schmerz, Erbrechen, Obstipation. Konservative Operation. Schwangerschaft blieb erhalten.)
7. Graefe, Schwangerschaft nach Interpositio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 921.
8. Höhne, Über Vulvaödem in der Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. 1183.
9. *— Über Vulvaödem in der Schwangerschaft. Münch. med. Wochenschr. p. 1632.
10. Kaarsberg, Hyperophia portion. supravaginalis colli uteri cum lateroflexione corporis in graviditate bis substitueres med: Hjórnegraviditet med Torsion af Uterus.

(Hypertrophia portion. supravaginalis colli uteri cum lateroflexione corporis in graviditate sol mit „Eckengravidität mit Torsion von Uterus“ substituiert sein.) (Ein operierter Fall.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1483—86. (O. Horn.)
11. Lichtenstein, Volvulus des Cökum in der Schwangerschaft. Spontane Frühgeburt. Heilung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 78. 2. (Ein Fall derart. Gute Literatur.)
12. Meyer, Leopold, To Tilfalde af Cancer uteri, kompliziert und Graviditet. (Zwei Fälle von Cancer uteri mit Gravidität kompliziert.) Demonstr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Kopenhagen. Ref. Ugeskr. for Laeger. p. 1285. (O. Horn.)
13. *Pok, J., Über menstruationsähnliche Blutungen in der Schwangerschaft. Gyn. Rundschau.
14. Prior, S., Obturerende Cervixmyom fjaruet ved Laparotomi i Svangerskabets midte. (Obturierendes Cervixmyom, in Mitte der Schwangerschaft durch Laparotomie entfernt.) Ugeskr. for Laeger. p. 1460—61. Kopenhagen. (O. Horn.)
15. Smead, Gunshot Wounds of the Abdomen in Pregnant Women. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Journ. Amer. Med. Assoc. Oct. 28. p. 1324. (Schusswunde durch Kolon, Uterus, Plazenta und die Hand des Kindes; Heilung. Empfehlung des Kaiserschnittes.)
16. Zimmermann, Pregnancy Complicated by Cancer of the Cervix. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. p. 251. (Abortus, dann Uterusexstirpation. Rezidiv nach 8 Monaten.)

Hoehne (9) unterscheidet das entzündliche, das lokal durch Stauung bedingte und durch Herz- resp. Nierenaffektion entstandene Ödem der Vulva. Bei letzterer Form fürchtet er Gangrän und rät deshalb, den Kaiserschnitt in Frage zu ziehen.

Pok (13) berichtet über 6 Fälle von Blutungen in der Schwangerschaft mit menstruellem Typus; er nimmt an, dass solche menstruationsähnliche Blutungen auch in der Schwangerschaft vorkommen können.

E. und F. Krankheiten des Eies, intrauteriner Fruchttod, abnorm lange Retention des abgestorbenen Eies. Vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft, abnorm lange Dauer der Schwangerschaft, künstlicher Abortus, Frühgeburt.

1. Balard, Grossesse complique d'hydramnios dans un utérus fibromateux. Possibilité d'une infection paludique d'origine paternelle. Soc. obst. et gyn. de Bordeaux. 24 Mars 1914. Ann. de gyn. Tome 12. p. 377. (Hydramnion von 11 Litern Frucht von 2150 g normal. Ursache „Paludismus“ des Vaters (!).
2. *Benthin, Über kriminelle Fruchtabtreibung mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Ostpreussen. Verein f. wissensch. Heilk. zu Königsberg i. Pr. Berl. klin. Wochenschr. p. 410.
3. *Benthin, W., Über Plazentarinfektion. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 6.
4. *— Spätfolgen des Aborts. Gyn. Rundsch. 10. p. 233.
5. *Bumm, E., Berechtigte und unberechtigte Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 79. p. 343. Berl. klin. Wochenschr. p. 707.
6. — Zur Frage des künstlichen Abortus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 385. Mai.
7. Chambrelent, Sur un cas d'hydramnios à marche aiguë dans une grossesse gémellaire. Soc. d'obst. gyn. de Bordeaux. 24 Mars 1914. Ann. de gyn. Tome 12. p. 376. (Künstliche Unterbrechung am Ende des 8. Monats der Gravidität, Kind lebend 2640 und 3060 Gramm.)
8. Curtis, A. H., Streptococcus infection as a cause of spontaneous abortion. Journ. Amer. Med. Assoc. Nr. 24. p. 1739.
*Eckstein, Über die rationelle Abortusbehandlung als die beste Prophylaxis gegen die artifizielle Perforation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. 6.

9a. Esmann, V., 8 Tilfaelde af Abortus provocatus i Tiden omkring 5. Svangerskabsmaaned. (8 Fälle von Abortus provocatus im Zeitraum des 5. Schwangerschaftsmonats.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 833—38. (O. Horn.)
10. *Fehim, Über Darmverletzung bei Abortausräumung. Zentralbl. f. Gyn. 106. p. 243.
10a. Fonyó, Zusammenhang zwischen der Schwangerschaft und den krankhaften Veränderungen in der Schilddrüse. Gyn. Rundsch. 10. p. 238. (Meist kein Einfluss. Jedenfalls ist er nicht grösser als der auf die anderen endokrinen Drüsen.)
11. Gammeltoft, Ein Fall von wiederholter Mola hydatidosa. Ugeskr. f. Laeger. 1915. 46. (1 Fall derart ohne Komplikation.)
12. *Halban, J., Zur Therapie der Uterusperforation. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12.
13. — Zur Therapie der Uterusperforation. Wien. klin. Wochenschr. p. 941. (Spaltung des Cervixrests des Fundus mit Erhaltung des Uterus.)
14. — J., Zur Therapie der Uterusperforation. Geb.-gyn. Ges. Wien. 8. Febr. Gyn. Rundsch. Heft 7/8. p. 123. (Eröffnung des Uterus auf vaginalem Wege und Entfernung des Restes. In zwei Fällen Erfolg.)
15. *Hauch, E., Abortus provocatus og Sterilisation i samtne Séance. (Abortus provocatus und Sterilisation in demselben, Séance.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 449 bis 453. (O. Horn.)
16. Heimann, F., Uterusperforation mit Darmvorfall. Berl. klin. Wochenschr. p. 331. (Winters Abortzange machte die Perforation; Darmresektion mit Erhaltung des Uterus heilte die Verletzung.)
17. Josephson, C. D., Zwei Fälle von Traubenmole mit doppelseitigem Ovarialtumor. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. (Silas Lindqvist.)
18. *Mansfeld, O. P., Über den fieberhaften Abort und seine Behandlung. Gyn. Rundschau. 10. p. 265.
19. Minssen, O., Über verzögerten Abortus. Inaug.-Diss. München.
20. Nyhoff, Die Blasenmole, betrachtet als Entwicklungsstörung des befruchteten Eies. (Vorläufige Mitteilung.) Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. 3. (Mendes de Leon.)
21. Ribbius, „Missed abortion“. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. 3. (4 Monate nach dem Absterben der Frucht ausgestossen. Da Spr. öfters molaähnliche Veränderungen bei „Missed abortion“ gesehen hat, meint er einen gewissen Zusammenhang annehmen zu dürfen.) (Mendes de Leon.)
22. Szénáry, Verfahren bei künstlichen Frühgeburten. Gyn. Rundsch. 1915. 7. (Empfehlung des Baumannschen Verfahrens der Einlegung von Tierblasen, die mit Glyzerin gefüllt sind.)
23. *Veit, Über die Anzeichen zur künstlichen Fehlgeburt. Prakt. Ergebn. 7. 1.
24. Weibel, W., Über Schwangerschaft und Geburt nach Interpositio uteri vesicovaginalis. Arch. f. Gyn. Bd. 105. p. 65.

Bumm (5) betont als seine Ansicht über die Zahl der in Deutschland vorkommenden kriminellen Aborte, dass man auf 300 000 Fehlgeburten etwa 270 000 als kriminell anzusehen habe. Der Arzt hat das Recht und die Pflicht, bei schwerer Gefährdung der Mutter, aber nur bei dieser den Abortus einzuleiten. Alle weitergehenden Anzeichen, insbesondere die sozialen, sind sehr schwer allgemein zu beurteilen, da z. Z. eine psychische Ansteckung zur Abortuseinleitung von Frau zu Frau schon vorliegt.

Benthin (2) berechnet die Zahl der kriminellen Aborte recht gering; sicher nachgewiesen sind 3,2% der Aborte als kriminell, wahrscheinlich 13,1%. In der Hälfte der Fälle wird sie von den Frauen selbst vorgenommen. Die Mortalität ist hoch 11,4%. Ohne Durchführung des Kurpfuscherverbotes ist eine Besserung der Verhältnisse nach Benthin unmöglich. Die soziale Indikation wird verworfen.

Bei der Besprechung der Frage, was man zu tun habe, wenn man bei einer Uterusausräumung, während noch Eiteile im Uterus sind, diese durchsetzt, rät Hallen (12), konservativ wenn möglich vorzugehen, entweder die Cervix zu spalten oder ev. mit vaginaler Laparotomie das Korpus zu inzidieren und zu

entleeren, um es dann zu nähen. Er hat 2 Fälle in dieser Weise mit Erfolg behandelt.

Hauck (15). Durch Colpotomia ant. wird der Uterus und das Ei durch eine transverselle Inzision in den Fundus entfernt. Dann Tubenresektion (2 bis 3 cm) mit Versenkung des uterinen Stumpfes. Das ganze dauert 20—30 Minuten.
(O. Horn.)

Veit (23) fasst seine Ansichten über die künstliche Fehlgeburten folgendermassen zusammen: Die Fehlgeburt muss eingeleitet werden bei Lebensbedrohung einer Schwangeren durch eine akute sonst nicht heilbare Erkrankung; z. B. Einklemmung des prolabierten Uterus, schwerste Kompensationsstörung eines Herzfehlers oder eine schwere Nierenerkrankung. Sie muss weiter eingeleitet werden in den Fällen, in denen mit voller Sicherheit der Nachweis erbracht ist, dass das Leben der Mutter bei der vorhandenen Krankheit und dem Weiterbestehen der Schwangerschaft sicher verloren ist, und eine anderweite Heilung der Krankheit nicht möglich ist, trotz Anwendung der sonstigen und der durch die Schwangerschaft angezeigten besonderen Heilmittel.

Fehim (10) empfiehlt Versorgung der Uteruswand durch Extraperitoneallagerung, Darmnaht und Erhaltung des Uterus bei den Fällen von Darmverletzung bei Abortus.

Mansfeld (18) will durch die bakteriologischen Befunde beim septischen Abortus seine Indikationsstellung nicht beeinflussen lassen. Übrigens aber will er aktiv den fieberhaften Abortus behandelt sehen.

Benthin (4) bespricht die Entstehung der Anfangserkrankungen nach Abortus; er hält auch wegen dieser Folgen eine konservative Behandlung febrilen Aborts für geboten.

Benthin (3) hat die verhaltenen Plazentarreste auf ihren Keimgehalt untersucht; er kommt zu der Überzeugung, dass in jedem Fall von Verhaltung von Eiteilen die Möglichkeit der Keimbesiedelung besteht, ja dass man bei febrilen Fällen stets Keime findet, und zwar fast ausnahmslos in geschädigten, aus dem Verband gelösten Teilen. Die Bakteriämie beruht nach ihm nicht auf einem direkten Keimüberzug aus dem intervillösen Raum; er kommt auch auf Grund dieser Untersuchung zur Empfehlung der abwartenden Behandlung bei Plazentarinfektion.

Eckstein (9) empfiehlt trotz aller Erfahrungen über die Uterusperforation erneut die instrumentelle Ausräumung mit einer Polypenzange.

G. Extrauterinschwangerschaft, Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis.

1. Babcock, The Treatment of Tragic forme of Rupture in Ectopic Pregnancy by Vaginal Section and the application of a Clamp. Amer. Journ. of Obst. 2. p. 276. (Empfehlung dieses Verfahrens gegenüber der Laparotomie.)
2. Demelin et Keim, Grossesse extrautérine ancienne suivie de grossesse utérine. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 11 Mai 1914. Ann. de gyn. Tome 12. p. 371. (Ein Lithopädion von 30 Monaten beobachteten im 8. Monat einer uterinen Gravidität Demelin und Keim.)
3. van Dongen, Zwillingsschwangerschaft in einem rudimentären Uterushorn. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. 3. (Mendes de Leon.)
4. — Een geval van tweelingzwangerschap in een rudimentairen baarmoederhoorn. Nederl.) Tijdschr. v. Geneesk. Heft 2. Nr. 9. (Kasuistische Mitteilung.) (Mendes de Leon.)
5. Fehr, W., Ein Beitrag zur Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn des Uterus unicornis unicollis. Inaug.-Diss. Zürich.

6. Heimo, Zwei relative Fehldiagnosen bei Extrauteringravidität. Gyn. Helv. 1914. (Ovarialtumor und falsche Seite angenommen.)
7. Heineck, Treatment of Extrauterine Pregnancy. Illinois Med. Journ. April.
8. Josephson, C. D., Drei Fälle von Extrauteringravidität. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. (1. Abdominalgravidität des 5. Monats. 2. Tubargravidität, Ruptur, Operation, Nachblutung, Relaparotomie, Tod. 3. Neue Tubargravidität derselben Tube.) (Silas Lindqvist.)
9. Küstner, Extrauterinschwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. p. 464. Nr. 17. (Betonung der diagnostischen Schwierigkeiten. Empfehlung der Narkose und der Probepunktur.)
10. Latzko, Tubargravidität mit Flexurkarzinom. Geb.-gyn. Ges. Wien. 14. Dez. 1915. Wien. med. Wochenschr. p. 734. (37 Jahre alte Frau. Diagnose vor der Operation gestellt. Operation beider Erkrankungen. Vorläufige Heilung.)
11. Lehnhoft, H. J., Ein Symptom bei Extrauterinschwangerschaft. Arch. of diagn. Vol. 9. p. 139. (Heftiger schneidender Schmerz in dem unteren Teile des Bauches bei Anwendung der Bauchpressen.)
12. Lichtenstein, Eigenbluttransfusion bei Extrauteringravidität und Uterusruptur. Münch. med. Wochenschr. 1915. 47.
13. Miller, A. M., Management of ectopic pregnancy. Amer. Journ. of Obst. May. p. 847. Verf. scheint noch nicht sehr operativ gewandt zu sein.)
14. Montgomery, Diagnosis and Treatment of Ectopic pregnancy. Illinois med. Journ. April.
15. Norris, Dringliche Behandlung des rupturierten Uterus und der rupturierten ektopischen Schwangerschaft. Therap. Gaz. 15. Aug.
16. Polak, Beobachtungen an 227 Fällen ektopischer Schwangerschaft. Amer. Journ. of Obst. 71. Nr. 6.
17. Popiel, W., Abdominelle Schwangerschaft. (Wahrscheinlich primäre.) Gaz. Lek. Bd. 51. Nr. 9—10. Warschau. (Vollkommen unbegründete Behauptung nebst ganz falscher Deutung der bisher über dieses Thema veröffentlichten Literatur.) (v. Gromadzki.)
18. Poskett, E., A Study of 117 Cases of ectopic gestation. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. p. 232. (Übersicht, die nichts Neues ergibt.)
19. Proust et Buquet, Des accidents liés à la rupture ou à l'avortement des grossesses tubaires simultanées. Revue de gyn. et de chir. Abd. 23. 5. (Doppelseitige Tubarschwangerschaft; Operation. Heilung. Man muss bei Tubenschwangerschaft immer die andere Seite ansehen!)
20. v. Ravenstein, Über die Ätiologie der Tubenruptur. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. 1. p. 6. (Arrosion der Gefässe, Eindringen von Langhanszellen in die Muskulatur und Stauung infolge von Verlegung der Venen mit Zottenmassen.)
21. Rabinovitz, Die klinische Bedeutung der Amenorrhoe für die Diagnose der Tubarschwangerschaft. Amer. Journ. of Obst. 71. 5.
22. Scamlon, Extrauterine Pregnancy with Especial Reference to Early Diagnosis; Report of seven Cases. Lancet. Minneapolis. May 15.
23. Stoeckel, Über einen Fall von extrauteriner Schwangerschaft mit ausgetragener Frucht. Med. Ges. zu Kiel. 26. Febr. Berl. klin. Wochenschr. p. 381. (Intraligamentäre Entwicklung. Langsames Herauspräparieren des ganzen Sackes. Heilung.)
24. Stoker, E. M., Report of an unusual Case of Tubar Pregnancy Terminating in Rupture. Georgia Med. Assoc. Journ. July. p. 61.
25. *Sundt, Halfdon, Appendicit-hóirisidig extrauterin graviditet und regelmässig menstruation. (Appendizitis, rechtsseitige extrauterine Gravidität mit regelmässiger Menstruation.) Tijdschr. for ven norske laegeforming. Jahrg. 36. p. 390.
26. Vickers, B. R., Case of Advanced Intra-abdominal Pregnancy. Lancet 2. July 1.
27. Waegeli, La grossesse interstitielle. Revue de gyn. et de chir. Abd. 23. 5. (Zwei eigene Beobachtungen mit sicher intramuraler Einbettung.)
28. *Wanner, P., Extrauterinschwangerschaft; 8 Fälle. Revue de la Suisse rom. Janv.
29. Westermark, T., Fall von lang fortgeschrittener Tubargravidität. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. (Silas Lindqvist.)

Sundt (25). Bei einer 25jährigen Bäuerin trat 10 Monate nach der 5. Geburt die Periode wieder ein und nach genau vier Wochen eine Menstruation,

die wie gewöhnlich verlief. In der Zwischenzeit waren Kolikschmerzen in der rechten Fossa iliaca aufgetreten. Nach der zweiten Menstruation legte sie sich gegen die Schmerzen warme Umschläge auf den Bauch; danach wieder Genitalblutungen. — Der spätere Verlauf deutete auf Appendizitis, doch wurde rechts vom Uterus eine kleine empfindliche Geschwulst gefunden. Bei der Operation fanden sich Appendizitis, extrauterine Gravidität. (Kr. Brandt.)

Wanner (28) stellte einmal eine falsche Diagnose; statt der erwarteten Extrauterinschwangerschaft fand sich eine Ovarialzyste. In einem Fall war 10 Jahre lang exspektativ verfahren; erst die nunmehr vorgenommene Operation klärte die Verhältnisse und führte zur Heilung.

VII.

Pathologie der Geburt.

Referent: Prof. Dr. Rud. Th. v. Jaschke, Giessen.

(Die mit * bezeichneten Arbeiten sind referiert.)

I. Allgemeines.

1. Asana, D. J., Abnormal labor cases. Indian Med. Gaz. Calcutta. Vol. 50. Nr. 9.
2. Barnes, F. R. und M. A. Slocum, Direkte Bluttransfusion mit dem Apparat von Kimpton-Brown. Journ. Amer. Med. Assoc. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 934. (Bericht über 9 Fälle von Transfusion von 600—800 ccm Blut vermittelst der von Kimpton-Brown (Journ. Amer. Med. Assoc. Juli 1913) angegebenen Tuben. 6 Fälle kamen durch.)
3. *Beach, R. M., Management of ovarian tumours complicating pregnancy, labor and the puerperium. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. Nr. 6.
4. — Diskussion zu Hussey (Nr. 17). Ebendort p. 319.
5. *Bishop, Diskussion zu Beach (Nr. 3). Ebendort p. 1118.
6. Cadwallader, R., Cesarean section for strangulated ovarian cyst complicating labor. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 2.
7. *Cornwall, Diskussion zu Hussey (Nr. 17). Ebendort p. 318.
8. Essen-Möller, E., Über Ileus in der Schwangerschaft und bei der Entbindung. 11. Kongress des nord. chir. Ver. in Gothenburg. 6.—8. Juli. (In jedem Fall ist vor der Operation am Darm der Uterus zu entleeren, was Verf. mit Vorliebe vaginal tut.)
9. Fellermeyer, C., Beziehungen der multiplen Sklerose zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Inaug.-Diss. Erlangen.
10. Fischer, Gerhard, Beitrag zur Chondrodystrophia fcetalis mit besonderer Berücksichtigung der durch diese Missbildung geschaffenen Geburtshindernisse. Inaug.-Diss. Berlin 1915.
11. Hartshorn, W. M., Ruptured ovarian cyst in labor. Soc. of the Alumni of the Sloane Hosp. f. W. 28. Jan. — Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. Nr. 6. (Unmittelbar nach der ganz glatten Geburt heftiger Schmerz in der rechten Unterbauchseite, der bald zunahm. Nächsten Morgen unter der Annahme einer stielgedrehten Ovarialzyste oder einer perforierten Appendix Laparotomie, welche den Sachverhalt klärte. Glatter Verlauf.)
12. *Holden, Diskussion zu Beach (Nr. 3). Ebendort p. 1116.
13. — Diskussion zu Humpstone (Nr. 14). Ebendort p. 316.

14. Humpstone, O. P., Ovarian cyst with twisted pedicle complicating pregnancy. Brooklyn Gyn. Soc. 7. April. — Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 2. (Da die stielgedrehte Zyste am Uterus fest adhärent war, im 7. Monat der Gravidität gleichzeitig mit der Ovariotomie Hysterotomie.)
15 *— Diskussion zu Beach (Nr. 3) Ebendort.
16. *— Diskussion zu Hussey (Nr. 17). Ebendort p. 320.
17. *Hussey, A. A., Management of pregnancy and labor complicated by heart disease. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 2 und Brooklyn Gyn. Soc. April 7.
17a. Küstner, O., Komplikation von Schwangerschaft und Geburt mit Neubildungen der Adnexa uteri, Döderleins Handbuch der Geburtshilfe. Bd. 2. p. 77. Wiesbaden 1916.
18. Lehn, Über eine Sturzgeburt. Ärztl. Verein in Marburg. 29. Juni. Bericht: Münch. med. Wochenschr. Nr. 41. (Schwangere wurde während der Eisenbahnfahrt im Klosett des Zuges von der Geburt überrascht. Das Kind fiel auf die Bahnstrecke, erlitt aber nur geringe Hautabschürfungen (2860 g, 47 cm lang), die Mutter kam mit ungelöster Plazenta in die Klinik. Glatter Verlauf.)
19. Lindpaintner, P., Über Schwangerschaften in vorgerücktem Lebensalter. Inaug.-Dissertat. München.
20. *Lohmann, Diskussion zu Hussey (Nr. 17). Ebendort p. 317.
21. Meyer, Leopold, Ältere Erstgebärende. 11. Kongress des nord. chirurgischen Vereins in Gothenburg. 6.—8. VII. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. p. 1014. (M. glaubt nach seinen Erfahrungen, dass es hauptsächlich diejenigen älteren Erstgebärenden sind, die trotz jahrelanger Ehe erst in späterem Alter konzipieren, bei denen Geburtsstörungen auftreten — aus denselben Ursachen, die eine Schwängerung so sehr verzögert haben. Von der viel berufenen Rigidität der Weichteile hält er dagegen nicht viel.)
22. *Polak, Diskussion zu Beach (Nr. 3). Ebendort p. 1115.
23. *— Diskussion zu Hussey (Nr. 17). Ebendort p. 320.
24. Pomeroy, Diskussion zu Humpstone (Nr. 14). Ebendort p. 315.
24a. Seitz, L., Pathologie der Schwangerschaft. 2. Teil. Döderleins Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. Wiesbaden.
25. Schmidt, W., Spontane Geburt bei Poliomyelitis anterior acuta und engem Becken. Inaug.-Diss. Jena 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 669.
26. Singermann, M., Fieber unter der Geburt. Inaug.-Diss. Berlin.
27. *Specht, A., Über die Geburt bei Minderjährigen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.
28. Sporleder, E., Über Sturzgeburten. Inaug.-Diss. Breslau. (Bericht über 29 Fälle.)
29. Stern, Friedrich, Albuminurie und Plazenta. Inaug.-Diss. Berlin.
30. *Suter, E., Die Therapie der Schwangerschaft und der Geburt bei schwersten Herzleiden, insbesondere durch den Kaiserschnitt. Inaug.-Diss. Basel. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 45. p. 70.
31. *Traugott, M. und K. Kautsky, Zur Frage: Herzfehler und Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
32. Wahrer, C. W., Unusual haematoma post partum. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 20. Nr. 4. (Anscheinend von den Venen des Blasenplexus ausgehendes, über mannskopfgrosses Hämatom nach Spontangeburt. Genaueres konnte wegen des schlechten Allgemeinzustandes der Frau bei der Operation nicht festgestellt werden. Heilung.)

Die Frage: Herzfehler und Gestation scheint jetzt erhöhte Beachtung zu finden. Nachdem die Periode übergrossen Pessimismus in der Beurteilung dieser Komplikation überwunden scheint und in ungerechtfertigter Verallgemeinerung der aus grossen Durchschnittszahlen sich ergebenden Erfahrungen manche Autoren bereits übers Ziel hinausschiessen, setzt eine gewisse Reaktion ein, die jetzt auf dem richtigen Weg ist. Traugott und Kautsky (31) teilen ihre relativ ungünstigen Erfahrungen mit, beziehen sich aber ausdrücklich auf Mitralstenosen, zum grossen Teil sehr schwerer Art. Ihre Arbeit ist auf sorgfältig begutachtetem Material basiert und verdient darum grosse Beachtung. — Wertvoll ist die Sutersche Dissertation (30) vor allem, weil sie eine Zusammenstellung aller in der Literatur bekannt gewordenen Todesfälle Herzkranker während

der Generationsperiode enthält. — Eine grössere Diskussion über dasselbe Thema fand in der Brooklyner Gyn. Society im Anschluss an einen Vortrag von Hussey (17) statt. Der Hauptredner verlangte, dass jeder Fall sorgfältig studiert und nicht nach allgemeinen Regeln behandelt werden sollte. Zusammenarbeit von Internisten und Geburtshelfer sei dazu Voraussetzung, in schweren Fällen — das wird seit dem diesbezüglichen Vorschlag des Referenten jetzt allmählich allgemein anerkannt — ist die Sterilisation am Platze. Auch Hussey hat im allgemeinen die Prognose günstiger gefunden, als das nach älteren Statistiken schien. Wer allzu ungünstige Erfahrungen gemacht hat, kann sicher sein, dass er die leichteren und günstigeren Fälle vollständig übersehen hat. Lohmann (20) betonte besonders die Notwendigkeit, jede Herzkranke während der ganzen Dauer der Schwangerschaft zu überwachen und hebt hervor, dass seine ungünstigen Fälle meist Mitralstenosen oder Komplikation von Herzfehlern und Schwangerschaft mit Nierenerkrankungen betrafen. Cornwall (7), der auch die relativ häufigen Störungen bei Mitralstenosen betont, hebt anderseits hervor, dass bei dem weitaus häufigsten Vitium, der Mitralinsuffizienz Störungen sehr selten zu beobachten seien. Beach (4) berichtet dazu über einen recht instruktiven Fall von Mitralstenose, in dem es trotz schwerster Herzschwäche unter der Geburt — die indizierte und geplante frühere Schwangerschaftsunterbrechung war abgedehnt worden — unmittelbar nach Beendigung derselben zur langsamen Erholung kam, eine gute Widerlegung des immer noch da und dort spukenden Märchens von der besonderen Gefährdung Herzkranker im Wochenbett. Weiter weist Beach auf die Bedeutung der Lumbalanästhesie beim Kaiserschnitt der Herzkranken hin. Humpstone (16) stimmt im wesentlichen dem zu. Polak (13) betont die Bedeutung der Zahl der Schwangerschaften bei Herzkranken und will bei solchen Frauen, die schon in einer früheren Schwangerschaft mangelhafte Kompensation zeigten, zwar unter sorgfältiger Überwachung zunächst zuwarten, im 8. Monat aber auf jeden Fall die Gravidität unterbrechen. Merkwürdig ist seine Empfehlung des Skopolamin-Morphin-Dämmerschlafs unter der Geburt. —, (Gut durchgearbeitete Kasuistik, selbst solche von wichtigen Einzelfällen ist gewiss wertvoll; eine volle, zu allgemeiner Übereinstimmung führende Klärung des oft recht verwickelten Problems erscheint dem Referenten nur möglich, wenn Schlüsse, die Allgemeingültigkeit beanspruchen, nur auf grossen Reihen, die auch die leichten und Durchschnittsherzfehler berücksichtigen, aufgebaut werden. Dazu eignet sich bloss das Material von Kliniken, in denen bei jeder Schwangeren das Herz sorgfältig untersucht und in jedem zweifelhaften Falle der Rat eines erfahrenen Internisten eingeholt wird.)

Eine sehr sorgfältige Bearbeitung des Themas „Geburt bei Minderjährigen" bringt Specht (27) aus der Stöckelschen Klinik. Sehr interessant und wichtig ist schon die Feststellung, dass die Menstruation bei minderjährigen Erstgebärenden früher auftritt, das Becken in seiner Entwicklung durchschnittlich dem Alter vorauseilt. Schwangerschaftsbeschwerden, Dammverletzungen, grösserer Blutverlust, Stillschwierigkeiten sind bei ihnen entschieden seltener, die Geburt verläuft meist rasch, demgemäss ist die Morbidität und Mortalität im Wochenbett eine geringe. Freilich ist andererseits nicht zu leugnen, dass Eklampsie, Beckenendlagen, Wehenschwächen und Frühgeburten bei minderjährigen Erstgebärenden (unter 16 Jahren) häufiger sind. Verf. bestätigt damit im wesentlichen, was die grösseren einschlägigen Arbeiten der letzten Jahre (Bondy, Marek, Richter-Hiess) im Gegensatz zu älteren Auffassungen ergeben haben.

Die Komplikation der Geburt durch Ovarialtumoren wurde in der Brooklyn. Gyn. Society anlässlich eines Vortrages von Beach (3) erörtert. Beach selbst betont, dass kleinere Tumoren häufiger zu Geburtsstörungen Veranlassung geben als grössere, relativ häufig (13%) unter der Geburt die Ruptur

des Ovarialtumors eintritt (nach anderen Erfahrungen freilich nur in 4—8 %). Auch eine Vereiterung im Anschluss an die Geburt kommt häufiger als sonst vor, so dass im ganzen in etwa 25—30 % der Fälle mit Geburtsstörungen zu rechnen ist. Für die Geburtsleitung wird gefordert, ausserhalb des Geburtsweges liegende Tumoren unberührt zu lassen, ihn verlegende je nach Lage des Falles zu reponieren oder die Ovariotomie mit gleichzeitigem Kaiserschnitt vorzunehmen, wenn es sich um sicher aseptische Fälle handelt. Besteht Verdacht auf Infektion, dann soll man im Anschluss an beschleunigte Entbindung per vias naturales den Tumor vaginal entfernen, bei Unmöglichkeit dieses Vorgehens laparotomieren und je nach Lage des Falles sich mit der einfachen Ovariotomie begnügen, bei Unmöglichkeit derselben ohne Verschmierung von Infektionserregern gleichzeitig die Hysterektomie vornehmen. Die Diskussionsredner, Polak (22), Humpstone (15), Holden (12), Bishop (5) schlossen sich diesen Ausführungen im allgemeinen an und ergänzten dieselben durch Kasuistik ihrer Erfahrung.

In der deutschen Literatur hat dasselbe Thema eine ebenso kurze wie klassisch-klare Bearbeitung durch Küstner (17a) erfahren, die schon durch die enorme Erfahrung des Verfassers besondere Bedeutung erhält. Wir erwähnen hier nur die Geburtskomplikationen: Berstung des Tumors, viel seltener Zerreissungen des Mastdarmes oder der Scheide durch den Druck des nach unten vorrückenden Tumors oder Abreissen des Tumors von seiner Stielverbindung. Verlegt der Tumor den Geburtsweg, dann gestaltet sich die Geburt wie bei einem andersartigen schwer überwindlichen Hindernis. Der Ernst derselben geht daraus hervor, dass — wenn nicht eingegriffen wird — 40 % der Mütter, 67 % der Kinder zugrunde gehen. Therapeutisch wird die Reposition, bei Unmöglichkeit derselben besonders die vaginale Ovariotomie empfohlen. Die blosse Verkleinerung des Tumors kann unter der Geburt als Notbehelf berechtigt sein.

II. Mütterliche Störungen.

A. Bei der Geburt des Kindes.

1. Äusseres Genitale und Scheide.

1. Bieger, Aug., Über Haematoma vulvae et vaginae. Inaug.-Diss. Bonn 1915.
2. Eversmann, J., Völliger Prolaps der vorderen Scheidenwand in der Eröffnungsperiode. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. (35jährige II para hob kurz ante terminum ein schweres Grammophon, worauf sich der Scheidenprolaps einstellte. Repositionsversuche erfolglos. Eversmann sprengte deshalb die Blase und machte anschliessend die Wendung und Extraktion, manuelle Plazentarlösung. Bis auf kompletten Dammriss ungestörtes Wochenbett. Bemerkenswert ist jedenfalls die völlige Isolierung des Prolapses auf die vordere Scheidenwand. Ein ähnlicher Fall wurde bisher nur von Kadyi beschrieben.)
3. Fonyó, J., Transperitonealer suprasymphysärer erhaltender Kaiserschnitt wegen totaler narbiger Verwachsung der Vagina. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
4. Holländer, E., Bemerkungen zu dem Artikel von Hugo Salus: „Über mein erfolgreiches Verfahren beim Dammschutz". Zentralbl. Nr. 11. (Hält das angezogene Verfahren nicht allein für überflüssig, sondern sogar wegen der Infektionsmöglichkeit für gefährlich.)
5. *Küstner, O., Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Vorfall des Uterus und der Vagina. (Döderleins Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. p. 27. Wiesbaden.)
6. Labhardt, A., Primäres Melanosarkom der Vulva in der Gravidität. Gyn. Rundsch. 1915. Heft 23/24.
7. Nagel, W., Über Dammplastik bei kompletter Ruptur. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45. (Setzt sich für die Lawson-Taitsche Methode ein.)

8. Piskacek, L., Zum Vorschlage von Hugo Salus: „Über mein erfolgreiches Verfahren beim Dammschutz". Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. (Weist die Vorschläge von Salus, die zudem nicht neu sind, zurück, da damit zweifellos grosse Infektionsgefahr verbunden ist.)
9. Salus, H., Erwiderung auf die Bemerkungen in Nr. 11 von Prof. Piskacek und Dr. Holländer zu meinem Artikel „Erfolgreiches Vorgehen beim Dammschutz". (Empfiehlt das Verfahren — digitale Dehnung des Dammes während der Presswehen, sobald der Schädel den Beckenboden erreicht hat — neuerlich, da eine Infektion bei einwandfreier Asepsis vermeidbar sei.)

Küstner (5) gibt in seiner instruktiven Darstellung für die Geburtsleitung bei Vorfall des Uterus und der Scheide folgende Leitgedanken: Nach Wehenbeginn ist zunächst Reposition der vorgefallenen Teile und Zurückhaltung derselben durch Kolpeurynter zu erstreben. Falls dieselbe nicht mehr möglich ist, ist die schonende Erweiterung der rigiden Cervix durch Tokokinese die Methode der Wahl (kein zugfester Ballon!). Trotzt die Starrheit der Cervix der Metreuryse, dann sind Inzisionen, nötigenfalls Kolpohysterotomie, weniger die Dilatation mit Bossi zu empfehlen.

2. Cervix.

1. *Chase, B. W., Diskussion zu Zimmermann (Nr. 12). Ebendort p. 316.
2. *Coe, H. C., Diskussion zu Dorman (Nr. 4). Ebendort p. 123.
3. *Cragin, E. B., Diskussion zu Dorman (Nr. 4). Ebendort p. 122.
4. *Dorman, F. A., Report of a case of fibroma of cervix obstructing labor, cesarean section, hysterectomy. New York Obst. Soc. Febr. 8. — Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 1. p. 119.
5. *Flint, A., Diskussion zu Dorman (Nr. 4). Ebendort p. 122.
6. *Hussey, Diskussion zu Zimmermann (Nr. 12). Ebendort p. 316.
7. *Küstner, O., Schwangerschaft und Geburt bei Uteruskarzinom. Döderleins Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. p. 67. Wiesbaden.
8. — Vgl. oben Nr. 5 und S. 310.
9. Pool, Diskussion zu Zimmermann (Nr. 12). Ebendort p. 317.
10. van de Velde, Th. H., Geburtsstörungen durch Entwicklungsfehler der Gebärmutter 3. Hypoplasia uteri. 4. Cervixanomalien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 5. p. 417. (Bei Hypoplasia uteri ist die Konzeptions- wie Tragfähigkeit vermindert, unter der Geburt besteht die Gefahr der Wehenschwäche wie Zerreissung der rigiden Cervix und engen Scheide. Cervixanomalien: Portiohypertrophie kann ein absolutes Geburtshindernis abgeben. Diaphragma- und Leistenbildung in der Cervix brauchen dagegen nicht immer zu besonderen Geburtsstörungen zu führen.)
11. *Wells, B., Diskussion zu Dorman (Nr. 4). Ebendort p. 122f.
12. *Zimmermann, V. S., Pregnancy complicated by cancer of the cervix. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 2. p. 251 und Brooklyn Gyn. Soc. April 7.

Ausführliche Bearbeitung hat im Berichtsjahre vor allem das Thema der Geburtsstörungen bei Uteruskarzinom erfahren. Obenan an Bedeutung steht auch hier wieder die Arbeit von Küstner (7). Abgesehen von der Häufigkeit des Aborts wird bei Uteruskarzinom nicht selten Irregularität der Wehentätigkeit, Unmöglichkeit oder Mangelhaftigkeit der Cervixentfaltung beobachtet. Auch die Rupturgefahr besteht. Bei sich selbst überlassenen Geburten 43% mütterliche Mortalität. Therapeutisch wird Schnittentbindung mit anschliessender abdominaler Radikaloperation empfohlen. Die Lebensfähigkeit des Kindes bei operablen Fällen abzuwarten, ist nicht gerechtfertigt, und inoperable Fälle gibt es in der Schwangerschaft kaum. Das ist also eine völlige Umkehrung des früheren Standpunktes, den auch Wertheim in seiner Bearbeitung im v. Winckelschen Handbuch einnahm, wonach beim Karzinom die Mutter zugunsten des Kindes zu opfern wäre, da sie über kurz oder lang doch sicher verloren wäre.

Es ist interessant, das Ergebnis einer Diskussion desselben Themas in der Brooklyn Gynaecological Society daneben zu stellen. Zimmermann (12) fordert dem gegenüber in seinem Vortrage, dass bis zur Lebensfähigkeit des Kindes abgewartet werden solle, falls das Karzinom erst nach dem 4. Graviditätsmonat entdeckt wird. Hussey (6) und Pool (9) schlossen sich dem an, Chase (1) beschränkte sich in einem einschlägigen Falle im 8. Graviditätsmonat gar auf eine Palliativoperation. Leider fehlte sämtlichen Rednern grössere eigene Erfahrung, so dass demgegenüber Küstners Standpunkt doppeltes Gewicht erhält, da er auf einer reichen Lebenserfahrung basiert.

Dorman (4) versuchte in einem Falle von Cervixfibrom, das sich gegen den Cervixkanal vorwölbte, vergeblich eine Erweiterung der Cervix durch Metreurynter zu erzielen und musste schliesslich den Kaiserschnitt machen. Anschliessend wurde die supravaginale Amputation ausgeführt. Auch Flint (5) wünscht in einschlägigen Fällen nach dem Kaiserschnitt die Uterusexstirpation ausgeführt zu sehen; konservierende Myomoperationen seien danach nicht am Platze. Wells (11) hat in einem Falle, in dem er den Uterus erhalten wollte, schlechte Erfahrung gemacht, indem im Wochenbett anscheinend eine partielle Nekrose auftrat. Coe (2) und Cragin (3) brachten kasuistische Beiträge, welche die Erfahrung des Redners stützen.

3. Uteruskörper und Uterusruptur.

1. Bajonski, J., Spontane Uterusruptur während der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Berlin.
2. Bayer, Johann, Über einen Fall von Schwangerschaft in der verschlossenen Hälfte eines Uterus septus hemiatreticus. Inaug.-Diss. Königsberg.
3 *Bell, J. N., Rupture of the uterus in cesareanised women, with a review of literature on this subject to date. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 6. (Bestätigt die heute allgemein anerkannte Erfahrung, dass die Rupturgefahr, abgesehen von der Exaktheit der Naht, wesentlich davon abhängt, ob die Heilung ungestört vor sich ging. Jede cäsarierte Frau bedarf bei folgenden Schwangerschaften in der ganzen zweiten Hälfte derselben sorgfältiger Überwachung.)
4. *— Dasselbe. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 29. annual meeting at Indianapolis. Sept. 25.—27.
5. Béna, V., Querlage und Uterusruptur mit besonderer Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung. Inaug.-Diss. Strassburg. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 49.

5a. Bjerner, B., Zwei obstrische Fälle. Allm. Svenska Läkartidningen. Nr. 40. 1. Ein Fall von Ruptura uteri. Amputatio supravaginalis. Heilung. 2. Ein Fall von Hydrocephalus. Querlage. Wendung. Punktion des Rückenmarkkanals mit scherenförmigem Perforatorium.) (Silas Lindqvist.)

6. *Bonifield, Ch. H., Diskussion zu Hall (Nr. 27). Ebendort p. 979.
7. *Brown, G. van Amber, Diskussion zu Hall (Nr. 27). Ebendort p. 947.
8. Brünecke, Kurt H. L., Ein Beitrag zur Frage der Ruptur des wieder gravid gewordenen Uterus nach vorausgegangener Sectio caesarea. Inaug.-Diss. Halle 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 50.
9. Buxbaum, S., Spontanruptur im Ausführungsgang des Uterus bei Hydrocephalus in Schädellage. Inaug.-Diss. Giessen 1915. (Titel sagt das Wesentliche. Die Frau wurde durch Laparotomie gerettet.)
10. *Caldwell, Wm. E., A report on three cases of labor following ventral suspension. New York Obst. Soc. Febr. 8. — Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 1.
11. *Carstens, J. H., Diskussion zu Bell (Nr. 3) und Rongy (Nr. 50). Ebendort p. 96.
12. *— Diskussion zu Hall (Nr. 27). Ebendort p. 975.
13. *Cragin, E. B., Diskussion zu Caldwell (Nr. 10). Ebendort p. 130.
14. *— Diskussion zu Pinkham (Nr. 47). Ebendort p. 284. (Berichtet kurz über 2 Geburten bei Uterus didelphis, wobei in dem einen Fall die nichtschwangere Hälfte sich so dem Halskanal der schwangeren Hälfte näherte, dass unter der Geburt die Ruptur zwischen den beiden Hälften eintrat.)

15. *Davis, J. E., Diskussion zu Bell (Nr. 3) und Rongy (Nr. 50). Ebendort p. 964.
16. *— Diskussion zu Hall (Nr. 27). Ebendort p. 947.
17. Dorman, Diskussion zu Harper (Nr. 28). Ebendort p. 317.
18. *Elbrecht, O. H., Diskussion zu Hall (Nr. 27). Ebendort p. 947.
19. Fehr, W., Ein Beitrag zur Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn eines Uterus bicornis unicollis. Diss. Zürich 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1917. p. 255.
20. *Findley, P., Diskussion zu Bell (Nr. 3) und Rongy (Nr. 50). Ebendort p. 962.
20a*— Rupture of the scar of a previous cesarean section. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 3.
21. *Flint, Diskussion zu Caldwell (Nr. 10). Ebendort p. 131.
22. *Franqué, O. v., Perforation des Uterus bei der Nachgeburtslösung aus einem Uterus unicornis. Med. Klin. Nr. 49.
22a. — Nachtrag zu der Arbeit von Offermann über Heilung und Spätfolgen des queren Fundalschnittes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 3.
23. *Frühinsholz, A. und G. Gross, Kaiserschnitt in einem Fall von Uterus duplex. (Hemihysterektomie.) Ann. de gyn. et d'obst. 1914. Avril. p. 230. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 612.
24. *— und Job, Kaiserschnitt in einem Fall von Uterus unicornis. Ann. de gyn. et d'obst. 1914. Avril. p. 237. — Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 613.
25. *Goodman, S. J., Diskussion zu Hall (Nr. 27). Ebendort p. 946.
26. *Graefe, M., Über Schwangerschaft nach Interpositio uteri. Zentralbl. Nr. 47.
27. Hall, R. B., Report of a case of rupture of the uterus; sepsis; operation, recovery. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 29. Annual Meeting at Indianapolis. Sept. 25.—27. — Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 6. p. 942. (Sehr merkwürdiger Fall; ganz symptomlos bleibende Ruptur des Fundus, die erst bei einer 7 Wochen später wegen einer Abszessbildung vorgenommenen Laparotomie entdeckt wurde. Dabei war die Pat., abgesehen von einem Schüttelfrost am 4. Tage p. part. erst $5^1/_2$ Wochen später erkrankt.)
28. Harper, Contraction ring dystocia. Soc. of the Alumni of the Sloane Hosp. f. W. — Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. p. 317.
28a. Henningsen, E., Om Inversio uteri. (Über Inversio uteri.) Ugeskrift for Läger. p. 1663—71. Kopenhagen. (O. Horn.)
28b. Horn, Oscar, Histologiske Studier over den menneskelige Uterus med sarligt Henblik poa Pathogenesen af Ruptura uteri. (Histologische Studien über den menschlichen Uterus mit besonderer Rücksicht auf die Pathogenese von Ruptura uteri.) Privatdozentabhandlung. Kopenhagen. Erscheint in toto bei S. Karger, Berlin. (O. Horn.)
29. Humpstone, O. O., Diskussion zu Harper (Nr. 28). Ebenda p. 318.
30. *Ill, E. J., Diskussion zu Hall (Nr. 27). Ebendort p. 945.
31. Kirkpatrick, W. L., Rupture of uterus. South Carolina Med. Assoc. Journ. Grunville. July. 12. Nr. 7.
32. *Kosmak, G. W., Diskussion zu Caldwell (Nr. 10). Ebendort p. 133
33. Küstner, O., Anteversio flexio uteri gravidi et puerperalis, Hängebauch. Döderleins Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. p. 7. Wiesbaden.
34. *— Schwangerschaft und Geburt nach profixierenden Operationen. Ebenda p. 36.
35. *— Schwangerschaft und Geburt bei Missbildungen des Uterus und der Vagina. Ebenda p. 46.
36. *— Schwangerschaft und Geburt bei Myom des Uterus. Ebenda p. 56.
37. *— Hernia uteri gravidi. Hysterocele gravidae. Ebenda p. 42.
38. Lindquist, Ein Fall von Berstung einer Kaiserschnittsnarbe. Hygiea. Heft 10.
39. Lobenstine, R. W., Diskussion zu Harper (Nr. 28). Ebendort p. 319.
40. Mandach, G. v., Zur Kasuistik der Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn des Uterus. Gyn. Rundsch. Heft 13/14.
41. *Marbott, J. M., Diskussion zu Pinkham (Nr. 47). Ebendort p. 287.
42. Meyer, L., Rupture of pregnant uterus. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Paris. 4. Nr. 8.
43. Muret, Über die direkte abdominale Hysteropexie und ihren Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt. Gyn. Ges. d. franz. Schweiz. Genf und Lausanne 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 344.
43a. Neille, Mc, L. G., Results from pituitary extract in obstetrics, with a report of a case of rupture of the uterus following its use. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 3.

44. Norris, R. C., Dringliche Behandlung des rupturierten Uterus und der rupturierten ektopischen Schwangerschaft. Therap. Gaz. 1915. Aug. 15. (Fortbildungsvortrag. Nichts Neues.)
44a. Nyhoff, Abgerissener Kopf eines unausgetragenen Fötus. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. 3. (Entfernt bei einer Patientin, die mit Ruptura uteri in die Klinik eingebracht war.) (Mendes de Leon.)
45. Oastler, F. R., Diskussion zu Harper (Nr. 28). Ebendort p. 319.
46. Pherson, R. Mc, Case of spontaneous rupture of uterus. New York State Journ. of Med. Vol. 15. Nr. 10. 1915.
47. Pinkham, E. W., Cesarean section for dystocia due to double uterus and fibroids. New York Obst. Soc. March 14. — Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 2. p. 287. (Der Titel sagt das Wesentliche.)
48. *Pool, W. P., Diskussion zu Caldwell (Nr. 10). Ebendort p. 132.
49. *Potter, J. W., Diskussion zu Bell (Nr. 3) und Rongy (Nr. 50). Ebendort p. 965.
50. *Rongy, A. J., Rupture of the caesarean scar. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 29. Annual Meeting at Indianapolis. Sept. 25.—27. — Amer. Journ. of Obst. Vol. 7. Nr. 6. p. 954. (2 Fälle von Ruptur in der Schwangerschaft, 1 unter der Geburt.)
51. *Rosenthal, M. J., Diskussion zu Rongy (Nr. 50). Ebendort p. 965.
52. Rüder, W., Entbindungsschwierigkeiten nach breiter Fixation des Uterus an der Bauchwand. Ärztl. Verein Hamburg. 25. Jan. Münch. med. Wochenschr. p. 242. (Wegen drohender Ruptur Kaiserschnitt und Uterusexstirpation.)
53. — Uterusruptur in der Kaiserschnittsnarbe im 8. Monat der Gravidität. Ärztl. Verein Hamburg. 17. Okt. Deutsche med. Wochenschr. 1917. p. 125. (Laparotomie. Heilung.)
54. *— Bericht über 5 geheilte Fälle von vollkommener Uterusruptur mit Austritt von Kind und Plazenta in die freie Bauchhöhle. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
55. Sachs, Fundusrupturen. Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg. 8. Mai. Deutsche med. Wochenschr. p. 1305.
56. *— Zur Ätiologie der Korpusrupturen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. Heft 1.
57. Schenk, Alois, Über die Uterusruptur. Inaug.-Diss. Breslau.
58. Schlank, J., Zwei Fälle von Blasen- und Uterusruptur bei Gebärenden. Przegl. Lek. Nr. 3.
58a. — Zwei Fälle von spontaner Blasenruptur bei gleichzeitiger Uterusruptur. Przegl. Lek. Bd. 55. Nr. 3. Krakau. (Beide Uterusrupturen sind spontan entstanden, voraussichtlich beim Transport in die Klinik. Als Ursache sind in beiden Fällen verengte Becken anzusehen. Trotz sofortiger operativer Hilfe — letaler Ausgang in beiden Fällen. Sektionsbefund o. B.) (v. Gromadzki.)
59. *Schroeder, O., Über Uterusruptur der Kaiserschnittsnarbe bei nachfolgender Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Greifswald und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 3.
60. *Schwarz, Henry, Diskussion zu Hall (Nr. 27). Ebendort p. 944.
61. *— Diskussion zu Bell (Nr. 3) und Rongy (Nr. 50). Ebendort p. 964.
62. Scott, E. und J. Forman, Zwillingsschwangerschaft in einem Horn eines Uterus bicornis mit Retention der beiden Fötus während 20 Jahre. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. Nr. 3. (45jährige Frau, die zunächst zwei normale Geburten durchgemacht hatte. Die 3. Schwangerschaft endete als Missed labour 10 Monate nach dem normalen Termin. Danach 3 Abortus, 9 Jahre später eine normale Geburt. Seit der 3. Schwangerschaft war der Leib immer stark geblieben und die Frau hatte von Zeit zu Zeit Anfälle wehenartiger Schmerzen, die schliesslich so heftig wurden, dass sie sich nach 20 Jahren zur Operation eines vermeintlichen Ovarialtumors entschloss. Dabei ergab sich, dass der Tumor dem Uterus angehörte. Der wahre Sachverhalt wurde erst am Präparat festgestellt. Die beiden Fötus waren völlig skelettiert. Der Fall ist in mancher Hinsicht ein Unikum.)
63. *Skeel, A. J., Diskussion zu Hall (Nr. 27). Ebendort p. 946.
64. *Stone, W. S., Diskussion zu Caldwell (Nr. 10). Ebendort p. 132.
65. Supper, K., Die Therapie der Uterusperforationen nach Abort. Inaug.-Diss. Berlin 1915.
66. *Vineberg, H. N., Diskussion zu Caldwell (Nr. 10). Ebendort p. 131.
67. *— Diskussion zu Pinkham (Nr. 47). Ebendort p. 285. (Bericht gegenüber Pinkham über eine ganz glatte Geburt bei Uterus didelphys.)
68. Weibel, W., Über Schwangerschaft und Geburt nach Interpositio uteri vaginalis. Arch. f. Gyn. Bd. 105. Heft 1. p. 65. (Kommt auf Grund von zwei eigenen Beobach-

tungen zu dem bekannten Schluss, dass die Interpositio uteri bei Frauen im gebärfähigen Alter nur unter gleichzeitiger Sterilisierung erlaubt sei.)
69. *Wells, B. H., Diskussion zu Pinkham (Nr. 47). Ebendort p. 286. (Berichtet über günstige Geburtsverläufe bei Uterus didelphys.)
70. *Wetzel, Ein Fall von Doppelschwangerschaft in einem Uterus didelphys. Inaug.-Diss. Strassburg. (Bei der 1. Geburt wurde das nicht ganz ausgetragene Kind per forcipem entwickelt. Bei der zweiten Gravidität Schwängerung beider Uterushälften. Ende des 4. Monats Spontanabort aus einer Hälfte ganz glatt, aus der zweiten durch Wendung der querliegenden Frucht. Aus dieser Hälfte auch starke Nachblutung.)
71. *Zinke, Diskussion zu Hall (Nr. 27). Ebendort p. 948.
72. *Zweifel, P., Uterusruptur. Döderleins Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. p. 620. Wiesbaden.

Ausführliche Bearbeitung erfuhr im Berichtsjahre vor allem das Kapitel „Uterusruptur". Die bedeutendste Darstellung stammt von P. Zweifel (72), deren Formgebung überall die grosse Erfahrung erkennen lässt und vor allem durch die klare Erörterung der verschiedenen Ätiologie wie eine sorgfältige Wegweisung für die Therapie viel Segen stiften wird. Es wird wohl keinen deutschen Geburtshelfer geben, der dieses Kapitel nicht sorgfältig studiert, so dass von einem weiteren Referat Abstand genommen werden kann.

Ausführliche Erörterung erfuhr dasselbe Thema auf der Jahresversammlung der American Association of Obstetricians and Gynaecologists. Schwarz (60) bezweifelt in dem Falle von Hall (27), dass die Ruptur wirklich unter der Geburt sich ereignet habe und befürwortet im allgemeinen die Totalexstirpation eines rupturischen Uterus. Auch Ill (30) bezweifelt wohl mit Recht die Deutung des Hallschen Falles als einer symptomlosen Uterusruptur, Carstens (12) meint, es könnte sich um einen Infarkt gehandelt haben. Skeel (63) will eine scharfe Trennung durchgeführt wissen zwischen Rupturen, die infolge irgend eines Hindernisses im Uterusausführungsgang entstehen und solchen, die aus irgendwelcher Herabsetzung der Widerstandskraft des Uterusmuskels im Korpus sich ereignen. Die übrigen Redner (Goodman, Elbrecht, Davis, van Amber Brown, Zinke, Bonifield) schliessen sich den Zweifeln der erstgenannten Redner über die Richtigkeit der Hallschen Deutung an und bringen im übrigen aus ihrer Erfahrung kasuistische Beiträge. Ein tieferes Eindringen in die Mechanik der Uterusruptur im allgemeinen wird in der ganzen Diskussion vermisst.

Viel ergiebiger in dieser Hinsicht war die Diskussion im Anschluss an die klaren Vorträge von Bell (3) und Rongy (50). Schon die Erfahrungen und Schlussfolgerungen der genannten beiden Autoren stimmen gut überein. Nach Rongy würde man in etwa 3% der Fälle mit einer Ruptur der Kaiserschnittsnarbe zu rechnen haben, am häufigsten erst unter der Geburt, zuweilen aber schon in den letzten 6 Wochen der Schwangerschaft. Exakte Nahttechnik wird als oberste Voraussetzung einer widerstandsfähigen Narbe erklärt, weiter die Bedeutung ungestörter postoperativer Wundheilung betont. Gerade in Hinsicht auf die Rupturgefahr verlangt der Redner eine strenge Indikationsstellung beim Kaiserschnitt. Diesen Schlussfolgerungen der Hauptredner schliessen sich die Diskussionsredner im wesentlichen an. Findley (20) berichtet über Reiseeindrücke aus Europa kurz vor dem Kriege und betont besonders, dass ein Kaiserschnitt auch bei folgenden Graviditäten dieselbe Entbindungsmethode involviert, womit man gleichzeitig am besten der Gefahr der Narbenruptur entgehe. Carstens (11) stimmt dem bei und hält es für besonders wichtig, bei der Naht die Decidua nicht mitzufassen oder einzuklemmen, sowie die Nähte nicht zu dicht zu legen, da damit die Wundheilung gestört werde. Schwarz (61) empfiehlt, anlässlich eines dritten Kaiserschnittes an derselben Frau den Uterus zu entfernen, um der mit der Zahl der Narben steigenden Rupturgefahr zuvorzukommen. Davis (15) sieht in dem Bindegewebe der Narbe an Stelle der normalen Muskulatur

wie in der geringeren Widerstandsfähigkeit desselben gegen die arrodierende Wirkung von Syncytiolysinen die Ursache der herabgesetzten Festigkeit der narbigen Stellen im Uterus. Rosenthal (51) legt besonderes Gewicht auf exakte Peritonealisierung der Kaiserschnittswunde, Potter (49) schliesst sich den Forderungen Findleys ganz an.

Aus der deutschen, leicht zugänglichen Literatur sei nur erwähnt, dass Offermann (bzw. v. Franqué (22) auf Grund von zwei Narbenrupturen nach querem Fundalschnitt zu der Forderung gelangen, dass dieser Schnitt ganz aufzugeben sei. Noch so gute Technik bei der Naht, die übertriebenste Asepsis scheinen bei diesem Fritschschen Schnitt weniger Sicherheit gegen die Narbenruptur in einer folgenden Gravidität zu gewähren. Eine umfassende Übersicht zu demselben Thema bringt die sorgfältige Arbeit von O. Schroeder (59), der 63 Fälle von Narbenberstung nach einfachem oder wiederholtem korporalen Kaiserschnitt ausfindig gemacht hat, wobei 18,96% der Mütter zugrunde gingen. Die Rupturgefahr lässt sich durch keine Schnittrichtung oder Nahttechnik absolut vermeiden, immerhin scheint der quere Fundalschnitt etwas ungünstigere Aussichten zu haben. Dass übrigens gelegentlich auch andere Momente die Widerstandsfähigkeit zirkumskripter Partien der Korpuswand herabsetzen und zur Ruptur disponieren können, zeigt die Beobachtung von Sachs (56). —

Recht ausgiebig sind im Berichtsjahre auch Geburtsstörungen nach profixierenden Operationen mitgeteilt worden. Eine Zusammenstellung neuerer Fälle, die sich auf die Interposition des Uterus beziehen, gibt Graefe (26), der danach die Interposition im gebärfähigen Alter überhaupt verwirft, während sonst im allgemeinen nur die gleichzeitige Sterilisierung verlangt wird. — Natürlich können Geburtsstörungen auch nach schwebender Suspension des Uterus infolge sekundärer Fixation bestimmter Korpusabschnitte an der vorderen Bauchwand auftreten. Einen derartigen Fall teilt Caldwell (10) mit, während 2 weitere Fälle desselben Autors zeigen, dass auch infolge einer Pelviperitonitis wie ausnahmsweise sogar nach dem Kaiserschnitt sich so feste Verwachsungen mit der vorderen Bauchwand ausbilden können, dass Geburtsstörungen bei folgendem Partus daraus resultieren. Caldwell selbst verlangt deshalb auch bei Ventrosuspension des Uterus im gebärfähigen Alter die Sterilisation. Cragin (13) brachte ebenfalls einen einschlägigen Fall. Die betreffende Frau hatte einmal nach der Ventrosuspension eine ganz glatte Geburt, bei der nächstfolgenden aber kam es zu Störungen, da inzwischen eine Fixation sich ausgebildet hatte. Unter Suspension wurde von Caldwell die blosse Fixation am Bauchwandperitoneum verstanden (eine recht unglückliche Definition, wie auch Vineberg (66) hervorhob). Flint (21) hält die Frage der besten Entbindungsmethode bei solchen Antefixationsgeburten noch für ein ungelöstes Problem; auch Stone (64) ist dieser Ansicht und tritt für ein strenges Individualisieren ein. Pool (48) weist darauf hin, dass die Geburtsstörungen an flächenhafte Verwachsungen gebunden sind, während die Ausbildung peritonealer, sog. falscher Ligamente zu Geburtsstörungen nicht führt. Kosmak (32) richtet sein Vorgehen nach dem Stande der Cervix ein. Wo dieselbe weit nach oben und hinten gezogen ist und der vorliegende Teil infolgedessen nicht eintreten kann, empfiehlt sich die abdominale Schnittentbindung. — Eine erschöpfende Darstellung des Problems der Antefixationsgeburt bringt Küstner (34) im Döderleinschen Handbuch, die von eindringlichem Reiz ist. Therapeutisch wird bei leichteren Fällen die Hystreuryse empfohlen; nur bei Unmöglichkeit derselben oder Rupturgefahr wegen bereits zu starker Dehnung der Uterushinterwand wird der Kaiserschnitt, nötigenfalls mit Porro kombiniert, oder auch der vaginale Kaiserschnitt, den besonders Schauta neuerdings angeregt hat, empfohlen.

An derselben Stelle behandelt Küstner (35) Schwangerschaft und Geburt bei Missbildungen des Uterus und der Vagina. Die grosse Häufig-

keit des Aborts wird betont; Rupturen treten besonders im Fundus und im Verbindungsstück des zweihörnigen Uterus ein. Schlechte Wehen, Schwierigkeiten der Entfaltung, Zerreissungen der aplastischen Cervix, Behinderung der Austreibung durch das nichtgravide Horn, Neigung zu erheblichen atonischen Nachblutungen bedingen nicht selten ernste Geburtsstörungen. Die im Berichtsjahre mitgeteilte Kasuistik kann als Illustration zu diesen Ausführungen Küstners dienen (Pinkham, Cragin, v. Franqué, Frühinsholz und Job, Frühinsholz und Gross, Wetzel), wobei freilich die Beobachtungen von Marbott (41), Vineberg (67) und Wells (69) zeigen, dass auch durchaus glatt verlaufende Geburten bei missbildeten Uteri möglich sind. —

Über die seltene Hernia uteri gravidi ist seit der Sammlung von 8 Fällen durch v. Winckel nur 1 Fall bekannt geworden, in welchem zum erstenmal die Reposition des schwangeren Uterus gelang. Küstner (37) schlägt entgegen v. Winckel vor, auch bei Unmöglichkeit der Reposition nicht den Abort einzuleiten, sondern abzuwarten und am Ende der Gravidität durch Kaiserschnitt zu entbinden.

Auch bei der Komplikation der Geburt mit Myom des Uterus ist nach Küstner (36) die Prognose viel günstiger zu stellen, als ältere Beobachtungen darzutun scheinen. Etwa 99% der Geburten verlaufen spontan, so dass jedenfalls zunächst abzuwarten ist und irgendwelche Eingriffe nur auf spezielle auftretende Indikation hin zu unternehmen sind. Das Studium der Küstnerschen Beiträge im Döderleinschen Handbuch ergibt jedenfalls mehr Gewinn als die oft ungenügend verarbeitete Einzelkasuistik.

4. Enges Becken und Osteomalacie.

1. Abbe, T., Obliquely contracted pelvis. Transact. of the Washington Obst. and Gyn. Soc. Jan. 8. 1915. Bericht: Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. p. 338.
2. Bailey, H., Report of a case of osteomalacia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. Nr. 6. p. 1076 und New York Obst. Soc. Jan. 11. (Zur Obduktion gekommener Fall. Italienerin, die seit 7 Jahren an Osteomalacie litt. Heirat mit 19 Jahren, von da ab jedes Jahr eine Geburt. Beginn der Erkrankung im 11. Wochenbett: Beim Versuch, am 7. Tage aufzustehen, vermochte Pat. nicht zu gehen und bekam Schmerzen in den Beinen und im Kreuz und lag nun fast 4 Jahre unter der Annahme eines chronischen Rheumatismus. Dann soweit Besserung, dass Pat. im Gehstuhl gehen konnte. Neuerliche Gravidität, Verschlimmerung. 1 Jahr später Spontanfraktur des linken Unterarms beim Aufstützen im Bett. In den nächsten 2 Jahren traten deutliche Knochenverkrümmungen, Kleinerwerden hervor, der linke Oberarm brach. Im Röntgenbild deutlich erkennbarer Knochenschwund. Neuerliche Gravidität, Oberschenkelfraktur, wegen der inzwischen eingetretenen starken Beckenverengerung Kaiserschnitt. Danach Kräfteverfall, Dekubitus, Exitus nach 3 Wochen.)
3. Carstens, J. H., Diskussion zu Rongy (Nr. 50).
4. Daniels, C. D., A new and original method of calculating the required posterior sagittal diameter of the outlet in a lateral contraction of the pelvis. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 2. p. 238.
5. Davis, J. E., Diskussion zu Rongy (Nr. 50).
6. Demelin, Opération césarienne pour bassin rachitique. Perforation de l'estomac. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Févr. 1914. Annal. de gyn. et d'obst. 41. Année. 2. Série. 11. 1914. (III para; C. d. 10 bei hochstehendem Promontorium. Bereits einmal Kaiserschnitt; jetzt ebenso. Am 5. Tag nachher Exitus an Magenperforation infolge eines Ulcus, das bisher keine Symptome gemacht hatte.)
7. Ebel, O., Ein Fall von Trichterbecken. Inaug.-Diss. Giessen. (Gleichmässiges Trichterbecken. Beckenausgangsdurchmesser sind um etwa 4 cm verkürzt; deshalb von vornherein Sectio caesarea. Glatter Verlauf.)
8. Eckert, J., An interesting obstetrical case. Med. Rec. Vol. 88. Nr. 20. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 280. (Eine Frau, deren Becken Verf. als normal befunden hatte, wurde nachher von anderer Seite, angeblich wegen engen Beckens, dem Kaiserschnitt

unterworfen. Bei ihrer zweiten Geburt begab sie sich in Behandlung des Verf., der neuerlich das Becken als normal erklärte und gebar spontan ein Kind, das 1 Pfund schwerer war als das erste.)
10. *Frank, R. T., Diskussion zu Bailey (Nr. 2). Ebendort p. 1099.
11. *Franqué, O. v., Spaltbecken mit Blasenektopie und Prolaps. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14.
12. *Fries, J., Über das Becken bei spinaler Kinderlähmung mit besonderer Berücksichtigung des Geburtsverlaufes. Inaug.-Diss. Würzburg 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 670.
13. *Grad, H., Diskussion zu Bailey (Nr. 2). Ebendort p. 1099.
14. Guicciardi, G., Modern conceptions of induced premature labor for pelvic deformity. Annal. di ost. e gin. Jan. 31. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. p. 706.
15. Hart, D. B., Hunchback or Gibbus pelvis (Kyphotic pelvis; Kyphosis pelvis). Edinburgh Med. Journ. 17. Nr. 3.
16. Herrgott, A., Bassin cyphotique et opération césarienne. Annal. d'obst. et de gyn. 1914. Avril.
17. Hornstein, M., Enges Becken und erschwerte Geburt. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 3. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 280.
18. Jost, L., Über die Ätiologie des engen Beckens. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.
19. *Lang, M., Spätere Geburten nach Hebosteotomie. Inaug.-Diss. München.
20. Latzko, Diskussion zu Werner (Nr. 41). Ebenda p. 237.
21. Lorenz, W., Beziehungen zwischen Auftreten der ersten Menstruation und engem Becken. Inaug.-Diss. Jena 1915.
22. Lowe, Diskussion zu Abbe (Nr. 1). Ebendort p. 340.
23. *Marbott, J. M., Diskussion zu Bailey (Nr. 2). Ebendort p. 1098.
23a. *Meyer, H., Födrel ved skjvot beekken. (Geburt bei schiefem Becken.) Tidskrift for then norski lageforming. Jahrg. 33. S. 177.
24. *— Leopold, Die Behandlung der Geburt beim verengten Becken. Ugeskrift for Laeg. 1914. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 423.
25. Nagel, W., Klassischer Kaiserschnitt bei einer Zwergin. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2.
26. Nijhoff, G. C., „Sitzbecken". Nederl. gyn. Vereeniging. März 1911. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 507.
27. Pagan, Diskussion zu Abbe (Nr. 1). Ebendort p. 340.
28. Pok, Jos., Ein seltener Beckentumor als Geburtshindernis (Neurofibromatosis Recklinghausen). Gyn. Rundsch. Heft 7/8.
29. *Polak, J. O., Diskussion zu Bailey (Nr. 2). Ebendort p. 1099.
30. *— and G. W. Phelan, Management of labor in borderline contractions of pelves. Amer. Journ. of Surg. 30. p. 359.
32. Reijs, J. H. O., Asymmetrisches Becken und Skoliose. Tijdschr. v. Geneesk. 5. Febr. (Häufiger als man annimmt, findet sich bei Skoliose ein asymmetrisches Becken. Reijs meint, dass in diesen Fällen meist die Beckenasymmetrie angeboren sei und ihrerseits die Rückgratverkrümmung erst erzeuge.)
33. Ronsheim, Case of delivery through a Naegele pelvis. Brooklyn gyn. Soc. Jan. 7. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. Nr. 6. p. 1115. (I para; vergeblicher Forzepsversuch durch den Hausarzt, nachdem der Kopf in ganz kurzer Zeit bis zum Beckenboden gelangt war. In Wirklichkeit stellte sich nachher heraus, dass der vermeintliche Kopf nur eine starke Geburtsgeschwulst und die grösste Zirkumferenz des Schädels noch oberhalb des Beckeneingangs war. Die Entbindung gelang durch hohen Forzeps unter Zertrümmerung des kindlichen Schädels. Es handelte sich um ein typisches Naegeli-Becken. Nähere Angaben fehlen.)
34. Saliba, J., Cesarean section in a case of scoliorhachitic pelvis. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 5.
35. *Schickele, Osteomalacie. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. 22. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. p. 1595.
36. Schmidt, Wilh., Spontane Geburt bei Poliomyelitis anterior acuta und engem Becken. Inaug.-Diss. Jena 1915.
37. *Seitz, L., Über Promontoriumabmeisselung bei plattem Becken. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9.
38. *— Osteomalacie. Döderleins Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. p. 316. Wiesbaden.

39. Sprigg, Diskussion zu Abbe (Nr. 1). Ebendort p. 340.
40. *Thoms, H. K., A statistical study on the pregnancy of funnel pelvis and the description of a new outlet pelvimeter. Amer. Journ. of Obst. Vol. 72. Nr. 1. 1915.
41. Werner, P., Doppelseitiges Luxationsbecken. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 8. Febr. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. p. 235. (21jährige I para. Mühsamer, watschelnder Gang, hochgradige Lordose, Hängebauch. Das Kreuzbein steht fast horizontal. Es bestand eine sog. Luxatio iliaca. Die Vulva sieht direkt nach hinten, Koitus und Untersuchung mussten ebenfalls von hinten vorgenommen werden. C. diagn. 10,0.)

Für die Behandlung der Geburt beim engen Becken lassen sich bestimmte Regeln entsprechend dem Grad der Verengerung nicht aufstellen. Leopold Meyer (24) sah unter 128 Fällen von sicher verengtem Becken spontanen Geburtsverlauf 68mal (= 53%). Im allgemeinen wurde stets abgewartet; das Anwendungsgebiet der prophylaktischen Massnahmen wie künstliche Frühgeburt, prophylaktische Wendung ist ein sehr begrenztes, auch der primäre Kaiserschnitt bei Erstgebärenden nur selten gerechtfertigt.

Sehr wichtig sind die Erfahrungen, die L. Seitz (37) mit der Promontoriumabmeisselung nach Rotter-Schmid bei platten Becken gemacht hat. Dieselben beziehen sich auf 10 Fälle unter Berücksichtigung des Späterfolges, der ja über die Berechtigung der Operation allein entscheidet. Es ergab sich eine Kallusbildung, die — wenn sie im allgemeinen auch nicht stark ist — doch genügte, eine nennenswerte dauernde Erweiterung des Beckens zu verhindern. Die Aussichten auf eine spätere spontane Geburt wurden also nicht grösser. Das ist natürlich sehr in Rechnung zu setzen bei einem Eingriff, der die Prognose des Kaiserschnitts doch zweifellos verschlechtert. Man wird Seitz unbedingt Recht geben müssen, wenn er danach der so verheissungsvollen Operation keine grosse Zukunft prophezeit.

Polak und Phelan (30) stellen für die Geburtsleitung beim engen Becken die in Deutschland allgemein anerkannten Grundsätze des Abwartens auf, ohne Neues beizubringen.

Sehr interessant sind die Feststellungen von Thoms (40) über die Häufigkeit des Trichterbeckens. Unter Trichterbecken wird von dem Verfasser jede ausschliesslich oder überwiegend den Beckenausgang betreffende Verengerung verstanden. Danach würde es 37% aller engen Becken der weissen Rasse (14,5% bei Negerinnen) ausmachen. Die leichteren Grade desselben bedingen eine Zunahme der Dammrisse und ihrer Schwere, bei höheren Graden ist die Hebosteotomie das Verfahren der Wahl, das oft dauernde Heilung bringt. — Der vom Verf. beschriebene Pelvimeter für den Ausgang scheint dem Ref. recht praktisch.

v. Franqué (11) beschreibt neuerlich ein Spaltbecken mit 12 cm breitem Schambeinspalt. Geburtshilflich hat der Fall keine Rolle gespielt.

Lang (19) hat an dem Material der Münchener Klinik das spätere Schicksal der Hebosteotomierten verfolgt. Danach kamen von 17 wieder gravid gewordenen Frauen 5 mit unreifen Kindern spontan nieder, 9 mit ebenso grossen, grösseren oder etwas kleineren Kindern als bei der Hebosteotomie. In allen diesen Fällen konnte die Geburt auf vaginalem Wege spontan oder durch einfache Operationen beendet werden. Ausserdem gibt Verf. eine gute Übersicht über die bisher in der Literatur zu dieser Frage niedergelegten Erfahrungen.

Interessant ist die Beobachtung von Fries (12) über das Becken bei spinaler Kinderlähmung. Es erinnerte an ein Trichterbecken. Die Symphyse war niedrig, die oberen Schambeinäste zeichneten sich durch Schlankheit aus, während die Sitzbeinstacheln ausserordentlich stark entwickelt waren. Endlich fiel neben den zu den engen Massen des Beckenausgangs, relativ kleinen Massen des Beckeneingangs die starke Querspannung des Beckens auf, was auf das

Fehlen jeglichen Muskelzuges zurückgeführt werden muss. Ein analoger Fall ist meines Wissens bisher nur von Breus-Kolisko beschrieben.

Während eine in der New York Obstetrical Society im Anschluss an den Fall von Bailey (2) gepflogene Diskussion (Marbott, Polak, Frank, Grad) durchaus an der Oberfläche des Problems sich hielt und nichts Bemerkenswertes ergab, liegen in der deutschen Literatur zwei bedeutsame Äusserungen zu dem Thema Osteomalacie vor. Schickele (35) erörterte im Anschluss an einen schweren Fall, der intra vitam als eine Bluterkrankung imponierte und bei dem sich post mortem eine Vergrösserung beider unteren Epithelkörperchen fand, die moderne Auffassung der Osteomalacie als eines pluriglandulären Symptomenkomplexes. Man findet häufig Vergrösserungen der Schilddrüse, konstatierte mehrfach eine Kombination mit Tetanie, während Hypophyse, Thymus und Nebennieren bisher immer unverändert gefunden wurden. Erst von solchen primären, innersekretorischen Gleichgewichtsstörungen sind die in ihrem Wesen noch durchaus dunkeln Störungen im intermediären Kalk- und Phosphorstoffwechsel abhängig.

Noch stärker betont Seitz (38), dass es sich bei der Osteomalacie um eine verwickelte pluriglanduläre Störung der inneren Sekretion handelt. Im Vordergrund derselben steht wohl das Ovar, das im Sinne einer Hyperfunktion alteriert ist; im gleichen Sinne scheinen die Epithelkörperchen und vielfach auch die Schilddrüse beteiligt, während das chromaffine System sich in einem Zustande der Unterfunktion befinde.

H. Meyer (23a). Eine Erinnerung eines alten Landarztes aus den 70er Jahren. Bei einer 40 jährigen I paren Bäuerin mit schiefem, coxalgischem Becken und dem Kindskopfe in dem Beckeneingang hineingedrückt, gelang es, nur den einen Zangenlöffel richtig anzulegen, während der zweite vorne angelegt wurde. Die Zangenlöffel wurden dann nach der Art zweier Veetes benutzt und es gelang, den Kopf herunterzuleiten und das Kind zu extrahieren. Während der Extraktion des Kopfes durch das kleine Becken mussten die zwei Zangenhälften zusammengebunden werden. (Kr. Brandt.)

B. Störungen bei der Geburt der Plazenta.

1. *Bailey, H., Diskussion zu Rice (Nr. 21). Ebendort p. 306.
2. *Broadhead, G. L., Diskussion zu Rice (Nr. 21). Ebendort p. 302.
3. *Calmann, A., Die vorzeitige Lösung und der Vorfall der normalsitzenden Plazenta. Zentralbl. Nr. 13.
4. — Dasselbe. Geb.-gyn. Ges. in Hamburg. 18. Jan. Zentralbl. p. 256. (Calmann berichtet zunächst über einen Fall, in dem eine zu kurze Nabelschnur (35 cm, dabei noch zweimal um den Hals geschlungen) Ursache der vorzeitigen Lösung war. Sonst legt Calmann das Hauptgewicht in der Ätiologie auf krankhafte Veränderungen der Deciduagefässe, die durch toxische Schädigungen veranlasst seien. In einem anderen Falle trat ohne jeden Blutabgang nach aussen eine so schwere innere Blutung auf, dass die Frau wenige Minuten nach der sonst glatten Spontangeburt ad exitum kam.)
5. *Coe, H. C., Diskussion zu Rice (Nr. 21). Ebendort p. 304.
6. *Davis, A. B., Diskussion zu Rice (Nr. 21). Ebendort p. 303.

6a. v. Dongen, Fall von Inversio uteri. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. 3. (Kurz nach einer spontanen Geburt entstanden nach kräftigem Versuch zum Ausdrücken der Plazenta und mehrere Tage nach dem Entstehen mittelst Kolpeurynter reinvolviert, nachdem erst das Fieber aufgehört hatte.) (Mendes de Leon.)

7. Fleischmann, C., Inversio uteri completa puerperalis. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 7. Sept. Bericht: Zentralbl. f. Gyn. 1917. p. 50 und Gyn. Rundsch. 1917. p. 126. (3 Monate bestehende Inversion des Uterus in die Scheide; noch nicht behandelt.)

8. *Flint, A., Diskussion zu Rice (Nr. 21). Ebendort p. 304.
9. Fraipont, M., Peritoneale Fissuren des Corpus uteri in Fällen von vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta. Ann. de gyn. et d'obst. 1914. April. p. 200. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 672.
10. Fullerton, W. D., Premature separation of the placenta. Cleveland Med. Journ. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 998.
11. *Herff, O. von †, Behandlung der Nachgeburtsblutungen. Herausgegeben von Privatdozent Dr. P. Hüssy. München, Lehmann.
11a. Heyman, J., Zur Frage der Bedeutung der Eihautretention. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. (Die Gefahr der totalen oder beinahe totalen Eihautretention ist laut der Erfahrung des Verf. nicht gross und gibt nicht ernsthafte Komplikationen.) (Silas Lindqvist.)
12. Hirschfeld, L. und R. Klinger, Über die physiologischen Grundlagen der Blutstillung und über ein neues Blutstillungsmittel (Thrombosin). Deutsche med. Wochenschrift. 1915. Nr. 52.
13. Klein, G., Ein Fall von vorzeitiger Lösung der normalsitzenden Plazenta. Inaug.-Diss. Giessen. (Die Frau kam mit abgestorbenem Kinde im 8. Graviditätsmonat in die Klinik. Schwere Anämie, Totalexstirpation, Genesung. Uteruswand ungewöhnlich durchblutet, peritoneale Fissuren.)
14. Kowaleff, N., Ursachen, Komplikationen und Behandlung der Eihautretention. Diss. Genf 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1917. p. 189.
14a. Kouwer, Fall von vorzeitiger Lösung der Nachgeburt. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. 3. (Kind tot, Mutter gesund entlassen.) (Mendes de Leon.)
14b. — Uterus einer Frau, die 14 Tage p. p. mit Retentio placentae aufgenommen wurde und 5 Tage nachher an Sepsis starb. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. 3. (Mendes de Leon.)
15. *Küstner, O., Störungen durch vorzeitige Lösung der Plazenta bei normalem Sitz und Vorfall der Plazenta. Döderleins Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. p. 126. Wiesbaden.
15a. *Lange-Nielsen, Chr., Om efterbyrds-blödninger. (Von Blutungen nach der Geburt.) Aus der Gebäranstalt in Bergen. Chef: L. Severin Petersen. Medicinsk revue. Bergen, Norwegen. Jahrg. 33. p. 323.
16. Mazel, N. F., Beitrag zum Studium der Eihautretention. Diss. Lausanne 1915. (Ausführliche historische Studie. Als Ursachen der Eihautretention werden angeführt Lues, Endometritis, Bleivergiftung, Blutungen in der Schwangerschaft, Plazentaranomalien, Uterustumoren, brüske Entbindung, Zug an der Nabelschnur, Credés Handgriff. Therapeutisch wird Abwarten empfohlen.)
17. *Pomeroy, R. H., Diskussion zu Rice (Nr. 21). Ebendort p. 307.
18. Prochownik, Diskussion zu Calmann (Nr. 4). Ebendort p. 256. (Hält in bedrohlichen Fällen den Kaiserschnitt für geboten.)
19. Reusch, Akute puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. (Klar beschriebener Fall.)
20. Rhomberg, B., Myotomie wegen Retentio placentae. Gyn. Rundsch. Nr. 7/8. p. 112.
21. *Rice, F. W., Postpartum hemorrhage. Amer. Journ. of Obst. Vol. 74. Nr. 2. New York Obst. Soc. March 14.
22. *Rösing, Diskussion zu Calmann (Nr. 4). Ebendort p. 256.
23. *Rueck, G. A., Transfusion von mit Natriumzitrat vorbehandeltem Blut. Med. Rec. Vol. 89. Nr. 16.
24. Seitz, L., Erkrankungen der Eihäute und der Plazenta. Döderleins Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. p. 137. Wiesbaden.
25. *Spaeth, Diskussion zu Calmann (Nr. 4). Ebendort p. 256. (Befürwortet bei lebendem Kinde den Kaiserschnitt, durch den allein auch die enorme Kindersterblichkeit bei vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta herabgesetzt werden könnte.)
26. *Vineberg, H. N., Diskussion zu Rice (Nr. 21). Ebendort p. 305.
27. *Williams, J. Wintridge, Premature separation of the normally implanted placenta. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 21. Nr. 5.
28. *Wing, L. A., Premature separation of the normally situated placenta due to shortening of the cord. New York Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Dec. 28. 1915. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. Nr. 6.

Reichliche Bearbeitung fand auch in diesem Berichtsjahre wieder die Solutio praematura placentae normaliter insertae. Eine zusammenfassende Darstellung von prägnanter Kürze, die trotzdem alles Wesentliche bringt, gibt Küstner (15) in Döderleins neuem Handbuch. Ätiologisch legt der Autor den Hauptton auf das Zusammentreffen mit Nephritis oder Schwangerschaftsnephropathie, natürlich abgesehen von den Fällen, die sich mechanisch erklären. In der Darstellung der Therapie fällt eine gewisse Zurückhaltung gegen die Schnittentbindung, namentlich von oben, auf. Die Atoniegefahr schätzt Küstner nach seinen eigenen Erfahrungen nicht so hoch ein wie Zweifel, der freilich in dieser Hinsicht auch viel ungünstigere Erfahrungen gesammelt hat.

Calmann (3) schliesst sich zwar wesentlich der Ansicht an, dass in den meisten Fällen krankhafte Veränderungen der Gefässwandungen und der Decidua selbst, oft bei gleichzeitiger Albuminurie, ätiologisch für die vorzeitige Lösung in Betracht kommen, meint aber, dass der Einfluss von Erkrankungen des Endometriums und Myometriums auf Grundlage von Infektionen, besonders Gonorrhoe, von nicht geringerer Bedeutung seien. Zu der Diskussion zu dem Vortrage Calmanns wies Rösing (22) auf heftigen Schmerz an der Hämatomstelle als ein wichtiges diagnostisches Zeichen hin; Spaeth (24) hat bei zwei eigenen Fällen die gefürchtete Atonie vermisst.

J. Whitridge Williams (27) fand unter 2000 Geburtsfällen in John Hopkins Hospital 17 mal vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta, nur 14 mal Placenta praevia. In 2 laparotomierten Fällen fanden sich eine ausgedehnte intramuskuläre Blutung (Apoplexia uteroplacentaris nach Couvelaire), ferner ausgedehnte degenerative Veränderungen der Gefässwände. Der Verf. führt diese Veränderungen auf eine Toxämie zurück, die ihm überhaupt die wichtigste ätiologische Rolle zu spielen scheint.

In Wings Fall (28) war ebenso wie in dem Calmanns abnorme Kürze der Nabelschnur Ursache des Ereignisses. Die Frau wurde durch Kaiserschnitt gerettet.

Das Thema der Nachgeburtsblutungen behandelt in sehr instruktiver, besonders für den praktischen Arzt gedachter und passender Darstellung † v. Herff (11), die bei entsprechender Verbreitung sicher manchen Segen stiften dürfte. — Sehr ausführlich wurde das gleiche Thema in der New York Obstetrical Society im Anschluss an einen Vortrag von Rice (21) behandelt. Nach Rices eigener Erfahrung an 222 Fällen (etwa 2,2% aller Geburten) mit 4 Todesfällen, davon 2 bei Placenta praevia war am häufigsten Atonie die Ursache der Blutung. 17 mal kam völlige, 76 mal partielle Adhärenz der Plazenta zur Beobachtung. Hauptursache der Atonie sind nach Rice unzeitige Expressionsversuche oder Massage des Uterus. In 9 Fällen kam es zu „hour-glass"-Kontraktion. Unter 175 Zwillingsschwangerschaften wurden nur 3 mal Nachgeburtsblutungen beobachtet. Brodhead (2) wünscht prophylaktisch unmittelbar nach der Geburt Ergotin oder Pituitrin zu geben, womit er niemals eine schlechte Erfahrung gemacht hat. Davis (6) weist darauf hin, dass zuweilen über einer vollständig korrekt ausgeführten Tamponade der Uterus erschlafft, Coe (5) wendet sich gegen Brodhead, Flint (8) glaubt, dass die Uterustamponade besonders dann gut wirkt, wenn sie gewissermassen prophylaktisch bei schlaffem Uterus angewendet wird, und empfiehlt dieselbe besonders in jedem Falle von Placenta praevia. Vineberg (26) gibt kasuistische Beiträge zu der Frage, Bailey (1) wendet sich besonders scharf gegen jedes Massieren des Uterus nach der Geburt. Pomeroy (17) bespricht wesentlich die Behandlung der Cervixrisse. —

Schliesslich sei wegen der Einfachheit der Methodik noch die von Hustin angegebene, neuerlich von Rueck (23) warm empfohlene Transfusion von mit Natriumzitrat vorbehandeltem Blut erwähnt. Das Blut des Spenders wird in sterilen Erlenmeyer-Kölbchen, die zu $^1/_4$ ihres Inhalts mit 2% Natriumzitrat-

lösung gefüllt sind, unter Schütteln aufgefangen und in einfacher Weise aus einem Zylinder transfundiert.

Lange-Nielsen (15a). Als „Blutung" nach der Geburt wird 500 g oder mehr bezeichnet. Von solchen kamen in der Gebäranstalt in Bergen in den Jahren 1906—15 (incl.) sehr viele vor, durchschnittlich in 25% sämtlicher Geburten. Verf. untersucht, worin dies begründet sei. Die Aufsammlung des Blutes ist jedenfalls in den letzten 5 Jahren sehr genau gewesen. Während Blutung überhaupt bei Erst- und Mehrgebärenden ungefähr gleich häufig vorkam, waren die Zahl der Blutungen über 999 g grösser bei den Mehrgebärenden.

Mit der Nachgeburt wurden unter 228 Fällen nur einmal eine Blutmenge über 999 g entleert. Die Mehrgebärenden bluteten im Verhältnis zu den Erstgebärenden häufiger nach der Ausstossung der Nachgeburt. Erstgebärende über 30 Jahren bluteten öfter und mehr als jüngere.

Das Gewicht der Kinder bei Geburten ohne Blutung war durchschnittlich 3448 g, dasselbe bei Geburten mit kleiner Blutung 3631, mit schwererer Blutung 3824 g. Ebenso waren die Placentae grösser bei den Blutenden.

Die Nachgeburtsperiode war nach den gewöhnlichsten Prinzipien geleitet: Ruhe, bis die Nachgeburt sicher abgelöst war, dann schonendes Herausbefördern. Im Laufe der Jahre war doch die Nachgeburtsperiode immer kürzer geworden, indem in den ersten Jahren sehr oft à la Ahlfeld verhalten wurde. Die Abkürzung der Nachgeburtsperiode zeigte keinen deutlichen Einfluss auf die Zahl der Blutungen, jedenfalls keinen verschlimmernden. Dagegen scheint es angezeigt zu sein, den Uterus nach der Ausstossung der Nachgeburt sehr schonend zu behandeln. Selbst ziemlich grosse Koagel in dem Uterus schienen wenig zu schaden. Verf. hat, um dies zu kontrollieren, 19 Wöchnerinnen kurze Zeit nach einer normalen Geburt mit Blutung unter 300 g untersucht. Wenn der Blutabgang stockte, hat er bei den Frischentbundenen im Uterus Koagel gefunden von 2 cm Dicke bis zur Grösse einer Faust. Dies muss dann als normal angesehen werden. Durch Massieren und Drücken des Uterus können solche blutstillende Koagel gelöst und die Blutung angefochten werden. Als ein wesentliches ursächliches Moment der Blutungen sieht er eine wahre Atonie der Uterusmuskulatur an. Nur selten beruhte diese Atonie auf einem Zurückhalten abgerissener Eiteile, Deciduafetzen oder zäher Blutgerinnsel.

Die Behandlung bestand wesentlich in Anregung der Kontraktionen: Entleerung der Blase, Massage des Uterus, von Einspritzungen von Sekale und in den letzten Jahren auch Pituitrin unterstützt. Das Pituitrin intramuskulär nach der Ausstossung der Plazenta zeigte sich sehr wirksam. Einige Male wurde die Uterushöhle mit der Hand für zähe Gerinnsel, Deciduafetzen und kleinere Eiteile gereinigt. Die gute Wirkung, die man nach diesem Eingriffe oft sieht, kann auch dadurch erklärt werden, dass die Muskulatur durch das Herumtasten irritiert wird. Tamponade des Uterus zeigte sich nur einmal notwendig. Heisswassereinläufe wurden sehr selten angewendet. (Kr. Brandt.)

VIII.

Pathologie des Wochenbettes.

Referent: Dr. Bracht, Berlin.

A. Puerperale Wundinfektion.

I. Ätiologie, Pathologie.

1. Baecker, St., Eine neue Methode der Virulenzsteigerung und Virulenzprüfung. Wien. klin. Wochenschr. 1915. Nr. 13. Ref. Zentralblatt f. Gyn. p. 190.
2. *Benthin, Eine folgenschwere Hausinfektion mit hämolytischen Streptokokken. Zentralbl. f. Gyn. p. 193.
3. *— W., Spätfolgen des Abortes. Gyn. Rundsch. p. 233.
4. *— Über Plazentarinfektion. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Nr. 6. p. 479.
5. *Bingold, K., Das klinische Bild der Puerperalinfektionen durch Bacillus phlegmones emphysematosae. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsf. 3. p. 3377.
6. Carhart, G. A., Puerperal sepsis. Wisconsin Med. Journ. Nov. 14. Nr. 6. p. 221—261.
7. *Engelhard, I. L. B., De rol van Fraenkels Gasbacil in het kraambed en tydens de baring. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. Jaarg. afl. 4. (Mendes de Leon.)
8. Essen-Möller, E., Ein Fall von Wochenbettfieber mit Vakzin behandelt. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. (Silas Lindqvist.)
9. Fisher, J. M., Bacteriology and treatment of puerperal infection and septic abortion. Pennsylv. Med. Journ. March 19. Nr. 6. p. 399ff.
10. Fothergill, W. E., Die Fiktion „Puerperalfieber" und die Farce der Anzeigepflicht. Lancet 4. 3.
11. *Fuhrmann, L., Über Behandlung des Puerperalfiebers. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 326.
12. *Gassot, Zustand der Tuben beim Puerperalfieber und ihre Rolle als Verbreitungsweg. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 34.
13. Gerhartz, Fall von Fruchtwasserzersetzung bei stehender Blase mit Geburt eines lebenden Kindes. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. 23. Okt. Med. Klin. 12. Nov. p. 2619.
14. *Hüssy, P., Virulenzbestimmung und Virulenzbekämpfung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 95.
15. Hauch, An Peritonitis puerperalis. (Über Peritonitis puerperalis.) Vortrag in Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1277—85. (O. Horn.)
16. Kauert, Fr., Über Thrombose und Embolie im Wochenbett. Diss. Giessen. Juni-Oktober.
17. Knipe, W. H. W., Puerperal streptococcemia. Recovery. Transact. of the New York Obst. Soc. Bericht: Amer. Journ. of Obst. p. 291.
18. *Kouwer, B. J., Emkele opmerkingen over kraamziekten en de behandeling daarvan. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 25. Jaarg. afl. 3. (Mendes de Leon.)
19. *de Lee, J. B., Bakteriologische Studien über die Ursache von Totgeburten. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 29. Juli. Bd. 67. p. 344.
20. *Lindemann, Walther, Beitrag zur Technik und Bewertung der Anaerobienzüchtung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 18.
21. Lott, H. S., Pelvic infection following abortion. A case of interest. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. p. 830.

22. Moore, S. E., The abortive type of general septicaemia, following pelvic infection in pregnancy; autogenetic infection; puerperal polyneuritis. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. p. 842.
23. Pielsticker, L., Ein Fall von Uterusabszess mit Durchbruch in die Bauchhöhle. Heilung durch Totalexstirpation des Uterus und Drainage. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. Heft 1.
24. *Pruska, J., Die Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung in der Geburtshilfe. 5. Kongr. tschechischer Naturf. u. Ärzte. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 188.
25. Sakagami, K., Die keimtötende Wirkung des normalen und des infizierten Serums auf verschiedene Krankheitserreger. Lancet, Jan. p. 127. (Das Wachstum von Pneumokokken, Streptokokken, Pseudotuberkelbazillen und Mikrococcus catarrhalis wurde durch normales menschliches Serum nicht beeinflusst, dagegen das der Staphylokokken.)
26. *Veit, J., Über Fieber bei der Geburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 4. p. 259.

Benthin (2) schildert eine Infektion mit hämolytischen Streptokokken, die sich auf operative Fälle der gynäkologischen Station ebenso erstreckte, wie auf Kreissende. Es gelang, den Ausgang der Infektion in der Angina einer Hebammenschülerin zu ermitteln (hämolytische Streptokokken). Als Kokkenträger erwiesen sich zugleich ein grosser Teil des nichterkrankten Personales der Klinik.

Engelhard (7). Kasuistische Mitteilung eines Falles foudroyanter Sepsis durch den Fraenkelschen Gasbazillus, nebst Literaturübersicht. Der Fall betrifft eine 31 jährige, vorher ganz gesunde Primigravida im 4. Monat, bei welcher kriminelle Abortversuche gemacht worden sind. Sektionsbericht. Typisch war die ganz intensive Braunfärbung der Haut, die, wie die Untersuchung zeigte, auf Destruktion der Blutbestandteile und Hämatinbildung beruhte.

(Mendes de Leon.)

Kouwer (18) meint jede Temperatursteigerung über 37,5° im Wochenbett als abnormal bezeichnen zu müssen und findet so in der Utrechtschen Frauenklinik zwischen 1899 und 1910 eine mittlere Morbidität von 60%. Verf. gibt nun in Verbindung mit den Krankengeschichten die Ursachen der verschiedenen Steigerungen und warnt vor zu häufigen inneren Untersuchungen.

(Mendes de Leon.)

Veit (26) springt für die alsbaldige Entbindung bei Fieber unter der Geburt ein und stellt sich hiermit in offenen Gegensatz zu den konservativen Grundsätzen, die wohl zweifellos aus den Winterschen Grundsätzen über die Behandlung des septischen Abortes hervorgehend in den letzten Jahren viele Anhänger gefunden haben. Seinen Schlüssen legt Veit folgende Überlegungen zugrunde. Eine Analogie zwischen der Behandlung des septischen Abortes und derjenigen des Fiebers unter der Geburt kann insofern nicht bestehen, als gewiss beim Zuwarten in der Behandlung des ersteren die Verhältnisse sich günstiger zu gestalten vermögen; die Virulenz der Keime vermag während einiger Tage Zuwartens abzunehmen. In der Zeitspanne nun, die für den weiteren Verlauf der Geburt in Frage kommen kann, ist hiervon nicht die Rede. Im Gegenteil, die günstigen Bedingungen werden imstande sein, gelegentlich auch Fäulniskeime zur Virulenz zu entwickeln. Auf der anderen Seite glaubt Veit, dass gerade das längere Verweilen von Fäulniskeimen im Uterus geeignet ist, die Gewebe in ihrer Widerstandskraft gegenüber dem Eindringen virulenter Keime zu schwächen. Da nun bei weitem die Mehrzahl der Temperatursteigerungen in der Geburt auf Fäulniskeime zurückzuführen sei, so gilt für Veit ohne weiteres der alte Grundsatz, bei Steigerungen über 38° operativ zu entbinden; ausgenommen sind die mit der Eröffnung des Peritoneums einhergehenden Operationen. Das Überwiegen von Fäulniskeimen als Ursache dieser Fieber hält Veit schon deshalb für fraglos, da diese allein in der Uterushöhle ohne Vor-

handensein von Wunden zu gedeihen imstande seien, während Fieber durch hochvirulente Keime einmal an das Eindringen dieser in Wunden geknüpft ist, die doch erst gegen Beendigung der Geburt auftreten, sodann vom Eindringen an eine 30—36stündige Inkubationszeit erfordert; Bedingungen, die nur in einer kleinen Anzahl solcher Geburten erfüllt sein können. Auch die Mortalität der Kinder in den ersten Tagen würde entsprechend den Untersuchungen von Pfältzer über den Kernikterus und Lindemann über Meläna durch die baldige Entbindung Fiebernder nur günstig beeinflusst werden können.

Benthin (4) kommt auf Grund einer neuen Beobachtungsreihe von Plazentarretentionen zu dem Resultate, dass er den retinierten Plazentarrest nicht für den Ausgangspunkt einer puerperalen Infektion halten kann. Er hält es für äusserst unwahrscheinlich, dass der Weg der Keime durch das intakte Plazentargewebe hindurch beim Zustandekommen einer Infektion eine wesentliche Rolle spielen könne. Hiergegen spricht allein das Ergebnis seiner histologischen Untersuchungen an den Plazenten infektiöser Aborte. Keime fanden sich hier in dem Plazentargewebe selbst nur, wenn die Zotten im Absterben begriffen, wenigstens ihres Epithelsaumes verlustig gegangen waren. An den Stellen der intervillösen Räume fanden sich Keime in reicherem Masse, an denen das Plazentargewebe bereits längere Zeit von seiner Unterlage abgehoben und jetzt mit geronnenen Blutmassen bedeckt war. Mit diesen Befunden scheinen sich die klinischen Beobachtungen zu decken, dass einmal Keime im Blute nur dann sich fanden, wenn die klinischen Zeichen für die sich vollziehende Ablösung auftraten, nämlich Wehen und Blutung. Der scheinbar schroffe Gegensatz zu den Befunden, die Warnekros (Arch. f. Gyn. Bd. 100, s. Bericht 1914) in der gleichen Frage erheben konnte, erscheint schon dadurch gemildert, dass auch Warnekros der vorzeitigen Ablösung des unteren Plazentarpoles und damit der Freilegung der intervillösen Räume ein begünstigendes Moment einräumt.

Benthin geht jedoch in seinen Schlüssen nicht so weit, dass er die Plazentarinfektion für bedeutungslos hielte. Im Gegenteil räumt er ein, dass einmal die Keimbesiedelung des Uterusinneren durch Retention von Eiteilen begünstigt wird, ja dass solche Keime durch Virulenzsteigerung Invasionskraft gewinnen können, dass zweitens durch die bei jeder Retention hintangehaltene Involution der Keimpropagation Vorschub geleistet wird und schliesslich durch die der Retention häufig folgenden Blutungen Anlass zu einem jetzt meist sehr gefährlichen Eingriff gegeben werden kann. Daher steht Benthin mit der Winterschen Schule auch auf dem Standpunkte, dass bei Cotyledoretention nach normalem Partus unbedingt sofort auszuräumen ist.

Fuhrmann (11) erklärt sich die Übereinstimmung des klinischen Bildes aller puerperalen Infektionen — gleichgültig, durch welchen Erreger sie hervorgerufen sein mögen — folgendermassen. Würden in der Hauptsache die von den einzelnen Erregern ausgeschiedenen Toxine das Krankheitsbild hervorrufen, so müsste auch, wie wir es sonst gewohnt sind, einem jeden der verschiedenen als Erreger in Betracht kommenden Keime ein mehr oder weniger spezifisches Krankheitsbild eigen sein. Neben den verschiedenen Arten der Streptokokken darf die Zahl anderer Erreger, die für schwere und schwerste puerperale Infektionen in Betracht kommen, nicht gering eingeschätzt werden. Fuhrmann glaubt weniger an die Wirkung spezifischer Toxine der verschiedenen Erreger, als an die schädliche Wirkung unspezifischer durch den parenteralen Abbau der Bakterieneiweisse gebildeter Zwischenprodukte von giftiger Beschaffenheit. So nur vermag er sich auch das völlige Versagen der Serumtherapie zu erklären, die nicht gegen diese Produkte, sondern gegen die spezifischen Toxine gerichtet ist.

Hüssy (14) empfiehlt einen neuen Versuch der Virulenzbestimmung der Nachprüfung. Die von ihm erdachte Methode wird logisch in ihrer Ent-

stehung entwickelt an der Hand eines historischen Rückblickes auf die vielen bisher gescheiterten Versuche dieser Art. Der Grundgedanke des Verfahrens ist der, dass der klinische Begriff der Virulenz eines infizierenden Keimes stets ein relativer ist, insofern der Ausgang der Erkrankung das Resultat einerseits der „spezifischen" Virulenz des betreffenden Erregers, andererseits des Widerstandes des infizierten Organismus ist. Der Vergleich erst der spezifischen Virulenz mit der Widerstandskraft des befallenen Organismus ergibt ein Mass für die sog. „allgemeine" Virulenz und erlaubt somit eine Prognosenstellung.

Hüssy hat von vornherein davon Abstand genommen, spezifische Virulenz und Widerstandskraft des Organismus im gleichen Versuche ermitteln zu wollen, sondern geht vielmehr derart vor, dass jeder der beiden Faktoren in einem besonderen Versuche ermittelt wird. Die spezifische Virulenz des Erregers wird aus der Beeinflussbarkeit seines Wachstumes durch ein normales Serum geschätzt, unter Vergleich seines Wachstumes in Bouillon. Diesbehufs wird eine Öse des Lochialsekretes in Bouillon und ebenso in Schwangeren- oder Pferde-(Diphtherie-)serum verimpft. Ähnlich wird zur Ermittelung der Widerstandskraft des Organismus ein nach allen Richtungen hin studierter Streptokokkenstamm (bei Infektionen mit anderem Erreger vielleicht ein Keim gleicher Art), der am geeignetsten von einer virulenten Infektion gewonnen ist, in Serum der Erkrankten verimpft und hier ebenso durch Vergleich mit der Bouillonkultur der Einfluss des Serums auf das Wachstum geprüft. Aus dem Vergleich der so gewonnenen Masse für die spezifische Virulenz und die Widerstandskraft hat Hüssy in 20 Fällen puerperaler Infektion während des Verlaufes eine Prognose zu stellen versucht und ist mit dem Resultate bisher zufrieden, wenn er auch die zum Teil anderenorts bereits beschriebene Methode noch für besserungsfähig hält.

Pruska (24) fand bei der Untersuchung von 418 Wöchnerinnen keinen allzu wesentlichen Unterschied zwischen den Morbiditäts- und Mortalitätsziffern der hämolytischen gegenüber denjenigen der anhämolytischen Streptokokken. Der hämolytische verursachte Fieber in 86,6 %, der anhämolytische in 83,7 % der Fälle (Fieber über 38,5 allerdings wurden durch ersteren in 76,4 %, in den letzteren in 44,8 % ausgelöst. Die Mortalitätsziffern verhalten sich wie 7 : 3.

Lindemann (20) stellt bei Anwendung der Anaerobenzüchtung — neben der aeroben — in 72 % der febrilen Aborte, in 50 % der leichten Fiebersteigerungen im Wochenbett Bakteriämie fest. Die Beteiligungsziffer der Anaerobier beträgt in dieser Untersuchungsreihe für den febrilen Abort: 20 %, für die febrilen Wochenbetten: 8,7 %. Allein hieraus hält Lindemann einen gewissen Rückschluss auf die Häufigkeit der Kriminalität septischer Aborte für erlaubt, da das so gehäufte Vorkommen dieser besonders in Schmutz und Kehricht heimischen Keime anders kaum zu erklären wäre. (Der Streptococcus putridus wurde in 3 Fällen von Douglasabszess, der anaerobe Staphylococcus in einem Falle von Pyosalpinx festgestellt.) Da trotz sorgfältigster Untersuchung ein nicht unbeträchtlicher Teil der puerperalen Fiebersteigerungen keine Keime im Blute nachzuweisen gestattet, so lässt sich bisher die Möglichkeit einer Fieberentstehung durch reine Toxinaufnahme vom Uterus her nicht in Abrede stellen.

Bingold (5) fand bei über 130 Aborten den Fraenkelschen Gasbazillus in der Cervix oder selbst im Blute. 78 dieser Fälle verliefen relativ leicht. Die Ansicht Heynemanns, der schon bei der Anwesenheit des Gasbazillus in der Scheide eine Infektion hierdurch für wahrscheinlich hält, kann Bingold nicht teilen. Auf der anderen Seite schiesst aber auch Sachs nach seinem Dafürhalten über das Ziel hinaus, der den Gasbazillus nicht zu den menschenpathogenen Keimen rechnen möchte.

Gassot (12) betont die Seltenheit der Verbreitung puerperaler Infektionen auf dem Wege der Tuben, glaubt aber auch annehmen zu müssen, dass die Pyosalpinx nur sehr selten durch puerperale Infektion entstehe.

De Lee (19) gelang es in 4 Fällen toter Frühgeburten, 3 mal den Pneumococcus, einmal den Streptococcus viridans aus den Fötalorganen zu züchten Das Vorhandensein der Keime führt er auf Infektionen zurück, die die Mutter während der ersten Monate der Schwangerschaft überstanden hat. Diese Befunde hält der Verf. auch für wesentlich zur Klärurg der Fragen über Immunität, Puerperalsepsis.

Benthin (3) hat seine Aufmerksamkeit den Spätfolgen des Abortes zugewandt, und zwar insonderheit des septischen. Von 399 Fällen parauteriner entzündlicher Erkrankung waren anamnestisch einem voraufgegangenen Abort zuzuschreiben: 50, das heisst: 12% dieser Erkrankungen. Beinahe charakteristisch zu nennen ist das verhältnismässig späte Auftreten von Beschwerden. So kam in 14 dieser 50 Fälle die Erkrankung erst im Verlaufe der ersten dem Abort folgenden Menstruation zu Bewusstsein, wahrscheinlich als eine Exazerbation durch die intrapelvine Hyperämie bei vielleicht schon wiederaufgenommener körperlicher Tätigkeit. Doch hält Benthin es ebenfalls für möglich, dass bei der länger bestehen bleibenden Neigung zu Keimaszension einerseits (Plazentarteilretention, massige Decidua, mangelhafte Involution), der Beständigkeit der pathologischen Flora im Lochialsekret andererseits auch noch nach Verlauf von Wochen ein derartiger Prozess durch Aszension seine Entstehung finden kann. Die Parametritis posterior z. B. tritt schleichend im Anschluss an den Abort auf.

II. Prophylaxe und Therapie.

1. *Bumm, E., Zur Aseptik in der Gebäranstalt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 4. p. 268.
2. Burckhardt, J. L., Über Bakteriotherapie. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. 1915. Nr. 38.
3. Chalmers, A. J. and O'Farrell, Vaccine treatment in streptococcal puerperal fever. Ref. The Journ. of Amer. Med. Assoc. Nr. 21. p. 1661.
4. Fuhrmann, L., Über Behandlung des Puerperalfiebers. Monatsschr. Bd. 43. p. 326.
4. Grier, W., Case of puerperal septicemia treated by autogenous vaccine. Brit. Med. Journ. Sept. 30. p. 454.
6. Guttfeld, L., Zur Frage der aktiven und konservativen Therapie fieberhafter Aborte. Inaug.-Diss. Berlin.
7. Hussey, A. A., Operating during the puerperium for cure of old lacerations of the cervix and perineum. The Amer. Journ. of Obst. June. Nr. 6. p. 1014.
8. — Transact. of the New York Obst. Soc. Bericht: The Amer. Journ. of Obst. Nr. 6. p. 1100. (Hussey rät, alte Dammrisse, selbst Cervixrisse vom 2. bis etwa 6. Tage des Wochenbettes unter Anfrischung zu vereinigen und erklärt, hiermit gute Resultate gehabt zu haben. Der Vorschlag bleibt in der Diskussion nicht ohne Widerspruch.)
9. *Hüssy, P., Virulenzbestimmung und Virulenzbekämpfung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 95.
10. Jung, Ph., Die Behandlung der puerperalen Infektion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13, 14, 15, 16. p. 373.
11. *— Therapie der puerperalen Sepsis. Med. Ges. in Göttingen. 2. Dez. 1915.
12. Kennedy, J. W., Puerperal infection. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. p. 801. (Widerraten aller chirurgischen Eingriffe bei puerperaler Infektion, ausgenommen bei der Peritonitis.)
13. *Köhler, R., Tierkohle bei septischen Erkrankungen. Zentralbl. f. Gyn. p. 777.
14. *Kühnelt, F., Über die Behandlung des Puerperalfiebers mit Methylenblausilber. Zentralbl. f. Gyn. p. 652.
15. Latzko, W., Komplizierter Fall von puerperaler Peritonitis. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 16. Jan. Bericht: Wien. klin. Wochenschr. p. 438. (Viermalige Laparotomie; zweimalige Darmresektion.)

16. Mansfeld, O. P., Über den fieberhaften Abort und seine Behandlung. Gyn. Rundschau. Heft 17, 18. p. 265.
17. *Morgenroth, J. und J. Tugendreich, Die Desinfektionswirkung von Chinaalkaloiden auf Streptokokken. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29.
18. *Novak, J., Tierkohlespülungen bei septischer Endometritis. Zentralbl. f. Gyn. p. 480.
19. *Plass, E. D., Johns Hopkins Hosp. Bull. 26. 107. Ref. Amer. Journ. of Obst. Nr. 6. p. 1141.
20. Porritt, N., Treatment of puerpeial sepsis by uterine section and drainage. Brit. Med. Journ. May 20. p. 709—744. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 26. p. 2127. (Kompliziertes Drainageverfahren.)
21. Reichmann, V., Über den therapeutischen Wert des Kollargols bei Sepsis und einigen anderen fieberhaften Erkrankungen. Münch. med. Wochenschr. 1915. Nr. 15. (Einige günstige Erfolge bei Sepsis, Gelenkrheumatismus und gonorrhoischer Endokarditis.)
22. *Schindler, R., Klinische Beobachtungen über die Wirksamkeit des Dispargens bei Puerperalfieber. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 373.
23. Schumacher, J., Eine neue Methode der Händedesinfektion. Deutsche med. Wochenschrift. 1915. Nr. 31.
24. *Schwyzer, A., Chirurgische Erfahrungen bei puerperaler Sepsis. Surg. Gyn. and Obst. 22. Nr. 4.
25. *Sippel, A., Die Vermeidung der geburtshilflichen Infektion. Zentralbl. f. ärztl. Fortbild. 16. Nr. 7.
26. — Die Vermeidung der geburtshilflichen Infektion. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Heft 7.
27. Sofi, A., Sopra un caso di setticemia puerperale guarito con le iniezioni endovenose alla Baccelli. Gaz. degli osp. e delle clin. 37. Nr. 33. p. 513ff.
28. Vineberg, H. N., A case of streptococcemia, left ovarian streptococcic abscess and streptococcic lymphangitis and phlebitis of the uterus. Panhysterectomy, recovery. Transact. of the New York Obst. Soc. Bericht: Amer. Journ. of Obst. p. 288.
29. Voigt, J., Was geschieht mit intravenös injiziertem Kollargol? Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. p. 146.
30. Young, E. B., Simple after-treatment for perineal wounds. Boston Med. and Surg. Journ. May 4. 174. Nr. 18. p. 633 ff.

Bumm (1) weist auf den wichtigen Unterschied hin, der die Kreissenden der Anstalten hinsichtlich der ihnen drohenden Infektionsquellen auszeichnet gegenüber den im Hause Niederkommenden. In der Gebäranstalt ist eine gelegentliche Infektion von solchen Kreissenden aus, die — mit oder ohne Fieber — virulente Keime an sich trägt, unausbleiblich, trotz bester Asepsis und Schulung des Personales, wenn derartige Fälle nicht von vornherein isoliert werden können. Da alle kulturellen Verfahren zur Identifizierung solcher Keimträgerinnen bisher im Stiche gelassen haben, so bleibt nichts übrig, als von den unverdächtigen Kreissenden nicht nur alle fiebernden in einem Raum für septische Fälle zu isolieren, sondern auch noch eine weitere Gruppe von solchen Kreissenden in einem besonderen Saale abzutrennen, die vielleicht noch keine Temperatursteigerung aufweisen, wegen des bisherigen Geburtsverlaufes, der Zahl und Art der voraufgegangenen Untersuchungen jedoch infektionsverdächtig sind. Im gleichen Sinne empfiehlt sich auf der Wochenbettstation neben der sofortigen Isolierung septischer Fälle eine Absonderung der Wöchnerinnen mit leichten und vorübergehenden Temperaturerhöhungen in einem besonderen Raume. Sodann gibt Bumm den Wortlaut der Regeln für die Aseptik auf dem Gebärsaal, wie sie sich an seiner Klinik bewährt haben.

Hüssy (8) beleuchtet den derzeitigen Stand der Behandlung des Puerperalfiebers und gibt einen kritischen Überblick über die zur Zeit in Frage kommenden therapeutischen Methoden.

Die Serumtherapie hat zu viel Klippen zu umschiffen, um in der bei Streptokokkeninfektionen einzig in Betracht kommenden Form, nämlich der Immunisierung, Erfolge zu versprechen. Da die Streptokokken keine Toxine ausscheiden,

so fällt die Behandlung mit irgendwelchen Antitoxinen hier völlig fort. Ein homologes Serum, am besten zugleich mit geringen Mengen des abgeschwächten in Frage kommenden Antigens, habe als einziges etwas Aussicht auf Erfolg. Einen Versuch rechtfertige auch die prophylaktische Vakzination.

Die Untersuchungen auf dem Gebiete der Virulenzfrage und der Serumwirkung, sowie die praktischen Misserfolge aller therapeutischen Verfahren, die auf eine Abtötung der Keime hinzielten (Silber-, Sublimat- etc. -behandlung) haben Hüssy zu der Anschauung geleitet, dass eine Behandlungsart mehr Aussicht versprechen möchte, die lediglich auf die — wohl auch leichter erreichbare — Virulenzabschwächung gerichtet ist. Hüssy glaubt, dass jedenfalls ein Teil der Sera neben den Antikörpern bereits derartig wirkende Stoffe in sich bergen, und zur Wirkung bringen, die lediglich die Penetrationskraft des Keimes herabsetzen; ja wahrscheinlich besitze ein jedes normales Serum mehr oder weniger solcher bisher unbekannter Stoffe, die imstande sind, die Penetrationskraft des einen oder anderen Keimes herabzusetzen.

Von diesem Gesichtspunkte aus hat Hüssy das Serum verschiedener Tierarten einer Untersuchung unterworfen und speziell auf das Verhalten ihm bekannter Streptokokkenstämme gegenüber und gelangt zu dem Resultate, dass im Blute der grösseren Säugetiere (Ochse, Schwein) gegenüber den Streptokokken virulenzhemmende Eigenschaften vorhanden sein müssen im Gegensatz zum Fischblut z. B., das eher eine virulenzsteigernde Wirkung entfaltet. Ganz insbesondere jedoch gilt diese hemmende Wirkung von dem Blute der Vögel, z. B. des Huhnes. Für diese Ansicht führt Hüssy insbesondere den Umstand ins Feld, dass die Streptokokken sich im Blute des Huhnes stark vermehren, während das Tier nicht zu erkranken scheint. Diese Immunität der Vögel gegenüber Streptokokken setzt hier im Blute kreisende Stoffe voraus, die sich bei anderen Tieren erst nach Eindringen der Keime zu bilden scheinen. Das Tierexperiment scheint die Annahme zu bestätigen. Mäusevirulente Streptokokken vermochten nach Vogelpassage die Maus nicht mehr zu töten. In gleicher Weise scheinen sich die Versuche Friedmanns durch das Verhalten des Kaltblüterserums (Schildkröte) den Tuberkelbazillen gegenüber zu erklären. Nun ist durch Versuche Schenks bekannt, dass durch Injektion schwach virulenter Streptokokken eine Immunität gegenüber vollvirulenten Stämmen hervorgerufen werden kann. Vielleicht böte gerade die Huhnpassage hier einen Weg, um späterhin diese experimentellen Erfahrungen nutzbar zu machen. Günstige Erfolge mit dem Methylenblausilber führt Hüssy ebenfalls für seine Anschauung über die Wichtigkeit der Virulenzhemmung an, da die rein bakterizide Kraft dieses Mittels eine ausserordentlich geringe sei.

Jung (11) gibt dem Praktiker einige Richtlinien an die Hand für sein therapeutisches Verhalten den puerperalen Infektionen gegenüber, die im allgemeinen den Grundzug äussersten Konservativismus tragen. Während des fieberhaften Stadiums örtlich behandelt wird im allgemeinen nur die Lochiometra durch gelegentliche Erleichterung der Zervikalpassage (ev. Glasdrain), das eingeschmolzene parametrane Exsudat durch Inzision und Spülung. Serum- und Silbertherapie hält Jung allenfalls für unschädlich; einwandsfreie Erfolge hat auch er noch nicht zu beobachten Gelegenheit gehabt. Bei septischer Allgemeininfektion spielt heutzutage eine geschickte Ernährungstherapie die wesentliche Rolle.

Sippel (25) wendet prophylaktische Scheidenspülungen an, einmal bei infektiösen Prozessen der äusseren Haut der Kreissenden, hier in Verbindung mit Rasieren, Abseifen und Jodtinkturpinselung. Ebenso wird bei langdauernder Geburt die Scheide 3—4 mal innerhalb 24 Stunden mit Lysollösung gespült.

Plass (19) hat den Versuch gemacht, den Verlauf des Wochenbettes und die Heilung genähter Risse während desselben zu beeinflussen durch

vierstündlich wiederholte äussere Waschungen der Vulva mit einem in Sublimat 1:2000 getränkten Wattebausch. Die Vergleichszahlen der so behandelten Wöchnerinnen mit den in üblicher Weise sauber gehaltenen ergibt nicht den geringsten Vorteil dieser Methode.

Köhler (13) benutzte die Tierkohle bei der Behandlung der puerperalen Peritonitis und zwar: In den ersten Fällen wurde das trockene Mercksche Präparat in Substanz in die Bauchhöhle eingestreut. Eine bessere Verteilung jedoch ermöglicht das Begiessen aller peritonealen Flächen mit einer Aufschwemmung von 100 g Tierkohle in 1000 ccm Kochsalzlösung aus einer mit Schlauch armierten Flasche. Von 5 derartig behandelten Fällen von Peritonitis post partum oder abortum wurden 2 Fälle geheilt, eine Zahl, die, wie Köhler zugibt, auch mit den üblichen Methoden der Spülung und Drainage im allgemeinen erreicht werden mag. Neben der absorptiven Eigenschaft der Kohle mag auch eine mechanische Verlegung der Lymphbahnen eine Rolle spielen und die Resorption toxischer Substanzen einschränken.

Novak (18) hat in 2 Fällen puerperaler Infektion das Endometrium mit einer Tierkohle-Aufschwemmung nach Wiechowsky gespült, nach seiner Beurteilung mit Erfolg.

Schindler (22) behandelte 140 Fälle von Fieber im Wochenbett mit intravenösen Injektionen von 2—5—10 ccm einer 2%igen Dispargenlösung und ist im allgemeinen mit dem Erfolge zufrieden.

Kühnelt (14) hat 20 Fälle puerperaler Infektion mit günstigem Ausgange mit Methylenblausilber behandelt. In 9 von diesen Fällen handelte es sich um schwerere Erkrankungen, in denen die Erreger auch im Blute nachgewiesen wurden (Streptokokken oder Staphylokokken). Im allgemeinen wurden 0,2 g des Mittels in 20 ccm frisch sterilisierten Wassers gelöst und nach Filtration durch einen sterilen Wattebausch körperwarm in die Vene injiziert. Die Injektion wurde in Abständen von wenigstens 24 Stunden noch einmal, bei Bedarf noch ein weiteres Mal wiederholt. (In einem Teil der Fälle war ausser dem Methylenblausilber Sublimat und Natrium nucleinicum verabreicht worden.)

Morgenroth und Tugendreich (17) haben, durch die günstigen Resultate, die sie mit dem Optochin dem Pneumococcus gegenüber erzielten, veranlasst, andere Derivate der Chinaalkaloide auf ihre Wirksamkeit gegenüber den Streptokokken geprüft. Nach den bisherigen Versuchen scheinen sich in der Tat die höheren Glieder aus der Reihe der Chinaalkaloide, die in der Seitenkette steigende Anzahlen von Kohlenstoffatomen aufweisen, schon bei 5 Kohlenstoffatomen (Isoamylhydrokuprein) ein günstiges Resultat zu liefern, um bei 8 Kohlenstoffatomen ein Maximum zu erreichen (Isoktylhydrokuprein).

Die Wirkung dieser Oktylverbindung auf den Streptococcus kann sich zwar absolut nicht mit der des Optochins gegenüber dem Pneumococcus messen, übertrifft aber diejenige des Chinins um das 20fache. Der Desinfektionswert dieses Chinaalkaloids erfährt noch dadurch eine wesentliche Steigerung, dass die Verbindung in hohem Masse die Fähigkeit besitzt, in tierische Gewebe ohne dauernde Schädigung derselben einzudringen. Das in der Seitenkette 5 Kohlenstoffatome tragende Isoamylhydrokuprein ist auf seine örtliche Anwendbarkeit beim Menschen bereits geprüft: Ulzerationen des Karzinoms wurden günstig beeinflusst.

Schwyzer (24) empfiehlt bei der Pyämie die infizierten Venen zu unterbinden, zu eröffnen und zu drainieren.

B. Andere Erkrankungen im Wochenbett.

1. Bartholomew, R. A., Puerperal inversion of uterus; report of case. Michigan State Med. Soc. Journ. 15. Nr. 5. May. p. 219ff.
2. Beach, Die Behandlung von Ovarialzysten während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Brooklyn. Gyn. Ges. Jan. 7. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. June. p. 1111.
3. Beck, A. C., Exercise on all fours as a means of preventing subinvolution and retroversion. The Amer. Journ. of Obst. July. Nr. 1. p. 75.
4. Blodgett, St., Prophylaxe der puerperalen Konvulsionen. Med. Rec. March 20. 1915.
5. Broadhead, G. L.. Sarcoma ovarii als Komplikation des Wochenbettes. Med. Rec. April 8. p. 650.
6. *Esch, P., Über die Ätiologie der puerperalen Ischurie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 37.
7. *Huxley, F. M., Case of fatal rupture of bladder during puerperium. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. June-Aug. 1915. 27. p. 195.
8. Mazzini, E., Post partum ileus. Sem. med. Buenos-Aires. 23. Nr. 18. p. 491.
9. Mc Cartie, D. B., Ursachen und Behandlung der infektiösen Erkrankungen der Nieren; mit besonderer Berücksichtigung der puerperalen Nephritis. Med. Rec. Bd. 88. Nr. 24. 11. Dez. 1915. (Besondere Anschauungen über die Entstehung der Nierenschädigungen in der Gravidität.)
10. *Nilsson, Ada, Akute Pankreatitis im Wochenbett. Hygiea. 1915. p. 1046.
11. Taussig, Syphilitisches Fieber in der gynäkologischen und geburtshilflichen Praxis. Amer. gyn. Ges. Washington. May 9.—11. Amer. Journ. of Obst. July. p. 83.
12. Zeise, Otto, Tödliche urogene Infektion im Wochenbett. Diss. Berlin. April-Juni.

Beck (3) glaubt an einer kleinen Zahl von Wöchnerinnen, die er vom neunten Tage des Wochenbettes an Kriechbewegungen im Zimmer vornehmen liess, einen günstigen Einfluss einmal auf die spätere Lage des Uterus festgestellt zu haben. Von den 42 untersuchten Fällen hatten 13,3% nach 2 Monaten eine Retroversio aufzuweisen, während Beck früher diesen Befund bei 20—30% der Wöchnerinnen feststellen konnte. Einen noch offensichtigeren Nutzen hatten die Übungen auf die Involution, sowie die Abnahme des Blutes in den Lochien. Vielleicht komme die günstige Wirkung durch Anregung des Uterus zu Kontraktionen zustande. Die Kriechübungen wurden in der Art ausgeführt, dass, beginnend am 9. Tage des Wochenbettes, zunächst etwa 5—6 Meter zurückgelegt wurden, tagsdarauf die doppelte Strecke am Morgen sowie auch am Abend vor dem Anlegen und nach dem Ablegen des Tagkleides. Diese Methode wurde fortgesetzt über etwa 3 Wochen.

Esch (6) ist mit Hilfe klinischer Beobachtung sowie des Kystoskopes der Frage nach der Ursache der Ischurie im Wochenbett nachgegangen. Die von Zangenmeister angeschuldigte Abknickung und gelegentliche Torsion der Urethra, das von Ruge und Stöckel ätiologisch herangezogene Ödem des Blasenbodens lässt er ebenso als Hilfsmomente gelten, wie die ungewohnte Rückenlage. Die deutliche Herabsetzung des Gefühles für den Füllungszustand der Blase jedoch, die Verzögerung der ersten Miktion, sowie das fast regelmässige Verbleiben nicht unbeträchtlicher Residualharnmengen drängen ihn zu der Annahme, dass eine Schädigung des Reflexbogens mit im Spiele sein müsse, insbesondere des zentripetalen Teiles desselben. Diese den Sakralwurzeln entstammenden Teile des Bogens sind zweifellos gelegentlich einem Drucke zwischen Beckenwand und Kindskopf ausgesetzt.

Huxley (7) beobachtete eine im Wochenbett bei plötzlicher Bewegung während des Stillgeschäftes eingetretene Blasenruptur. Die Wöchnerin hatte 30 Stunden zuvor zuletzt die Blase entleert. Die Symptome bestanden in plötzlich über der Symphyse auftretenden heftigen Schmerzen, Kollaps, Erbrechen,

kleiner Puls, empfindlicher, aufgetriebener, nicht eigentlich gespannter Leib. Die Diagnose wurde erst durch die Sektion gestellt.

Nilsson (10) beobachtete einen Fall von akuter Pankreatitis im Wochenbett. Die Patientin erkrankte am 13. Tage des Wochenbettes mit ileusartigen Erscheinungen. Bei der Laparotomie findet sich nur blutige Flüssigkeit im Bauch in bedeutender Menge. Keine Fettnekrose. Die Sektion ergibt Pankreatitis.

IX.

Eklampsie. Placenta praevia.

Referent: Privatdozent Prof. Dr. M. Stickel, Berlin.

I. Eklampsie.

1. Albeck, Behandling af Ecklampsi und Udskrabing af Decidua. (Behandlung der Eklampsie und Ausschabung der Decidua.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1429—35. (O. Horn.)
2. Bilsted, To Tilfalde af Eklampsi i 6. u. 7. Maaned of Svanserskabet. (Zwei Fälle von Eklampsie im 6. und 7. Monat der Schwangerschaft.) Ugeskrift for Laeger. p. 1761 bis 76. Kopenhagen. (O. Horn.)
3. Brandt, Eklampsibehandling. (Eklampsiebehandlung.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1341—45. (O. Horn.)
4. Brown, W. M., Eclampsia and its treatment. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. York. Pa. Febr. 88. Nr. 2.
5. Brütt und Schumm, Untersuchungen an Eklamptischen. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. v. 16. Mai. (In 3 Fällen von Eklampsie bestand Hämatinämie und Hämatinurie. Im Gegensatz zu der primären Niereninsuffizienz war der Harnstoffgehalt im Liquor nicht erhöht.)
6. Buschmann, Unilateral impairment of the Kidney in the toxemia of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. and Gyn. 1915. Nr. 10.
7. Costa, N. P., Stroganoffs prophylaktische Methode der Eklampsie-Behandlung. Sem. Med. Buenos-Aires. Juni 24. 1915. 22. Nr. 25.
8. Cromstock, A., Case of eclampsia. New York Med. Journ. Febr. 5. 100. 3. Nr. 6.
9. Crouch, H. T., Puerperal eclampsia. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Febr. 15. Nr. 2.
10. Ebeler, F., Ein seltener Fall von Früheklampsie bei Tubargravidität. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 846. (Nach einer wegen Ruptur der schwangeren Tube an einer 23jährigen Erstgeschwängerten ausgeführten Exstirpation der graviden Tube durch Laparotomie trat Eklampsie ein; nach 13 Stunden kam es zum Exitus. Autopsie wurde verweigert.)
11. *Engelmann, Über weitere Erfahrungen mit der Therapie der mittleren Linie bei der Eklampsiebehandlung. Bericht über 118 Fälle. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 617.
12. *Essen-Möller, Aktive oder abwartende Eklampsiebehandlung? Monatsschr. f. Geb. 43. Heft 2. p. 150.
13. *Evans, D. J., Eclampsia. Canadian Med. Assoc. Journ. Torento. Febr. 6. Nr. 2.
14. Fabre et Fouillond-Buyat, Un cas d'eclampsie pendant la grossesse. Réunion obst. et gyn. de Lyon. Févr. 1914. Ann. de gyn. et d'obst. 12. Janv.-Févr. p. 49. (Fall von Schwangerschaftseklampsie im 7. Monat, der unter flüssiger Diät und Chloral

heilte. Etwa 4 Wochen später kam es zur Frühgeburt; die Plazenta enthielt zahlreiche Infarkte.)

15. Fergusson, Toxaemia of pregnancy. Indiana State Med. Assoc. Journ. Nr. 4. April 9.
16. Fischer, Zwei Obduktionsbefunde. Sitzg. d. geb.-gyn. Ges. Wien am 8. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Heft 12. p. 239. (Beschreibung eines Falles einer 29jährigen Patientin, die im 5. Schwangerschaftsmonat ad exitum kam unter den Erscheinungen einer Meningitis. Die Entbindung wurde durch vaginalen Kaiserschnitt bewirkt. Der Obduktionsbefund bestätigte die Diagnose eitrige Meningitis, doch fand sich für Eklampsie charakteristische Leberveränderung, so dass vielleicht eine Kombination beider Erkrankungen vorlag.)
17. *Forssner, Hj., Über Behandlung von Eklampsie. Allmänne Svenska Läkartidingen. Nr. 10.
18. Gary, W. E., The secretion of the mammary glands, its relationship to albuminuria and eclampsia. Mississippi Valley Med. Assoc. Oct. 10.—12. in Indianopolis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Nr. 22. p. 1623. (Bei Eklampsie empfiehlt Gary neben Entleerung des Uterus, Ableiten auf den Darm, Veratrinum viride usw., vor allem Lufteinblasung in die Mamma.)
19. Gessner, Die Ätiologie der Eklampsie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. p. 266. Richtigstellung zu R. Schröders gleichnamiger Arbeit in Nr. 25 dieser Wochenschrift. (Polemik gegen Schröder, der weitere Auseinandersetzung ablehnt.)
20. — Eklampsie und Urämie. Gyn. Rundsch. Jahrg. 10. Heft 19 u. 20 u. f. p. 302.
21. — Über die Leberveränderungen bei Eklampsie. Gyn. Rundsch. Heft 1 u. 2. p. 6ff.
22. Hauch, E., An Behandling en af Eklampsi. (Über die Behandlung der Eklampsie.) Ugeskrift for Laeger. p. 1151—59. Kopenhagen. (O. Horn.)
23. Hofmann, Hans, Beiträge zur diagnostischen Differenzierung der geweblichen Nierenstörungen in der Schwangerschaft durch Blutdruckmessung. Inaug.-Diss. Leipzig.
24. Holden, F. C., Eklampsia. Transact. of the Brooklyn Gyn. Soc. April 7. Ref. Amer. Journ. of Obst. Nr. 2. p. 312. (Bericht über 2 Fälle.)
25. Jardine, R., Case of eclampsia with triplets, two of children being united. Lancet. April 1. Nr. 4851.
26. Jogner, W. H., Puerperal Eclampsia. Report of four cases. Kentucky Med. Journ. Bowling Green. Dec. 1915. 50. 30. 4. Nr. 6.
27. Kampermann, G. und C. C. Benjamin, Puerperal eclampsia; its treatment by combining venesection with Stroganoffs narcosis. Report of cases. Michigan State Med. Soc. Journ. May 15. Nr. 5.
28. Knipe, N. L. und J. Donneley, Treatment of eclampsia mit Aussprache. Transact. of the Soc. of Philadelphia. March 2. Amer. Journ. of Obst. Nr. 1. July. p. 63 u. 117.
29. Latzko, Luftembolie bei Eklampsie. Geb.-gyn. Ges. Wien 14. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 303. (Tod durch Luftembolie bei einer Eklamptischen im Anschluss an Zangenversuch nach vaginalem Kaiserschnitt bei hohem synostotischen Becken.)
30. La Vake, R. T., Notes on the protection action of high carbohydrate diet and oxygen upon the liver cells in experimental chloroform poisoning, with possible application in preecclamptic toxemia. Amer. Journ. of Obst. Nr. 3. p. 401.
31. — Infection theory of preeclamptic toxaemia and eclampsia. Journ. Lancet-Minneapolis. Oct. 15. Jahrg. 34. Nr. 20.
32. Mac Clelland, W. C., Cesarean section in eclampsia. Med. Journ. of Austr. Sidney. Jahrg. 2. Nr. 13. p. 250.
33. *Mayer, Über die Beziehungen des Krieges zur Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
34. Meyer, Leopold, Eklampsibehandling. (Eklampsiebehandlung.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1339—41. (O. Horn.)
35. Miller, The relation of albuminuric retinitis to the toxemias of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. 1915. Nr. 8.
36. Moulden, R., Toxemia of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. and. Dis. of Wom. and Childr. Jan. p. 31. (Bei den Schwangerschaftstoxämien wird die Kotstauung im Kolon als ätiologischer Faktor zur Erklärung herangezogen.)
37. Rausch, Puerperale Uterusinversion. Eklampsietod im ersten Anfall. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2.
38. Reeves, E. A., Toxemia of pregnancy, report of two cases. Kansas Med. Soc. Journ. Nov. 15. Nr. 11.

39. *Rissmann, Neue Wege der Eklampsiebehandlung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 2. p. 447.
40. — Zur Eklampsiebehandlung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 377. (Bericht über 4 weitere mit Luminalnatrium mit gutem Erfolg behandelte Fälle, darunter 2 aus der nichtklinischen Praxis.)
41. *Rüder, Zwei Fälle von Eklampsie. Klassischer resp. vaginaler Kaiserschnitt. Ärztl. Verein Hamburg. 21. Dez. 1915. 4. März 1916. Zentralbl. f. Gyn. p. 178. Nr. 9.
42. *Ruge II, Carl, Über Leber- und Niereneklampsie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 4. p. 274.
43. *Ryser, Der Blutzuckergehalt während der Schwangerschaft, der Geburt, im Wochenbett und bei den Schwangerschaftstoxikosen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 118. 4. u. 5. Heft.
44. Scheult, R., Observations on the frequency of puerperal eclampsia in Trinidad, with an analysis of 22 consecutive cases at the colonial hospital, Port of Spain. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 27. Nr. 6—8. p. 173.
45. Schweizer, R., Eklampsie und Unfall. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 27. (Eine Frau mit Zwillingsschwangerschaft erlitt im eklamptischen Anfall durch Sturz eine Schädelbasisfraktur. Heilung der Eklampsie durch Stroganoff und Kaiserschnitt. Auch die Herdsymptome der Basisfraktur heilten nach längerer Zeit aus.)
46. *Seitz, Die Behandlung der Schwangerschaftstoxikosen. Therap. Monatsh. Jahrg. 30. Heft 4. p. 173.
47. *Warnekros, K., Kriegskost und Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
48. Westermark, Eklampsibehandling. (Eklampsiebehandlung.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1346—48. (O. Horn.)
49. Winston, J. W., Eclampsia, preventable disease. Med. Rec. New York. Bd. 90. Nr. 10. Sept. 2.
50. *Winter, Über die Prinzipien der Eklampsiebehandlung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 2. p. 366ff.
51. *— Stellung des praktischen Arztes zur Behandlung der Eklampsie. Sitzg. d. Vereins f. wiss. Heilkunde zu Königsberg am 8. Febr. 1915. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 42. Nr. 2. p. 58.
52. *Zangemeister, Die Eklampsie eine Hirndruckfolge. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. Heft 1. p. 124ff.
53. Zeidler, H., Beiträge zur Lebereklampsie. Inaug.-Diss. Berlin.
54. *Zinsser, A. †, Ist die Eklampsie eine Eiweisszerfallstoxikose. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. Heft 2. p. 454.

Forssner (17) glaubt, dass die abwartende (Stroganowsche) Methode die Hauptmethode wird, wenn auch nicht die allein herrschende; dass besonders eine laute Menge von den Schwangerschaftseklampsien in der Zukunft mit günstigeren Resultaten behandelt wird, seitdem eine einfache und sehr ungefährliche Operation den Patientinnen die ganze Geburtsarbeit erspart hat und sozusagen sie direkt aus der Schwangerschaft in das Wochenbett überführt hat. Wie oft und in welchen Fällen es am besten ist, die beiden Methoden zu kombinieren, ist nicht zu entscheiden, ehe man eine vollständigere Kenntnis von der Leistung der abwartenden Methode erhält. (Silas Lindqvist.)

Winter (50, 51) erscheint durch klinische und biologische Beobachtung am besten gestützt die Anschauung, dass die Eklampsie beruht auf einer Vergiftung der Schwangeren durch ihr Schwangerschaftsprodukt, die Frucht bzw. ihre Anhänge. Diese frühzeitig zu entfernen, die Giftquelle so auszuschalten, ist demnach die erfolgversprechendste Behandlungsart. Aber auch die schon im Körper kreissenden Gifte müssen unschädlich gemacht oder entfernt werden, der Körper muss also entgiftet werden, z. B. durch Aderlass, Anregung der Diurese usw. Dazu käme noch die rein symptomatische Behandlung; Herabsetzung der Reflexerregbarkeit, Anregung des Herzens usw. Man unterscheidet demnach: 1. Die aktive Therapie, die sofort Frucht und Hülle entfernen will. 2. Die konservative Therapie, die entgiftend wirken will und dabei den Geburts-

verlauf sich selbst überlässt. Dazwischen steht noch, von den beiden andern nicht immer scharf zu trennen, als 3. die sog. Therapie der „mittleren Linie". Die beiden erstgenannten Methoden sind eigentlich schon seit 50 Jahren und länger im Gebrauch, die zweite von Stroganoff nur konsequent wieder zur Anwendung empfohlen. Der Gradmesser für den Wert einer Therapie ist einzig und allein die Mortalität, nicht das Aufhören der Anfälle. Die aktive Behandlung setzte ein in ihrem ersten Stadium Mitte der 80er Jahre: neben Aderlass, Narkose und Exzitantien wurde entbunden, sobald der Muttermund erweitert war. Nach mehreren Statistiken betrug die Mortalität ca. 18% gegen 22—52,2% der früheren Zeit. In einem späteren Zeitraum, dem 2. Stadium, wurde schon in der Eröffnungsperiode entbunden mit Metreuryse, Bossi oder tiefen Inzisionen. Die Mortalität stieg auf 25% am Material Winters. Im einzelnen war die Mortalität 17% bei Metreuryse, etwa 13% bei Wendung, um 20% bei Bossi, etwa 22% nach tiefen Inzisionen. Im 3. Stadium wurde schon entbunden bei völlig geschlossenem Muttermund entweder durch abdominalen oder vaginalen Kaiserschnitt. Die erstere Operationen ergab Sarvey 13% Mortalität, doch kann sie wohl noch geringer sein nach einer Sammelstatistik von Reuben-Peterson. Die mit dem vaginalen Kaiserschnitt erzielten im allgemeinen recht günstigen Resultate sind an den einzelnen Kliniken sehr verschieden in bezug auf die Mortalität. Unbedingt beweisen sie jedoch den Wert der Frühentbindung. Die Mortalität stieg von 0,0% bei Entbindung 1 Stunde nach dem ersten Anfall bis auf 30% bei über 24 Stunden nach dem ersten Anfall entbundenen Frauen. Zu beachten ist dabei, dass Winter im ersten Anfall nicht den Anfang der Erkrankung zu erblicken vermag, sondern schon einen Höhepunkt. Der Anfall tritt ein, sobald das im Körper unter Umständen in grosser Menge schon länger Zeit kreissende Gift nicht mehr paralysiert werden kann. Auch ist die Schädlichkeit der Wehen zu berücksichtigen, die offenbar das Eindringen toxischer Stoffe in den Körper der Frau begünstigen, wie Winter statistisch nachweist. Die Wehentätigkeit muss daher möglichst abgekürzt werden bei jeder Behandlungsart. Die möglichst frühzeitige Entleerung des Uterus ist demnach sicher ein wirksames Mittel zur Heilung der Eklampsie, doch ausserhalb der Klinik nicht rasch genug anwendbar. Noch besser würden die Resultate sein, wenn objektiv die Frühsymptome der Eklampsie früher erkannt werden könnten.

Die konservative Therapie, die jetzt sog. Stroganoffsche Methode, ergab nach Stroganoff selbst 7%, nach Zweifel 5,9%, nach Winter selbst 10,3 bzw. 8,3% Mortalität. Sog. „interkurrente" Heilungen sah Winter in 17 von 29 Fällen, ein nicht gering einzuschätzender Erfolg. Insgesamt schätzt Winter die Leistungsfähigkeit der Stroganoff-Zweifelschen Therapie auf ca. 8%, im günstigsten Fall auf 6% Mortalität; ihre Wirksamkeit bei Frühfällen ist noch nicht erprobt.

Die Therapie der mittleren Linie nach Engelmann hat zweifellos die kindliche Mortalität verringert, da er im Interesse des Kindes entbindet, sobald es ohne Gefahr für die Mutter möglich ist.

Den Aderlass hält Winter für ein wichtiges Moment in der konservativen Behandlung der Eklampsie. Reine Schwangerschaftseklampsien sind nicht sehr häufig und prognostisch günstiger, reine Wochenbettseklampsien etwa prognostisch gleich zu bewerten wie die Geburtseklampsien. Die Auffassung Lichtensteins, die Wochenbettseklampsien den Frühentbundenen gleichzusetzen, lehnt Winter unter eingehender Begründung ab.

Die kindliche Mortalität war in früheren Zeiten bei aktiver und konservativer Methode ungefähr gleich, nämlich 35—40%. Am geringsten wurde sie in späterer Zeit bei Sarveys abdominalen Kaiserschnitten: 5%. Die Kindersterblichkeit der Stroganoffschen Methode, die er selbst auf 22%, Lichtenstein auf 21% angibt, ist zweifellos der schwache Punkt seines Verfahrens.

Engelmann konnte sie auf 10% herabdrücken durch sein Verfahren der „mittleren Linie".

Was nun die Therapie im einzelnen anbetrifft, so hält Winter bei der reinen Schwangerschaftseklampsie im Hinblick auf die relative gute Prognose für die Mutter und die Hoffnung auf die Erhaltung des kindlichen Lebens die prinzipielle Entleerung des Uterus nicht für gerechtfertigt. Aderlass und Stroganoffsche Methode werden genügen; schliesst sich gleichwohl die Geburt an, so ist zu verfahren wie bei den Geburtseklampsien. Die Behandlung dieser richtet sich nach dem Stande der Geburt. Es soll: bei erweitertem Muttermund stets sofort entbunden werden, wenn sich der Muttermund schnell durch Inzisionen erweitern lässt; bei geschlossener oder eben sich erweiternder Cervix der Kaiserschnitt gemacht werden, wenn nicht mehr als höchstens 2—4 Stunden nach dem Ausbruch der Eklampsie verflossen sind.

Alle anderen Fälle von Geburtseklampsie, sowie die nach den angegebenen Grundsätzen entbundenen Fälle, bei denen die Anfälle anhalten, sind nach Zweifel-Stroganoff zu behandeln. Ebenso sind nach Zweifel-Stroganoff die reinen Wochenbettseklampsien zu behandeln. Es darf in der Behandlung der Eklampsie nicht mehr heissen: Frühentbindung oder Stroganoff, sondern Frühentbindung und Stroganoff.

Zangemeister (52) knüpft an die Traube-Rosensteinsche Lehre über das Wesen der Eklampsie an und ist der Ansicht, dass sie zutreffend sei in bezug auf die hydropische Konstitution und auf das Hirnödem. Eine Hydroplasmie hat Zangemeister selbst schon früher bei Schwangeren nachgewiesen; das bei den Sektionen Eklamptischer oft vermisste Hirnödem konnte er bei einer Reihe von Eklamptischen durch Trepanation nachweisen. Alle eklamptischen Erscheinungen lassen sich auf Hirndrucksteigerung zurückführen. Was die Vergiftungstheorie der Eklampsie anbelangt, so ist für eine Reihe von Vergiftungsmöglichkeiten schon nachgewiesen, dass sie nicht in Betracht kommen. Wenn Zangemeister auch die Möglichkeit zugibt, dass primär gewisse biochemische Schädlichkeiten ätiologisch für die Eklampsieentstehung in Frage kommen können, so hält er es zur Zeit nicht für berechtigt, die Gifttheorie der Eklampsie als längst bewiesen hinzustellen. Lässt man die Frage ganz ausser Betracht, ob die Eklampsie primär auf eine Intoxikation zurückzuführen ist oder nicht, so liegt es nahe, nachdem eine auf Hirnödem beruhende Hirndrucksteigerung bei Eklamptischen nachgewiesen ist, diesen Zustand in Beziehung zu bringen mit der Neigung Schwangerer zu Ödembildung in anderen Körpergebieten, dem Hydrops gravidarum, einer Vorkrankheit der Eklampsie, sowie auch mit der Nephropathie der Schwangeren. Die Wirkung der Drucksteigerung im Gehirn, die einen sehr verschiedenen Symptomenkomplex auslösen kann, je nachdem, ob es sich um lokale oder allgemeine, allmähliche oder plötzliche, lang- oder kurzdauernde Steigerung handelt, beruht auf der mangelhaften Durchblutung des Gehirns; auch das mechanische Moment des Stosses kommt in Betracht. Ferner ist die Wirkung abhängig von dem im einzelnen Fall herrschenden Blutdruck. Auch allgemeine Drucksteigerung im Gehirn löst besondere Herdsymptome, besonders auch Krämpfe aus; aber auch der Wiedereintritt normaler Ernährungsvorgänge im Gehirn nach vorheriger Störung vermag Krämpfe hervorzurufen. Am empfindlichsten gegen Reize aller Art ist die Hirnrinde. Alle Erscheinungen des Hirndrucks findet man auch bei Eklampsie: Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Amblyopie, Amaurose, Schwerhörigkeit, Schwankungen der Weite der Pupillen, bisweilen beginnende Stauungspapille, Steigerung der axillaren gegenüber der analen Temperatur und die motorische Unruhe. Der fast stets gesteigerte Blutdruck bei Eklampsie steigt schon vor den (also nicht infolge der) Anfällen enorm infolge der Vasomotorenerregung, die gleichzeitig eine Verringerung der Durchblutung anderer Gebiete, z. B. der Niere, herbeiführt.

Es besteht bei Eklampsie Druckpuls, doch fehlt oft die Pulsverlangsamung, bzw. sie wird nur verdeckt; denn nach druckentlastender Trepanation stieg sofort die Pulsfrequenz. Auch die eklamptischen Krämpfe beruhen auf Hirndrucksteigerung. Zangemeister hält nicht eine Hirnanämie, sondern den „postanämischen Reiz" im Sinne S. Mayers für die unmittelbare Ursache der von der Hirnrinde ausgehenden Krämpfe der Eklamptischen. Nach Pflugbeil setzen nämlich die Krämpfe ein im Verlauf von plötzlichen starken Blutdrucksteigerungen; diese verursachen das als Krampfreiz wirkende plötzliche arterielle Blutzuströmen in das Gehirn, in dem schon Drucksteigerung besteht. 300 mm Hg ist der Druckwert vor den eklamptischen Anfällen gegenüber Höchstwerten von 240 mm Hg. bei normaler Geburt nach Krönig. Zangemeister neigt dazu, derartige „Blutdruckstösse" nicht als chemischen, sondern eher als mechanischen Reiz ähnlich einem Kommotionsinsult aufzufassen. (Amnesie, posteklamptische Psychose!) Demnach ist auch das Aufhören der Anfälle nicht immer ein günstiges Zeichen, insofern als der Hirndruck schon sein Maximum erreicht haben kann, ohne dass es noch zu Krämpfen kommt. Die so schädlichen akuten Blutdrucksteigerungen sind abhängig von der Kraft und der Häufigkeit der Wehen und der Erregbarkeit des Vasomotorenzentrums. Darum kommt die Eklampsie auch häufiger unter der Geburt zum Ausbruch. Auch das Verhalten der Schwangerschafts- und Wochenbettseklampsie vermag Zangemeister mit seiner Auffassung in Einklang zu bringen. Auch die Leberhämorrhagien sind nach Zangemeister ebenso wie die Hirnhämorrhagien eine Folge der Blutdruckattacken. Die Erfahrungen der Therapie, die günstige Wirkung der Uterusentleerung, des grossen Aderlasses, der Narkotika, der Fernhaltung äusserer Reize lassen sich völlig mit Zangemeisters Auffassung in Einklang bringen.

Durch Stauung am Hals werden die Blutdruckschwankungen im Gehirn geringer und weniger jäh. So sah Zangemeister in 2 Fällen von Eklampsie eine günstige Wirkung der Halsstauung und empfiehlt Nachprüfung. Zangemeister hat so die Symptome der Eklampsie und den Erfolg therapeutischen Handelns mit seiner Theorie, dass sie eine Hirndruckfolge ist, in Übereinstimmung gebracht. Er verwahrt sich schliesslich gegen die Behauptung, dass er die Trepanation allgemein als Behandlungsmethode empfohlen habe und weist hin auf das neue Feld, das sich für die Behandlung der Eklampsie, besonders aber für ihre Prophylaxe aus seiner Auffassung von ihrem Wesen ergibt.

Zinsser (54) gibt einleitend eine geschichtliche Übersicht über die Entwicklung des Eklampsieproblems. Fussend auf den Befunden der pathologischen Anatomen Schmorl, Lubarsch und Pels-Leusden erblickt Veit in dem im Überschuss gebildeten Syncytiolysin, Weichardt im Syncytiotoxin die Ursache der Eklampsie. Damit wurde zuerst die Eklampsie zur Immunitätslehre in Beziehung gebracht. Weiterhin werden die zahlreichen Arbeiten gewürdigt, die sich mit der Frage beschäftigen, ob die Eklampsie als anaphylaktische Erscheinung aufgefasst werden kann. Die Ergebnisse, die sich auf das Tierexperiment stützten, lassen diese Frage eher verneinen, bedürfen zum mindesten noch der Nachprüfung. Auch die Abderhaldensche Reaktion hat keine Entscheidung herbeigeführt. Zinsser hat selbst versucht, den Widerspruch von Esch und R. Franz in bezug auf den H. Pfeifferschen Versuch aufzuklären. Seine Versuche erstreckten sich auf die Urine gesunder Nichtschwangerer, Schwangerer, Kreissender und Wöchnerinnen, sowie Eklamptischer und führten ihn zu folgenden Ergebnissen (gekürzt): Meerschweinchen, denen in die Bauchhöhle Urin eingeführt wird, der von Meerschweinchen stammt, die sich im protrahierten anaphylaktischen Schock befanden, erkranken unter Symptomen des anaphylaktischen Schocks, zeigen insbesondere einen mehrere Grade betragenden Temperatursturz (H. Pfeiffer). Der Urin nichtschwangerer Frauen, in die Bauchhöhle gebracht, bewirkt beim Meerschweinchen meist längere Temperatursteigerung, selten geringe Senkung.

In gleicher Weise eingebracht, bewirkt der Urin Schwangerer, Kreissender und besonders von Wöchnerinnen häufiger eine Temperatursenkung als der Urin von Nichtschwangeren; doch ist diese Erscheinung nicht im Sinne des Pfeifferschen Versuchs zu deuten, da die sonstigen Zeichen des anaphylaktischen Schocks fehlen. Auch die nach intravenöser Injektion des Urins Eklamptischer auftretenden Temperatursenkungen sind keineswegs charakteristisch; das Tier wird nicht getötet.

Die biologische Auswertung des Harns im Sinne des H. Pfeifferschen Anaphylaxieversuchs hat somit keine Anhaltspunkte für das regelmässige Bestehen eines parenteralen Eiweisszerfalles bei gesunden Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen ergeben. Die biologische Auswertung des Harns Eklamptischer hat ebenfalls zu negativen Resultaten geführt, die uns nicht berechtigen, die Eklampsie im Sinne einer Eiweisszerfallstoxikose zu deuten.

Essen-Möller (12) hat als Anhänger der aktiven Therapie der Eklampsie, die die Mortalität von 20—25% auf 10—15% sinken liess, sich die Frage vorgelegt, ob auch heute noch dieser Behandlungsart in Form der Schnellentbindung bedingungslos der Vorzug gebührt, seitdem Stroganoff und Zweifel durch ihre abwartende Methode die Sterblichkeit auf 5—8% herabdrücken konnten. Er geht davon aus, dass als sicher in der Eklampsiefrage eigentlich nur gelten kann, dass diese Erkrankung gebunden ist an das Vorhandensein eines befruchteten Eies, eine Tatsache, die zunächst für die aktive Therapie in die Wagschale fällt. Allen Eklampsiestatistiken gegenüber hält er eine gewisse Skepsis für angebracht. In Übereinstimmung mit Bar prägt er die Bezeichnung Eklampsismus. Eine Frau kann schon lange vor dem Ausbruch eklamptischer Anfälle an Eklampsismus leiden; ja sie kann sogar daran leiden, ohne jemals Eklampsie zu bekommen. Damit entfällt jede Grundlage, die Wochenbettseklampsien, wie es Lichtenstein getan hat, den Frühestentbundenen zuzurechnen.

Essen-Möller konnte jedenfalls in seinen sämtlichen Fällen von Wochenbettseklampsie den Eklampsismus schon vor der Entbindung nachweisen. Da die Eklampsie nun sicher ausgeht vom befruchteten Ei, es also logisch ist, dieses zu entfernen, so hält es Essen-Möller für richtig, nicht erst nach Ausbruch der Eklampsie, sondern schon dann zu entbinden, wenn die Symptome des Eklampsismus klinisch-interner Behandlung trotzen. 28 Fälle hat er in den letzten 3 Jahren nach diesen Grundsätzen behandelt. Alle 28 Mütter blieben am Leben; 3 wurden mit Nephritis entlassen, woran eine im folgenden Jahr starb. Die kindliche Mortalität betrug 25% (bei Lichtenstein 37,3%). Von 18 lebensfähigen Kindern wurde nur eins tot geboren (= 5,3% gegen 21,3% bei Lichtenstein). Die Häufigkeit der Retinitis albuminurica erfordert dringend die Augenuntersuchung. Was die Technik anbetrifft, so kam es zu Spontangeburt in 19 Fällen, davon 15mal nach Blasenstich; 3mal wurde durch Zange entbunden, davon einmal nach Blasenstich. Fünfmal wurde vaginaler Kaiserschnitt ausgeführt. Besonders bei noch nicht ausgebrochener Eklampsie erfüllt der Blasenstich die Forderung einer schnellen, schonenden und dem natürlichen Vorgang möglichst ähnlichen Entbindung nach Essen-Möller um so mehr, als Narkose dabei entbehrt werden kann. Bei schon ausgebrochener Eklampsie gibt Essen-Möller dem vaginalen Kaiserschnitt den Vorzug.

In einer Abhandlung über die Behandlung der Schwangerschaftstoxikosen geht Seitz (46) auch auf die Therapie der Eklampsie ein. Er erörtert die Vor- und Nachteile der Früh- und Schnellentbindung unter Heranziehung der Statistiken und beschreibt dann das konservative, nach Stroganoff benannte Verfahren im Zusammenhang mit der Zweifelschen Aderlasstherapie eingehend. Günstig wirkt auch, wie überhaupt bei den Schwangerschaftstoxikosen, die besonders von Engelmann empfohlene Injektion von Ringerlösung. Da aktive

und konservative Therapie einander in ihren Erfolgen zur Zeit noch annähernd die Wage halten, ist man zum sog. Verfahren der mittleren Linie gekommen (Engelmann), das nach Anwendung der Stroganoffschen Vorschrift zu entbinden fordert, sobald es ohne grösseren Eingriff für die Mutter möglich ist. Die kindliche Mortalität wird dadurch gegenüber dem Stroganoffschen Verfahren verringert.

Engelmann (11) beschreibt die wesentlichen Punkte seines Verfahrens der mittleren Linie in der Behandlung der Eklampsie. Die Behandlung besteht in Isolierung der Patientin, Fernhaltung aller äusseren Reize, Ausführung aller Eingriffe unter Chloroformwirkung, sofortige reichliche Blutentziehung mit nachfolgender Infusion von Ringerlösung, regelmässigen Chloral-(in letzter Zeit Dormiol-)klysmen, grundsätzliche Einleitung und Beschleunigung der Geburt durch Blasensprengung oder Metreuryse, künstliche Entbindung, sobald es ohne Gefahr möglich ist. Die mütterliche Mortalität konnte Engelmann so von 22—32% in der Zeit seiner aktiven Therapie herabdrücken auf 4—5%, im Gesamtdurchschnitt auf 6,7%. Die kindliche Mortalität betrug bei der Therapie der mittleren Linie sogar nur 9,6% gegenüber 21% bei der rein konservativen Therapie (Lichtenstein).

Rissmann (39) hält das Morphium in der Behandlung der Eklampsie für ein ganz ungeeignetes Mittel, weil es früher die Medulla oblongata und das Atemzentrum schädigt, als es die Erregbarkeit des Grosshirns herabsetzt und eher die Schmerzempfindung im Gehirn vermindert, als es die motorischen Zentren lähmt. Auch für das Kind ist es nicht ungefährlich.

Chloralhydrat ist wiederum ein starkes Gift für Herz und Nieren, also aus diesem Grund auch wenig geeignet für die Eklampsiebehandlung. Für leichtere Fälle von Eklampsie gab Rissmann Luminalnatrium in Mengen von 0,4 pro dosi subkutan allein, bei schweren Fällen kombiniert mit Magnesiumsulfat in Form von Tropfklistieren oder von Injektionen. Kochsalzinfusionen sind schädlich, Aderlass unter Umständen von guter Wirkung. 6 Fälle wurden so zur Heilung gebracht. Bei Geburtseklampsien empfiehlt Rissmann dazu die möglichst schnelle Entbindung.

An der Hand zweier Fälle von Eklampsie, die durch abdominalen bzw. vaginalen Kaiserschnitt zur Heilung gebracht wurden, bespricht Rüder (41) die von ihm geübte Methode der Eklampsietherapie. Zunächst wird in allen Fällen nach Stroganoff verfahren. Erscheint der Fall sehr schwer, so wird die Schnellentbindung angeschlossen, in weniger schweren Fällen die Metreuryse ausgeführt; ausgiebiger Aderlass wird nach der Entbindung vorgenommen.

Ryser (43) hat den Blutzuckergehalt an Frauen der Berner Frauenklinik bestimmt und einen Durchschnittswert von 0,080% gefunden. Kohlehydratreiche Nahrung steigert ihn ohne Überschreitung der normalen Werte. Unter der Geburt, besonders während der Austreibungsperiode, besteht häufig eine Geburtshyperglykämie; im Wochenbett sinkt der Wert auf die Norm. Bei Eklampsie ist der Blutzuckergehalt stark gesteigert, wohl nicht nur infolge unbekannter toxischer Einflüsse, sondern auch infolge der Krämpfe zusammen mit der Geburtsarbeit. Ryser sieht die in der Schwangerschaft nicht seltene Nierenschädigung, die Schwangerschaftsglykosurie als die Ursache der Leberschädigung an.

Evans (13) fand die Gefahrgrenze in 38 Fällen von Schwangerschaftstoxämien bei einem Blutdruck von 160 mm. Nicht selten fand er bei schweren Allgemeinerscheinungen noch fast normalen Blutdruck. Führte in den späteren Monaten entsprechende (Milch) Diät, Bettruhe, Regelung des Stuhlganges, heisse Bäder nicht zum Ziel, stieg der Blutdruck sogar, so empfiehlt er die Entbindung einzuleiten. Aderlass, Schwitzenlassen, Abführen, reichliche Flüssigkeitszufuhr, sowie Morphium- und Chloralgaben bilden die weitere Behandlung. Ein all-

gemeines operatives Vorgehen hält er nur für berechtigt gegen Ende der Geburt zur Rettung des kindlichen Lebens.

Carl Ruge II (42) hat das reichhaltige Eklampsiematerial der Bummschen Klinik, soweit es zur Obduktion kam, nach dem histologischen Befund in Gruppen gebracht und diese wiederum mit den klinischen Erscheinungen, die das Krankheitsbild beherrschten, in Beziehung gesetzt. Dabei ergibt sich, dass, abgesehen von einer Reihe von Mischfällen und von ausgesprochen leichten Fällen, die einer interkurrenten Erkrankung erlagen, doch 2 Gruppen sich bilden lassen, die man als Nieren-, bzw. als Lebereklampsien bezeichnen kann, von denen die letztere klinisch meist ein besonders schweres Krankheitsbild geben. Wieweit diese Einteilung auch auf Grund rein klinischer Beobachtungen an geheilten, nicht ad exitum gekommenen Fällen sich wird durchführen lassen, müssen nach Ruge erst weitere Untersuchungen lehren.

Mayer (33) konnte an dem Material der Tübinger Frauenklinik ein Absinken der Zahl der Eklampsiefälle von 8 auf 1000 vor dem Kriege auf 1 und noch weniger auf 1000 während des Krieges feststellen. Nicht in der veränderten Ernährung sieht Mayer die Ursache dieser auffallenden Erscheinung, da die Nephritis eher häufiger geworden ist. Er stellt die Hypothese auf, dass die während des Krieges seltenere Imprägnierung der Frauen mit Sperma das Zurückgehen der Eklampsie verursachen könne.

Warnekros (47) konnte in Übereinstimmung mit Mayer während des Krieges eine sehr erhebliche Verminderung der Eklampsiefälle feststellen und zwar an dem Material der 5 grössten Berliner Entbindungsanstalten. Doch führt Warnekros diese Tatsache mit Ruge im Gegensatz zu Mayer nicht auf verminderte Spermaimprägnation der Frauen zurück, sondern auf den herabgesetzten Eiweiss- und Fettgehalt der Nahrung. Er schlägt vor, den Schwangeren überhaupt vom 6. Monat ab vorwiegend pflanzliche Nahrung zu geben.

II. Placenta praevia.

1. Benson, J., Beitrag zur Kasuistik der Placenta praevia. Inaug.-Diss. Würzburg.
2. Callmann, Kaiserschnitt bei zentraler Placenta praevia und toter Frucht. Ärztl. Verein Hamburg. 21. Dez. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 4. März.
3. Fournier, De l'emploi de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse dans le placenta praevia, la délivrance a terme et la rétention placentaire postabortive. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Mars 1914. Ann. de gyn. et d'obst. Jahrg. 42. Mai-Juin. p. 179. (In einem Fall von tiefem Sitz der Plazenta wurde nach einer Pituitringabe das Kind rasch ausgestossen.)
4. Galloagher, P. u. H., Placenta praevia treated with pituituary Extract. Report of cases. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. April 22. Nr. 4.
5. *Hannes, W., Die Behandlung der Placenta praevia durch den praktischen Arzt. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jahrg. 13. Nr. 10.
6. Hellier, On a case of placenta praevia with thretened puerperal eclampsia treated by caesarean section. Lancet. Aug. 7. 1915. Bd. 189. p. 275.
7. *Krönig, Über Kaiserschnitt bei Placenta praevia. Vortrag in der Freiburger med. Ges. am 30. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1178.
8. *Momm, Kaiserschnitt bei Placenta praevia in der klinischen Geburtshilfe. Münch. med. Wochenschr. Nr. 25.
9. *Nagel, W., Über Placenta praevia und ihre Behandlung. Therap. d. Gegenw. Jahrg. 57. Heft 10.
10. Reiter, K., Die Ergebnisse des Kaiserschnittes bei Placenta praevia an der Univ.-Frauenklinik Giessen. Inaug.-Diss. Giessen 1915.
11. Tresidder, A. G., Placenta praevia and caesarean section. Lancet, London. Oct. 21. Nr. 4860.

Momm (8) gibt eine kurzumrissene Zusammenfassung der neueren Untersuchungen der letzten Jahre, die vor allem auf den Forschungsergebnissen von Aschoff und Pankow sich aufbauen, soweit sie für die Therapie wichtig sind. Die hohe Mortalität bei den ausserhalb der Klinik behandelten Fällen, in denen Behandlungsmethoden Platz greifen müssen, die die Dehnung des Isthmus nicht umgehen, wird sich kaum vermeiden lassen. Deshalb gehören die Patientinnen mit Placenta praevia in die Klinik. Auf Grund eingehender Vergleichung der Ergebnisse der Krönigschen Klinik mit denen anderer Kliniken gelangt Momm zu folgenden Schlusssätzen, von denen nur das wesentlichste in folgendem (gekürzt) angeführt sei: Wer in klinischer Geburtshilfe Mutter und Kind zu retten trachtet, muss die kombinierte Wendung ebenso verwerfen wie die Metreuryse, die beide für die Mutter ungenügende, für das Kind schlechte Resultate ergeben. Die anatomischen Untersuchungen Aschoffs sind von zahlreichen Nachuntersuchungen bestätigt worden, können also als allgemeingültig angesprochen werden. Sie haben die relative kontraktile Insuffizienz der gedehnten Isthmuswand bei Placenta praevia isthmica ergeben und lassen alle Operationen, die den Isthmus dehnen, als unzweckmässig erscheinen: kombinierte Wendung, Metreuryse und vaginaler, sowie cervikaler Kaiserschnitt. Am besten entspricht allen Anforderungen der korporeale Kaiserschnitt. Er ist die blutsparendste Methode. Die Blutungsgefahr ist am grössten bei der Wendung und Metreuryse nach Geburt des Kindes. Auch der vaginale Kaiserschnitt hat wiederholt zu Verblutungstod geführt (Döderlein, Bumm, Kroenig) infolge der erwähnten anatomischen Verhältnisse der Isthmuswand. Der korporeale Kaiserschnitt ergab in 61 Fällen 61 lebende Kinder; nachteilig ist er bei infiziertem Geburtsschlauch. Die Ursache der Infektion ist meist die Tamponade, die sich in der Mehrzahl der Fälle umgehen lässt, da die erste Blutung oft nicht bedrohlich ist. Im Interesse der Ärzte, der Mütter und des Kindes bedarf die Patientin mit Placenta praevia klinischer Behandlung. Bei schon kleinhandtellergrossem Muttermund ist der korporeale Kaiserschnitt nicht mehr berechtigt, hier kommt Blasensprung oder Wendung in Frage. Die Gefahr der Hernienbildung lässt sich durch Pfannenstielsche Schnittführung vermeiden. Ob man bei ausgebluteten und infizierten Fällen von Placenta praevia isthmica vaginalen, zervikal-transperitonealen oder subperitonealen Kaiserschnitt ausführen soll, ist zur Zeit noch unentschieden.

Krönig (7) gibt in seinem Vortrag eine Darstellung seiner Auffassung vom Wesen der Placenta praevia, insbesondere der isthmica und der daraus sich ergebenden in seiner Klinik geübten Behandlungsmethoden, die eingehender mitgeteilt sind in der oben referierten Arbeit von Momm aus der Krönigschen Klinik.

Nagel (9) empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen nach eingehender Würdigung des abdominalen Kaiserschnittes, der Metreuryse und der Scheidentamponade in der Behandlung der Placenta praevia für den praktischen Arzt die Wendung nach Braxton Hicks, die besonders für die Mutter auch unter ungünstigen äusseren Verhältnissen gute Ergebnisse liefert. Kasuistische Mitteilungen über 50 Fälle beschliessen die Arbeit.

Hannes (5) empfiehlt für den praktischen Arzt bei Placenta praevia lateralis die Blasensprengung: führt diese nicht zum Ziel oder handelt es sich um Placenta praevia totalis, so kommt erst bei für 2 Finger durchgängigem Muttermund die Wendung nach Braxton Hicks in Betracht. Wegen ihrer hohen Mutter- und noch höheren Kindersterblichkeit ist ihr die intrauterine Ballonbehandlung vorzuziehen. Die Breslauer Klinik lässt nach stumpfer Durchbohrung der Plazenta schon durch den für 1 Finger durchgängigen Muttermund einen Braunschen Ballon in die Eihöhle einlegen, ihn mit 500—600 g sterilen Wasser füllen und einen leichten Zug von 600—800 g anlegen. Nach Ausstossung des Ballons

soll die Geburt operativ beendet werden, falls sie nicht spontan erfolgt. Doppelt so viel lebende Kinder wurden so geboren als nach der Wendung nach Braxton Hicks, auch die Müttersterblichkeit war geringer. Für den praktischen Arzt gibt die Ballonbehandlung jedenfalls für Mutter und für Kind recht gute Resultate, wenn auch die Ergebnisse mit der Entbindung durch Kaiserschnitt in der Klinik naturgemäss noch weiter sich verbessern lassen.

X.

Kindliche Störungen.

Referent: Prof. Dr. Walther Hannes, Breslau.

A. Missbildungen.

1. Josephson, C. D., Entbindung bei Riesenkind. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. (Silas Lindqvist.)
2. Neumann, Geburtshindernis infolge von fötalem Aszites. Arch. f. Gyn. 105. 2.
3. Rosenthal, R., Über einen Fall von Dicephalus dibrachius monauchenos tetrophthalmus diötus mit bemerkenswerten inneren Missbildungen. Inaug.-Diss. München.
4. Sussmayr, W., Über einen Hydrocephalus mit besonders schwerer Missbildung der oberen Extremitäten. Inaug.-Diss. München.

B. Multiple Schwangerschaft.

1. Hauch, Ect Tilfalde af Trilling fódsel. (Ein Fall von Drillingsgeburt.) Ges. f. Gyn. u. Obst. Kopenhagen. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 1338. (O. Horn.)
2. Meyer, Hans, Zur Biologie der Zwillinge. Inaug.-Diss. Berlin.
3. Platau, Lilli, Drillinge. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur; med. Sekt. 11. Febr. (14 Wochen alte Kinder, zwei Knaben, ein Mädchen, die reif zur Welt kamen, zweieiig.)
4. Nordentoft, To Röntgenbilleder af en Tvilling graviditet. (Zwei Röntgenbilder einer Zwillingsgravidität.) Jütländ. Med. Ges. Ref. Ugeskrift for Laeger. p. 673. Kopenhagen. (O. Horn.)
5. Scott, E. und Jonathan Forman, Zwillingsschwangerschaft in einem Horn eines Uterus bicornis mit Retention der beiden Fötus während 20 Jahre. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. 3.
6. Tauber, Hans, Über 100 Fälle von Zwillingsschwangerschaft und -geburten. Inaug.-Diss. Jena.
7. Tofte, To Tilfalde af Kollision mellem Tvillinger. (Zwei Fälle von Kollision zwischen Zwillingen.) Ugeskrift for Laeger. p. 995—98. Kopenhagen. (O. Horn.)
8. Vogt, Die arteriellen Gefässverbindungen eineiiger Zwillinge im Röntgenbilde. Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 24.
9. *Walther, Zur Pathologie der Zwillingsschwangerschaft. Repert.-Verlag Leipzig.

Walther (9) weist erneut darauf hin, dass die Gefahren der Zwillingsschwangerschaften gelegentlich unterschätzt werden, obwohl diese doch durch die häufiger notwendig werdenden Operationen, die grösseren Blutverluste, die ver-

mehrte Neigung zu Eklampsie ungünstiger sind als die einfache Geburt. Wenn möglich soll bei Querlage der zweiten Frucht die äussere Wendung gemacht werden, die innere soll ohne Narkose gemacht werden; gewarnt wird vor Seiten- und Knie-Ellenbogenlage bei der Wendung wegen der Gefahr der Luftembolie; in Rücksicht auf die Aszendenz von Infektionen und auf die Gefahr der Plazentarlösung soll man nicht zu lange auf die spontane Geburt des zweiten Zwillings warten; alsbaldige Blasensprengung und die Verabreichung von Hypophysenextrakt ist zu empfehlen.

C. Falsche Lagen.

1. Stirn- und Gesichtslagen, Scheitelbeinstellung; Vorderhauptslagen.

1. *Brodhead, George L., Die Behandlung der persistierenden hinteren Hinterhauptslage. New York Med. Journ. Vol. 703. 14.
2. *Schatz, Fr., Die Ursachen der Kindeslagen. Arch. f. Gyn. 105. 2.
3. *Sellheim, H., Experimentelle und vergleichend physiologische Untersuchungen über die Entwicklung der typischen Fruchtlage. Arch. f. Gyn. 106. 1.

Schatz (2) führt aus, dass der fötale Schwerpunkt näher am Beckenende als am Kopfende liege, weswegen auch beim aufrechten Gang der Mutter nicht die Schwerkraft als Ursache der Kopflage in Betracht kommen könne. Hierfür kommen die Extremitätenbewegungen und zwar besonders die der kräftigeren Beine in Betracht. Unterstützend wirkt auch die Anordnung der Uterusmuskulatur. Die Kraft, welche das Kind bei seinen Streckbewegungen anwendet, ist sehr beträchtlich; sie beträgt nach Schatz bei einem reifen Kinde bis zu 2 kg. Auf die Entstehung bestimmter Kindeslagen hat auch noch die gegenseitige Anpassung elastischer Flächen und Formen, wie Schatz meint und auseinandersetzt, Einfluss.

Auch nach Sellheim (3) hat die Schwerkraft keinen Einfluss auf die Entstehung der Kindslagen. Die vom Kinde ausgeführten Bewegungen und Drehungen sind es, welche im Sinne der sog. Akkommodationstheorie die Entwicklung der Normallage herstellen. Die räumlichen Beziehungen zwischen Mutter und Kind entstehen nicht im Widerspruch, sondern in Übereinstimmung miteinander. Das Entstehen der Längslage ist also ein Teil der Entwicklung.

Recht auffällig ist die Forderung Brodheads (1), bei sicher diagnostizierter hinterer Hinterhauptslage lieber einzugreifen als abzuwarten und zwar sei bei beweglichem Kopf die Wendung und Extraktion vorzuziehen; bei Zangengerechtstand Zange und zwar bei Mehrgebärenden Entwicklung in hinterer Hinterhauptslage, bei Primiparen Rotation und dann Extraktion in gewöhnlicher Hinterhauptslage.

2. Beckenendlagen und -querlagen.

1. Béna, Viktor, Querlage und Uterusruptur mit besonderer Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung. Inaug.-Diss. Strassburg.
2. Copeland, G. G., Doppelte Verlagerung der Arme in den Nacken bei einer Fusslage, Festhaken des Kinnes über der Symphyse. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 22. 1. (Entbindung war erst nach Bruch des einen Armes möglich.)
3. Dreijer, Von der Behandlung der Querlage. Norsk. Mag. f. Laegevidensk. 1915. p. 897.
4. Flater, A., Die verschleppten Querlagen und ihre Behandlung an der Heidelberger Frauenklinik in den Jahren 1908—13. Inaug.-Diss. Heidelberg.
5. Gillissen, M. J., Die Querlage, ihre Häufigkeit und Behandlung. (Aus dem Material von 10 Jahrgängen 1905—14.) Inaug.-Diss. Giessen.

6. Kache, W., Über Ätiologie, Pathologie und Therapie der Querlage. Inaug.-Diss. Breslau.
7. Potter, W. J., Version with report of five unused cases. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Indianopolis. 25. Sept. (500 Fälle ohne mütterlichen Todesfall und ohne bedrohliche Blutung; 57 Kinder tot, davon 30 an Nabelschnurvorfall.)
8. Ross, Mc Pherson, Is the operation of cesarean section indicated in the delivery of breech presentation. Amer. Journ. of Obst. 16. Nr. 5. (Ideal ist die Spontangeburt mit möglichst wenig Manualhilfe; nur ganz ausnahmsweise ist der Kaiserschnitt angezeigt.)
9. *Sachs, E., Über die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes mit dem Veit-Smellieschen und dem Wiegand-A. Martin-Winkelschen Handgriff. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 44. 5.
10. Sachs, Die Behandlung der Beckenendlagen. Ver. f. wiss. Heilk. zu Königsberg i. Br. 6. Nov. (Bei allen schweren Extraktionen vorher Pituglandol geben.)
11. Schirmeyer, L., Über die während der Wendung (vor der Extraktion) zustande kommenden Humerusfrakturen des Kindes. Inaug.-Diss. Kiel.

Nach Sachs (9) ist bei hochstehendem Kopf der Martin-Wiegand-Winckelsche Handgriff schonender und ebenso wirksam wie der Veit-Smelliesche, bei welchem in diesen Fällen eher Wirbelsäulenzerreissungen auftreten. Bei tiefstehendem Kopfe empfiehlt auch Sachs den Veit-Smellie.

3. Nabelschnurvorfall und sonstige Anomalien der Nabelschnur.

1. Beach, R. M., Fetal death due to eight coils of umbilical cord about the neck. Amer. Journ. of Obst. Nr. 2.
1a. *Hohnberg, G., Fall von Sturzgeburt. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte.
2. *Kühnelt, J., Ein Fall von Cephalhämatom bei Beckenendlage. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 500.
3. *Sachs, E., Die klinische Bedeutung des Armvorfalles bei Schädellage. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32.
4. *Seitz, L., Über die fötale Indikation der Zange. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.

Während bei Schädellage Cephalhämatome stets als Folge der Geburtsinsulte leicht zu erklären sind, liegt solches nach Kühnelt (2) nicht so einfach bei Beckenendlagen. In einem Falle war es ein schwächliches frühgeborenes Kind von 28 Wochen bei einer I para; es war nur ein leichter Zug am Beckenende ausgeübt worden. Hier ist es wohl durch Druck der engen Vagina auf den Kopf der unreifen Frucht zustande gekommen.

Sachs (3) berichtet, dass in Königsberg unter 12 000 Geburten 56 mal i. e. in 0,5% Armvorfall beobachtet wurde, ätiologisch kamen in Betracht enges Becken, Kleinheit des Kindes, Hydramnion, Hängebauch, Zwillinge; nur 13 mal Geburt ohne Kunsthilfe; unter diesen nur vier reife lebende Kinder; zweimal Uterusruptur; Sachs schätzt die Gefahr der Uterusruptur bei Armvorfall recht hoch ein.

Beseitigung des Armvorfalles ist stets therapeutische Notwendigkeit; 20 mal wurde reponiert, 23 mal Wendung und Extraktion gemacht. Alle Mütter wurden gesund entlassen; 49 Kinder waren bei Übernahme der Geburt noch lebend; von ihnen kamen 42 lebend zur Welt; von ihnen starb noch eines an Asphyxie und 7 aus verschiedenen Ursachen, also im ganzen 15 i. e. 26,8%.

Seitz (4) führt aus, dass nur das Verhalten der kindlichen Herztöne uns während der Geburt Aufschluss über das Befinden des Kindes gibt. Eine Zirkulationserschwerung im fötalen System kann ohne direkte Nabelschnurkompression zustande kommen durch starke Zerrung der Schnur beim Tiefertreten des Kopfes, so bei primär zu kurzer und sekundär infolge Nabelschnurumschlingung zu kurz gewordener Nabelschnur.

Herzschlagbeschleunigung über 160 kann als Indikation zur Zange nicht ohne weiteres gelten. Die Herzschlagverlangsamung ist das klinische Zeichen für die intrauterine Gefährdung des Kindes. Eigentlich sollten in der Austreibung nach jeder Wehe die Herztöne auskultiert werden.

Ist das Kind wirklich ernstlich gefährdet, dann ist die Verlangsamung bei abklingender Wehe stark, dauert weiter und weiter in die Wehenpause hinein und setzt sich schliesslich durch die ganze Wehenpause hindurch fort. Unvermitteltes und plötzliches Aufhören der Herztöne in der Austreibungszeit gibt es nach Seitz bei einer normalen Geburt nicht. Leichter Wechsel zwischen Verlangsamung und Beschleunigung ist bedeutungslos.

Hingegen beruhen schwere Unregelmässigkeiten des Herzschlages auf tiefer eingewurzelter Asphyxie und sind sehr bedrohlich; ihr Eintreten ist meist die Folge einer übersehenen Herzschlagverlangsamung.

Hohnberg (1a). Das Kind fiel mit dem Kopfe voraus in den Porzellantrichter des Wasserklosetts. Der Kopf war fest in der Tiefe des Trichters eingepresst, so dass man denselben von innen nach aussen zerschlagen musste, ehe man nach Veit-Smellies Methode den Kopf befreien konnte. Um den Hals herum war noch nach der „Entbindung" ein Ring von dem Porzellantrichter. Das Kind war 2500 g schwer; die Kopfmasse waren 9—11,5—34,5. Das Kind war lebend und erholte sich bald. (Silas Lindqvist.)

XI.

Gerichtliche Geburtshilfe.

Referent: Professor Dr. M. Stumpf.

a) Allgemeines.

1. *Bernstein, R., Das diagnostische Experiment am Menschen. Vierteljahrschr. f. ges. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 51. p. 1.
2. *Ebermayer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 290.
3. — Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 290. (Betonung der Schweigepflicht des Arztes noch nach dem Tode des Kranken, wenn wichtige Interessen des letzteren, z. B. die Erhaltung seines guten Namens, in Frage stehen — aber nicht bei Geisteskrankheit.)
4. *Finsterer, H., Änderungen in der chirurgischen Indikationsstellung hinsichtlich der Operationseinwilligung seit Anwendung der Lokalanästhesie. Wien. med. Wochenschrift. Bd. 66. p. 75.
5. *Fischer, M., Berufsgeheimnis und Herausgabe der Krankengeschichten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 71. Heft 3.
6. Harnach, E., F. Haasler und E. Siefert, Die gerichtliche Medizin mit Einschluss der gerichtlichen Psychiatrie und der gerichtlichen Beurteilung von Versicherungs- und Unfallsachen, für Mediziner und Juristen. Leipzig 1914. Akad. Verlagsges. (Die gerichtliche Medizin im engeren Sinne ist von Harnack bearbeitet.)

7. v. Herff, Zur Reversfrage. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 23. Heft 4. (Abdruck eines Reverses bezüglich Ablehnung einer Haftung für Schädigung bei Anwendung der Röntgenstrahlen.)
8. Kockel, Gerichtliche Geburtshilfe. Döderleins Handb. d. Geburtsh. Bd. 2. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (Eingehende und ausführliche Darstellung.)
9. *Lieske, H., Privatentbindungsanstalten; ein Beitrag zum Kampf gegen das Kurpfuschertum. Zeitschr. f. Med.-Beamte Bd. 29. p. 6 u. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 367.
10. *— Vom Rechte des Arztes zur Verweigerung des Zeugnisses und des Gutachtens. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 278.
11. *— Ärztliche Rechtsfragen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 338.
12. — Ärztliche Rechtsfragen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 593. (Bespricht eine Entscheidung des Reichsgerichts, die die Zeugnisverweigerung eines Arztes betr. Mitteilung über eine geschlechtliche Erkrankung bestätigte, obwohl das Prozessgericht den Arzt für zeugnispflichtig erklärt hatte.)
13. *v. Olshausen, Th., Das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes. Med. Klin. Bd. 12. p. 711.
14. *— Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht. Med. Klin. Bd. 12. p. 866.
15. Sonderegger, W., Die Zeitbestimmungen nach biologisch-medizinischen Methoden in dem Gebiete der Rechtsmedizin. Zürich, Speidel u. Wurzel. (Enthält Zeitbestimmungen für das Auftreten der verschiedenen Leichenerscheinungen, ferner für Altersbestimmungen an Leichen, für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbettszustand, Abort, Todeseintritt beim Kinde vor, während und nach der Geburt, Alter von Verletzungen und Wunden, Verheilung von Hymenalrissen etc.)
16. *Stein, W., Die Haftung des Arztes wegen Pflichtverletzung in der Rechtsprechung des Reichsgerichts. Halbmonatschr. f. soz. Hyg. u. prakt. Med. Bd. 24. Nr. 6.
17. Zum ärztlichen Zeugnisverweigerungsrecht. Ärztl. Sachverständigenztg. Bd. 22. p. 24. (Kammergerichtsentscheidung vom 2. Jan. 1914, wonach dem Arzte nicht das Recht zusteht, sein Zeugnis über Tatsachen zu verweigern, die ihm ein inzwischen Verstorbener mitgeteilt hat. Die Schweigepflicht besteht nur dann, wenn wichtige Interessen des Verstorbenen, sein guter Name oder Vermögensinteressen seiner Angehörigen in Frage kommen.)

Lieske (11) erwähnt ein Urteil des Oberlandesgerichts München, dass die Übernahme der Behandlung einer Verletzung durch einen Arzt oder eine andere das Heilgewerbe ausübende Person, ein Vertragsverhältnis begründet, demzufolge der Heilkundige sich verpflichtet, gegen eine vereinbarte oder angemessene Vergütung durch sorgfältige Anwendung eines entsprechenden Heilverfahrens den bestmöglichen Heilerfolg zu erzielen. Jede die Heilkunde berufsmässig ausübende Person haftet auf Grund der §§ 611 und 631, sowie 157 und 242 BGB. dafür, dass sie über diejenige Sachkunde verfügt, die regelrechterweise zur Heilung der Verletzung erforderlich ist und dass sie die nach dem jeweiligen Stande der Erfahrung gebotenen Mittel mit der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt zur Anwendung bringt. Übernimmt sie fahrlässig eine Behandlung, der sie nicht gewachsen ist, oder behandelte sie die Verletzung unter Ausserachtlassung der gebotenen Sorgfalt und verursachte sie hierdurch einen ungenügenden Heilerfolg, so haftet sie für den durch die Nichterfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtung nach Massgabe der §§ 280, 325, 276, 249ff. BGB.; in einem derartigen Verhalten liegt zugleich eine fahrlässig widerrechtliche Schädigung des Körpers und der Gesundheit des Verletzten im Sinne der §§ 249ff. und 843 BGB.

Stein (16) betont, dass die Einholung der Einwilligung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters zu einer Operation nicht immer möglich ist; andererseits kann die Verweigerung seitens der Eltern einen Missbrauch der elterlichen Gewalt darstellen. Der Arzt soll in der Wahl seiner Gehilfen vorsichtig sein, weil er nach Reichsgerichtsentscheidung für Verschulden seiner Gehilfen haftet.

Finsterer (5) hält die ärztlichen und rechtlichen Anschauungen hinsichtlich der Operationseinwilligung für änderungsbedürftig, seitdem die Wundinfektion aus den Gefahren der Operation ausscheidet (vollständig? Ref.) und die Narkose fast stets durch Lokalanästhesie ersetzt werden kann, so dass ein Anlass zu einer Furcht vor Operation nicht mehr besteht. Es kann daher eine absichtliche Operationsverweigerung als Selbstbeschädigung angesehen werden und es wäre zu wünschen, dass die absolute Notwendigkeit der Operationseinwilligung aufgehoben würde, damit sich nicht länger eine ganze Reihe von Leuten der Arbeitspflicht entzieht und namentlich solche, die eine Berufsschädigung erlitten haben und durch Operation wiederhergestellt werden könnten, durch Operationsverweigerung dem Staate Unsummen von Geld kosten. Die Berechtigung, auch ohne Einwilligung zu operieren, könnte von dem Urteil eines autoritativen Fachchirurgen abhängig gemacht werden. Wer eine von Fachärzten für notwendig erklärte Operation verweigert, sollte den Anspruch auf Invalidenversicherung verlieren.

Ebermayer (2) berichtet über ein kammergerichtliches Urteil, nachdem eine an einem Minderjährigen ohne Einwilligung des gesetzlichen Vertreters vollzogene Operation zwar für eine rechtswidrige Handlung erklärt, aber der Arzt nicht für haftbar erklärt wurde, weil der betreffende Kranke im 21. Lebensjahre stand und der Arzt, ohne dass Fahrlässigkeit angenommen werden konnte, der Meinung sein konnte, dass der Kranke grossjährig sei.

Bernstein (1) erklärt das diagnostische Experiment am Kranken für durchaus berechtigt für die Diagnosenstellung. Der Arzt, der davon Gebrauch machen will, muss Technik, Leistungsfähigkeit und Fehlerquellen des Experiments kennen, die gebotene Rücksicht auf den Kranken nehmen und den Zweck der Untersuchung im Auge behalten. Ob im einzelnen Falle ein solches Experiment anzustellen ist, muss dem pflichtmässigen Ermessen des Arztes überlassen bleiben; Furcht vor Verantwortung darf nicht dazu führen, eine zuverlässige aber nicht ganz indifferente Untersuchungsmethode auf Kosten der Genauigkeit des ärztlichen Urteils durch eine weniger wertvolle Methode zu ersetzen, vielmehr sind diese Methoden mit aller Vorsicht, aber auch mit aller Energie und Konsequenz anzuwenden.

Lieske (9) erörtert unter Hinweis auf den Schaden, den Winkel-Entbindungsanstalten verursachen, die behördlichen Vorschriften über Privatentbindungsanstalten namentlich die Bedingungen für die Konzessionserteilungen und die Gesichtspunkte bezüglich der Prüfung der Zuverlässigkeit des Unternehmers, besonders wenn dieser ein Nichtarzt ist. In letzterer Beziehung wird auf die vom Provinzialausschuss der Provinz Starkenburg (Hessen) aufgestellten Forderungen hingewiesen.

v. Olshausen (13) bespricht eine Reichsgerichtsentscheidung, wonach das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes nur ein Recht sei, das Zeugnis in Ansehung des ihm Anvertrauten zu verweigern, wenn er sich demjenigen gegenüber zur Verschwiegenheit für verpflichtet hält, auf den sich das Privatgeheimnis bezieht, dass dagegen der Angeklagte keinen prozessualen Anspruch darauf hat, dass der Arzt als Zeuge die Aussage mache oder verweigere; vielmehr sei es stets der vollkommen freien Entschliessung des Arztes überlassen, ob er sein Recht ausüben will oder nicht.

v. Olshausen (14) erörtert bezüglich der Schweigepflicht des Arztes im Zivilprozess die Möglichkeit, dass ein Patient im Laufe des Prozesses die anfangs erteilte Entbindung von der Schweigepflicht wieder zurücknimmt. Ein solcher Widerruf wurde vom Kammergericht und vom Dresdener Oberlandesgericht (1914) für unzulässig erklärt. Bezüglich der Fortdauer der Schweigepflicht nach dem Tode wird bemerkt, dass sie nicht ohne weiteres erlösche, jedenfalls darf

durch die Preisgabe der Schweigepflicht nicht das Andenken oder der gute Ruf des Verstorbenen verletzt, andererseits dürfen nicht Vermögensverhältnisse der Angehörigen bei der Preisgabe geschädigt werden.

Lieske (10) bespricht den Widerspruch der Bestimmung des Strafgesetzbuches, die den unbefugten Geheimnisbruch des Arztes unter Strafe stellt, mit der Bestimmung der Strafprozessordnung, wonach der Arzt zur Verweigerung des Zeugnisses zwar berechtigt, aber nicht verpflichtet ist, so dass Ablegung oder Verweigerung des Zeugnisses in das freie Ermessen des Arztes gestellt ist. Es wird de lege ferenda eine Änderung dei Strafprozessordnung verlangt.

Fischer (5) bekämpft die Berechtigung der Staatsanwaltschaft, von Anstaltsärzten wegen ihrer Staatsbeamteneigenschaft die Auslieferung von Krankengeschichten zu verlangen, weil die Krankengeschichten eine interne ärztliche Angelegenheit darstellen, die mit dem Beamtencharakter der Ärzte nichts zu tun hat.

---

b) Impotenz; zweifelhafte Geschlechtsverhältnisse.

1. *Baumgarten, A., Über Hermaphroditismus. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. v. 16. Nov. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 1507.
2. Boruttau, H., Fortpflanzung und Geschlechtsunterschiede des Menschen. Leipzig-Berlin, B. G. Teubner. (Allgemeinverständliche Darstellung, u. a. der sekundären Geschlechtsmerkmale und des Zwittertums.)
3. Boyd, W. A., Verringerung und Verlust der sexuellen Kraft bei Akromegalie. Med. Rec. New-York. Bd. 88. Nr. 20. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 391. (31 Frauen, davon bei 23 Verringerung oder Verlust der Sexualität, bei 7 Anaphrodisie, bei 1 Hemmung der sekundären Geschlechtsmerkmale.)
4. Fehlinger, H., Sterilisation von Verbrechern usw. in den Vereinigten Staaten von Amerika. Gross' Arch. Bd. 61. p. 285. (Übersicht über die in 12 Staaten der Union bestehenden Gesetze über Sterilisation krimineller, geisteskranker und epileptischer Individuen)
5. v. Fellenberg, Über Scheidenplastik bei kongenitalem Defekt. Schweiz. Rundsch. f. Med. 1915. Nr. 8. (Herstellung der Potentia coëundi durch Scheidenersatz aus dem Dünndarm.)
6. Georgescu, G., Zwei Fälle von angeborenem Mangel der Scheide und Gebärmutter; Vaginoplastik mittelst Dünndarms. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 977. (Potentia coëundi wiederhergestellt.)
7. Hirschfeld, M. und E. Burchard, Ein Fall von Geschlechtsberichtigung bei einem 3 Monate alten Kinde. Zeitschr. f. Sexualwissensch. Bd. 1. Heft 6. (Matrikeländerung auf ärztliches Gutachten bei einem als Mädchen angemeldeten männlichen Pseudohermaphroditen.)
8. Karstens, H., Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Inaug.-Diss. Königsberg 1915.
9. Mc Auliff, G. R., Hypertrichose, Variationen in den weiblichen sekundären Geschlechtsmerkmalen und inneren Sekreten. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 742. (Abnorme Bartbildung bei einer 63jährigen Frau mit stielgedrehter Dermoidzyste des Ovariums.)
10. *Maier, H. W., Zur Kasuistik der psychischen Impotenz. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1415.
11. *Meyer-Ruegg, Über künstliche Befruchtung beim Menschen. Münch. med. Wochenschrift. Bd. 63. p. 1416.
12. *— Über künstliche Befruchtung. Ges. d. Ärzte Zürich. Sitzg. v. 1. Juli. Med. Klin. Bd. 12. p. 1272.
13. Muret, Schwangerschaft nach Tubensterilisation. Gyn. Ges. d. franz. Schweiz 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 42. p. 343. (3 Jahre nach Unterbindung der Ampulle; die entstandene Saktosalpinx hatte sich wieder geöffnet.)

14. *Photakis, B., Über einen Fall von Hermaphroditismus verus lateralis masculinus dexter. Virch. Arch. Bd. 221. Heft 1.
15. *Pick, L., Über den wahren Hermaphroditismus des Menschen und der Säugetiere. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 1141.
16. Plagemann, Hermaphroditismus. Wiss. Ärzteverein Stettin. Sitzg. v. 8. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 1163. (Männlicher Scheinzwitter mit klitorisähnlichem Penis und Hypospadie.)
17. *Quinby, W. C., A case of pseudohermaphroditism, with remarks on abnormal function of the endocrine glands. Bull. of the Johns Hopkins. Hosp. Bd. 27. Febr. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 805.
18. Rohleder, H., Künstliche Befruchtung beim Menschen. Urolog. and cutan. Rev., techn. Suppl. Bd. 2. Nr. 4. (Auszug aus Rohleders „künstlicher Zeugung" s. Jahresbericht. Bd. 28. p. 577.)
19. Rosenstein, Zum Ersatz der fehlenden Scheide. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 902. (Beschreibt 2 Fälle von Scheidenmangel.)
20. Siegel, Weitere Beobachtungen zur Konzeptionsfähigkeit der Frau. Freiburger med. Ges. Sitzg. v. 30. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1178, s. Jahresber. Bd. 29. p. 342.
21. *Socquet, J., Ein Fall von Hermaphroditismus. Journ. de méd. de Paris 1914. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 838.
22. *Thaler, H., Menstruatio praecox und Pseudohermaphroditismus femininus bei einem 5jährigen Mädchen. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 20. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 603.
23. Türschmidt W., Kongenitale Gynatresie. Przegl. Lek. Nr. 4. (Atresia hymenalis mit Fehlen eines kleinen Labium.)
24. Ward, W. D., Bildung einer künstlichen Scheide mit Herstellung der menstruellen Funktion. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 21. Nr. 5. (13jähriges Mädchen mit fehlender Scheide.)

Pick (15) erklärt die von Poll aufgestellte Einteilung der Geschlechtsmerkmale als die beste, welche essentielle oder germinale (gametische), d. h. die Geschlechtsdrüsen betreffende Merkmale und somatische oder akzidentale unterscheidet, welche letztere wieder in genital-subsidiäre und zwar innere, die Leitungswege betreffende und äussere, die sich auf die konjugalen Werkzeuge beziehen, und in extragenitale — innere (Kehlkopf, Becken, psychische Eigenschaften), und äussere (Behaarung, Pigmentierung etc.) geteilt werden. Unter Pseudohermaphroditismus wäre dann die Mischung der akzidentalen, unter wahrem Hermaphroditismus die Mischung der germinalen Geschlechtsmerkmale zu verstehen. Im letzteren Falle ist ein Hermaphroditismus verus bilateralis (beiderseits Hoden und Ovarium), ein H. verus unilateralis (einseitig Hoden und Ovarium) und ein H. verus lateralis (auf einer Seite Hoden, auf der anderen Ovarium) zu unterscheiden. Picks Ausführungen gipfeln darin, dass es auch bei höheren Tieren und beim Menschen einen wahren Hermaphroditismus gibt, wofür als Beispiel der von Salen beschriebene Fall angeführt wurde. Die leichtesten Formen des Hermaphroditismus verus sind diejenigen, in welchen in die Keimdrüse ein verstecktes, vielleicht nur mikroskopisch zu erkennendes andersgeschlechtliches Einsprengsel besteht (Fälle von Pick und Schickele — Adenoma tubulare testiculare ovarii oder Adenoma testiculare ovotestis); ferner reiht sich hieran die Bildung makroskopischer Zwitterdrüsen (Ovotestis), und endlich der Hermaphroditismus verus mit spezifischen Geschlechtszellen in der männlichen und weiblichen Keimdrüse. Wahrer Hermaphroditismus und Pseudohermaphroditismus sind nicht voneinander zu trennen, denn sie sind lediglich verschieden geartete Grade der männlichen Abweichung von der Norm und Produkte einer in ihrem Wesen einheitlichen, nur verschieden abgestuften Missbildung. Auch Halbseiten-Scheinzwitter sind beim Menschen möglich.

Die Beurteilung der Geschlechtszugehörigkeit würde sich aus der Untersuchung der Geschlechtsdrüse ergeben, wenn eine der vorhandenen beiderlei

Keimdrüsen die Geschlechtszellen zur Reifung bringt und funktioniert, selbst wenn der andere Geschlechtsdrüsenanteil gleichfalls sichere, aber unreife Stadien der Gameten führt. Bringt keiner der beiden Anteile des Ovotestis Geschlechtszellen zur Reife, so bringt, wenn der klinische Nachweis von Sperma nicht zu erbringen ist, die mit Zustimmung des Individuums auszuführende Probeexzision aus der Keimdrüse die Entscheidung. Ergibt hierbei die mikroskopische Untersuchung keine Entscheidung, so besteht das Neutrum genus im anatomischen Sinne, und wenn die Probeexzision nicht gestattet wird, das Neutrum genus im klinischen Sinne. Wenn bei der Probeexzision in keiner der Keimdrüsen ausgereifte Geschlechtszellen der männlichen oder weiblichen Reihe gefunden werden, so handelt es sich um anatomisch bisexuelle Neutren.

Photakis (14) veröffentlicht den Sektionsbefund bei einem 36jährigen Individuum, das als Frau gelebt hatte und bei dem sich ausser einem Penis und einer Prostata rechterseits ein Hoden, dagegen links ein Ovarium und ein mit der Blase kommunizierender Uterus fand. Es wird daher ein wahrer Hermaphroditismus lateralis masculinus angenommen.

Socquet (21) berichtet über einen Fall von „wahrem" Hermaphroditismus bei einem 25jährigen Mädchen. Es war ein Hoden vorhanden und das Scheidengewölbe fehlte. Ejakulation hatte nie stattgefunden, dagegen bestand seit 2 Jahren eine Art von regelmässiger Menstruation. Bei der Palpation vom Rektum aus fand sich ein als Uterus anzusprechender Körper. Die Libido war auf das weibliche Geschlecht gerichtet.

Baumgarten (1) konnte im Inhalt der linken Leistenhernie eines 22jährigen Mannes einen Uterus unicornis mit Tube, Ligamentum latum und einen pflaumenkerngrossen, einem Ovarium gleichenden Körper nachweisen. Das Individuum zeigte äusserlich männliche Geschlechtsorgane mit hypospadischem Penis, Glans und Vorhaut und in der linken Skrotalhälfte einen hypoplastischen Hoden ohne Epididymis und Vas deferens, Hodenkanälchen mit spärlichen Spermatozoen und stark herabgesetzter Spermatogenese (Probeexzision). Auch das ovariumähnliche Gebilde enthielt Hodenkanälchen, aber ohne Spermatogenese. Die rechte Skrotalhälfte war leer. Die sekundären Geschlechtsmerkmale waren durchweg männlich. Der Topographie nach war der im Bruchsack gefundene Hoden ein rechtsseitiger (Dystopia testis transversa).

In der Aussprache berichtet Maresch über einen Uterusfundus mit 2 Tuben und zwei normal konfigurierten, übereinanderliegenden Hoden in einem rechtsseitigen Leistenbruchsack bei einem 77jährigen Manne; an den Uterus schloss sich ein als Vagina anzusprechender Schlauch an, der die Prostata durchsetzte und nach Aufnahme des Ductus ejaculatorii am Colliculus seminalis in die Harnröhre mündete.

Quinby (17) beschreibt einen Fall von Pseudohermaphroditismus bei einem 10jährigen, für sein Alter auffallend entwickelten „Knaben". Es bestand Hypospadie 3. Grades, mit sonst äusserer männlicher Bildung (auch der Vater war Hypospade) und sekundären männlichen Geschlechtsmerkmalen. Dagegen fanden sich bei der Operation die inneren Genitalien normal weiblich gebildet.

Thaler (22) beschreibt ein 5jähriges Mädchen mit weiblicher Genitalbildung, aber penisartiger Klitoris, dichter Behaarung der Pubes und vorzeitiger Menstruation. Für das Bestehen eines Keimdrüsen- oder Nebennierentumors fanden sich keine Anhaltspunkte, dagegen fand sich ein Hydrocephalus mit starker Druckerhöhung, so dass die Annahme besteht, dass die vorzeitige Geschlechtsentwicklung mit einer nicht näher bestimmbaren zerebralen Erkrankung im Zusammenhang steht.

Meyer-Ruegg (11, 12) teilt zwei Fälle von künstlicher Befruchtung mit, einen Fall, der von Maier (10) näher beschrieben wird und in welchem

es sich um psychische Impotenz des Ehemannes handelte, mit vollem Erfolg; auch im 2. Falle — 40jährige Frau mit rigidem Hymen und Vaginismus — trat Konzeption ein, aber nach 7 Wochen kam es zu Abort. Meyer-Ruegg verteidigt die Berechtigung der künstlichen Befruchtung und stellt als Indikation Impotentia coëundi masculina oder feminina bei zeugungskräftigen Spermatozoiden auf. Da die angewendete Methode keinen Schaden stiften darf, soll das Sperma nicht in den Uterus, sondern in das Scheidengewölbe oder in den unteren Teil der Cervix injiziert werden; diese Methode erlaubt auch die häufigere Wiederholung der Injektion.

c) Virginität; Sittlichkeitsverbrechen.

1. *Anton, G., Kindlicher Riesenwuchs mit vorzeitiger Geschlechtsentwicklung. Monatsschr. f. Psych. Bd. 39. Heft 6.
2. *Asch und Adler, Der diagnostische Wert der Gonokokkenvakzine. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 73.
3. *Beckman, F., Frühzeitige Reife bei Mädchen, mit Bericht über einen einschlägigen Fall. Arch. of Pediatr. Bd. 32. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 875.
4. *Blaschko, A., Wie soll der Geschlechtsverkehr Venerischer bestraft werden? Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 18.
5. *Bucura, C. J., Zur Diagnose der Gonorrhoe beim Weibe. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 19. p. 317.
6. Chase, Blutung am eingerissenen Hymen. Obst. Soc. of Brooklyn. Sitzg. v. 5. Mai. Amer. Journ. of Obst. Aug. p. 514.
7. *Ebermayer, Die Bestrafung des Geschlechtsverkehrs Venerischer. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 19.
8. *— Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1489.
9. Engwer, Über die Behandlung der kindlichen Gonorrhoe mittelst der „Fiebertherapie" (Weiss). Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1582. (Akute Vulvovaginitis bei einem 3jährigen Mädchen; Ansteckung durch eine erwachsene Person bei Benützung des gleichen Bettes.)
10. *Fischer, A., Über Wesen und Wert der Immunitätstherapie bei Gonorrhoe. Dermat. Wochenschr. Bd. 63. Nr. 35ff.
11. *Fuchs, H., Haut-Allergie bei Gonorrhoe. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 123. Heft 2.
12. Gans, O., Harnröhrensekret- und Flockenuntersuchung im Anschluss an intravenöse Arthigoninjektion zur Feststellung der Gonorrhoeheilung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 479. (Erklärt die Harnröhrensekret-Untersuchung nach intravenösen Arthigoninjektionen von 0,05—0,1 ccm als zuverlässige Methode zur Feststellung der Gonorrhoeheilung.)
13. *Hennig, Die Bedeutung der Serodiagnose der Syphilis für die Erteilung des Heiratskonsenses. Fortschr. d. Med. 1914. Nr. 31.
14. *Hymans van den Bergh, A. A., Hypernephrom-Hypergenitalismus. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1915. 2. p. 2217. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 240.
15. *Königsfeld, H. und M. Salzmann, Der Diplococcus crassus als Erreger der Urethritis und Epididymitis. Arch. f. Dermat. Bd. 120. p. 137.
16. *Marcuse, M., Vom Incest. Juristisch-psychiatr. Grenzfragen. Bd. 10. Heft 3/4.
17. *Mucha, V., Zur Frage der Uteruserkrankung bei Vulvovaginitis infantum. Wien. med. Wochenschr. Bd. 66. p. 1070.
18. *Neisser, A., Zur Gonokokkendiagnostik durch Kutireaktion. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 53. p. 765.
19. *Norris, Ch. C., Diagnose und Behandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis bei Säuglingen und kleinen Kindern. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 633.
20. Obmann, K., Über vorzeitige Geschlechtsentwicklung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 196. (4jähriger Knabe mit einer Entwicklung der Genitalien entsprechend einem 16—18jährigen Jüngling; Beginn der Genitalentwicklung und des frühzeitigen starken Körperwachstums vom 1. Lebensjahre an.)

21. Pappritz, A., Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Recht und Wirtschaft, Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1489.
22. *Pontoppidan, B., Über die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Dermat. Wochenschr. Bd. 61. p. 1077.
23. Rawls, Koitusverletzungen der weiblichen Genitalien; dazu ein Fall von vulvorektaler Fistel. New York Obst. Soc. Sitzg. v. 14. März. Amer. Journ. of Obst. Aug. p. 284.
24. Reukauff, H., Motiviertes Gutachten über den Lustmörder Max Dietze. Gross. Arch. Bd. 64. p. 228. (Jedes krankhafte Moment wird bei dem Lustmörder, der ein 7jähriges Mädchen geschlechtlich missbraucht, an den Genitalien mit einem Messer schwer verletzt und schliesslich erwürgt hatte, ausgeschlossen. Verurteilung zum Tode.)
25. *Schapira, S., Der Krieg und die Geschlechtskrankheiten; deren strafrechtliche Bekämpfung. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 918.
26. *Schlasberg, H. J., Über intravenöse Arthigoninjektionen zu diagnostischen Zwecken Dermat. Zeitschr. Heft 2.
27. *Schürmann, Die Thermopräzipitinreaktion als Diagnostikum bei Gonorrhoe, insbesondere bei chronischer Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1094.
28. *Sontag, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Recht u. Wirtschaft. p. 193.
29. *Strafella, F. G., Das Geschlechtsleben Geisteskranker. Gross' Arch. Bd. 66. p. 59.
30. *Stümpke, G., Beobachtungen über Rektalgonorrhoe bei Kindern. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1720.
31. *Trumpp, Ärztlicher Ehekonsens und Eheverbote. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1756.
32. *van de Velde, Th. H., Züchtung der Gonokokken. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 21. Heft 1/2. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 422.
33. *— Immunitätsreaktionen bei Gonorrhoe. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 21. Heft 3/4. Ref. ebenda.
34. *Warden, C. C. und L. F. Schmidt, Gonokokken-Komplementfixation: ein neues lipoides Antigen. Journ. of labor. and clin. Med. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 807.
35. *Weiss, A., Beitrag zur Kenntnis der Beziehungen zwischen der Kolpitis granularis der Schwangeren und Gonorrhoe. Inaug.-Diss. Heidelberg 1915.
36. *v. Zeissl, M., Bericht der 1. Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Kaiser Franz Josef-Ambulatoriums und Jubiläumsspitales in Wien. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 53. p. 1193.
37. x *Fall von Schändung. Ges. d. Ärzte Wien, Sitz. v. 23. VI. Wiener klin. Wochenschrift. Bd. 29. p. 861.

Anton (1) beschreibt vorzeitige Geschlechtsentwicklung und übermässiges Wachstum bei einem Mädchen, das eine 30 cm über sein Alter hinausgehende Grössenentwicklung zeigte. Die Menses traten mit 3 Jahren ein, ebenso Behaarung der Pubes und der Achselhöhlen.

Beckman (3) berichtet über einen Eintritt der Menstruation im 6. Lebensjahre. Die Epiphysenentwicklung war der Pubertät entsprechend, das psychische und sexuelle Verhalten dagegen nicht.

Hymans van den Bergh (14) beschreibt ein 3jähriges Mädchen mit ausserordentlicher Entwicklung der äusseren Genitalien als Folge eines 2 Kilo schweren karzinomatösen Nebennierentumors. 18 Fälle aus der Literatur wurden besprochen, darunter 15 Mädchen.

Strafella (29) bekämpft die Entscheidung des Wiener Kassationshofes, nach welcher der an einer blödsinnigen Frauensperson unternommene Beischlaf als Notzucht anzusehen ist, weil eine blödsinnige Person nicht einer wehr- oder bewusstlosen gleichzustellen ist; mit der gerichtlichen Entscheidung würde den Geisteskranken für ihr ganzes Leben das Recht auf normale Befriedigung des Geschlechtstriebes abgesprochen. Anstatt dessen will Strafella, dass der Beischlaf mit einer Geisteskranken nicht gestraft werden solle, dass man aber

den Geisteskranken durch Sterilisation die Möglichkeit der Fortpflanzung nehmen solle.

Marcuse (16) erklärt die Inzestabneigung für ein Kulturprodukt und führt die Blutschande zwischen Erwachsenen auf das Wohnungselend, auf wirtschaftliche Not, moralische Anästhesie, auf sexuelle Not, seltener auf das Abwechselungsbedürfnis und gelegentlich auf Aberglauben zurück. Von pathologischen Ursachen werden psychische Störungen, Alkoholgenuss, geistige Schwäche, krankhafte Steigerung des Geschlechtstriebes, zuweilen Eifersucht, Autoerotik, Lust am Verbotenen und vereinzelt sadistische Momente genannt. In Deutschland kommen auf 100000 strafmündige Personen 1—1,3 Verurteilungen wegen Blutschande. In annähernd der Hälfte der Fälle fällt dem weiblichen Teile die Schuld zu. Marcuse glaubt, dass bei Inzest weniger eine strafrechtliche Ahndung angezeigt ist, weil eine Bedrohung der Gesamtheit nicht besteht, sondern soziale Fürsorge; bei Verbindung mit Notzucht, Verführung etc, bietet das Strafgesetzbuch genügende Anhaltspunkte für Bestrafung, dagegen wäre angesichts der notwendigen widerlichen Erhebungen und Nachforschungen und zur Vermeidung von abscheulichen Denunziationen die Aufhebung des § 173 des Strafgesetzbuches berechtigt.

Blaschko (4) hebt in bezug auf die Bestrafung des Geschlechtsverkehrs Venerischer hervor, dass eine solche ohne Zwangsheilung des Venerischen einen hygienischen Nutzen nicht bringt und schlägt statt der Geld- oder Freiheitsstrafen lediglich sichernde Massnahmen vor. Er verlangt, dass Individuen beiderlei Geschlechts, welche verdächtig sind, eine venerische Infektion zu verursachen angehalten werden, dem kommunalen Gesundheitsamt ein Gesundheitszeugnis eines öffentlich hiermit beauftragten Arztes beizubringen. Verdächtig in diesem Sinne sind Individuen, über die beim Gesundheitsamt eine Anzeige einläuft, dass sie eine venerische Infektion verursacht haben, und wenn sie auf der Strasse oder an einem öffentlichen Orte durch schamloses Benehmen (z. B. durch öffentliche Provokation zum Geschlechtsverkehr etc.) öffentlichen Anstoss erregt haben. Wenn diese Individuen ein solches Zeugnis nicht beibringen können, so wäre zu verlangen, dass sie sich bis zum Nachweis erfolgter Heilung in ärztliche Behandlung begeben und dem Gesundheitsamt regelmässig einen Nachweis dieser Behandlung bringen; eine Zwangsbehandlung würde nur eintreten, wenn die Anordnungen des Gesundheitsamts nicht befolgt werden.

Ebermayer (7) betont, dass die Bestimmungen des Strafgesetzbuchs über vorsätzliche und fahrlässige Körperverletzung zur Bestrafung des Geschlechtsverkehrs Venerischer nur schwer eine Handhabe bieten, weil der ursächliche Zusammenhang der Erkrankung mit dem Geschlechtsverkehr sowie der Nachweis des Vorsatzes oder der Fahrlässigkeit nur sehr schwer zu erbringen ist. Einer Gesetzesbestimmung, dass ein Geschlechtsverkehr Venerischer überhaupt und ohne Ansteckung des Gefährdeten, wie Blaschko meint, strafbar sein soll und dass die Anklage ex officio und nicht auf Antrag des Gefährdeten gestellt werden soll, stehen mannigfache Bedenken und erhebliche praktische Schwierigkeiten entgegen. Ferner wird die Verquickung sichernder Massnahmen mit der Strafe als bedenklich bezeichnet, weil Sicherungsmassnahmen nur neben der Strafe als Verhütungsmassregeln gegen weiteres strafbares Handeln eintreten können; solche Sicherheitsmassregeln sind nicht Sache des Strafrichters, sondern der Polizeigewalt und können durch den an die Vorschriften der Strafprozessordnung gebundenen Richter im ordentlichen gerichtlichen Verfahren nicht als Strafe erkannt werden.

Schapira (25) bespricht die Bestimmungen des österreichischen Strafgesetzentwurfes über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Diese Bestimmungen schreiben Strafen vor gegen denjenigen, der mit Geschlechtskrankheit behaftet vorsätzlich einen mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechts-

verkehr ausübt, obwohl er weiss, dass er geschlechtskrank ist, ferner den, der vorsätzlich zu einem mit Gefahr der Ansteckung verbundenen Geschlechtsverkehr mit einem Geschlechtskranken Vorschub leistet (also Bordellbesitzer und Gelegenheitsmacher) endlich die geschlechtskranke Amme, die in Kenntnis ihrer Erkrankung den Dienst antritt, und denjenigen, der eine Amme zu einem, wie er weiss, geschlechtskranken Kinde annimmt. Die Gefährdung eines Ehegatten mit geschlechtlicher Ansteckung wird nur auf Antrag verfolgt. Bezüglich der der Verfolgung hindernd entgegenstehenden absoluten ärztlichen Schweigepflicht enthält der Entwurf die Bestimmung, dass der Arzt straffrei bleiben soll, wenn die Mitteilung oder Veröffentlichung der anvertrauten Geheimnisse des Kranken nach Inhalt und Form durch ein öffentliches Interesse oder ein berechtigtes Privatinteresse gerechtfertigt ist. Endlich will der Entwurf auch die Kurpfuscherei einschränken, indem er nicht bloss den Verkauf, sondern auch die blosse Ankündigung von Geheimmitteln und die schwindelhafte Anpreisung von Mitteln und Heilmethoden verbietet und diejenigen für strafbar erklärt, die in einer Druckschrift ein Heilmittel oder Heilverfahren oder eine ärztliche Behandlung durch eine unwahre Angabe ihrer Wirksamkeit anpreisen. Es wird die sofortige Inkraftsetzung dieser Bestimmungen verlangt.

Sontag (28) bedauert, dass im Vorentwurf des deutschen Strafgesetzbuches Strafbestimmungen über Ansteckung durch Beischlaf nicht vorgesehen sind und befürwortet die Einführung der Anzeigepflicht für jeden Geschlechtskranken und die Befugnis der Polizei zur Untersuchung und zwangsweiser Unterbringung im Krankenhause, wie sie durch einen vom stellvertr. Generalkommando in Schleswig-Holstein herausgegebenen Erlass verfügt worden ist. Die letztere Bestimmung wird von A. Pappritz wegen der möglichen Denunziationen und Erpressungen bekämpft.

Nach dem Berichte von Ebermayer (8) verlangte die deutsch-österreich. Beratungsstelle für Volkswohlfahrt eine Verordnung, die die Übertragung einer Geschlechtskrankheit unter Strafe stellt und jeden Geschlechtskranken verpflichtet, sich einer entsprechenden Behandlung zu unterwerfen unter gleichzeitigem Verbot der Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch Pfuscher und Naturheilkundige.

Bucura (5) macht darauf aufmerksam, dass bei chronischer Gonorrhoe nicht allein Urethra und Bartholinsche Drüsen, sondern auch die Cervix frei von Gonokokken sein können. Zur Diagnose der Gonorrhoe, besonders bei Ehe- oder Koituskonsens oder bei weit zurückliegendem Stuprum muss die Sekret-Entnahme aus dem Uterus selbst geschehen. Hierzu wird die Einführung eines Ureterenkatheters und die Ansaugung des Uterussekretes mittelst Rekordspritze aus der Gegend der Tubenmündungen empfohlen, nachdem die Portio im Spekulum freigelegt, der äussere Muttermund und der untere Teil des Zervikalkanals mit Jodtinktur desinfiziert und der ganze Zervikalkanal mit steriler Watte ausgewischt worden ist. Besonders unmittelbar vor oder noch besser sofort nach der Menstruation sind die Gonokokken im angesaugten Sekret leicht nachzuweisen.

Weiss (35) bestreitet die Anschauung, dass die Kolpitis granularis der Schwangeren ursächlich mit Gonorrhoe zusammenhänge, indem die Hälfte der untersuchten Fälle sicher gonorrhoefrei gefunden wurde und nur in 21% Gonorrhoe sicher festgestellt werden konnte.

Königsfeld und Salzmann (15) beobachteten eine 14 Tage nach Geschlechtsverkehr einsetzende Urethritis und Epididymitis mit vorzugsweise gramnegativen und nur wenig grampositiven, aber extrazellulären Diplokokken (D. crassus) im Sekret.

Asch und Adler (2) betonen die Beweiskraft intramuskulärer Injektionen von Gonokokkenvakzine bei latenter Gonorrhoe und das Wiederauftreten von Gonokokken, besonders von Degenerationsformen nach der Injektion.

Fischer (10) fand, dass die Vakzineanwendung nur bei frischer gonorrhoischer Komplikation diagnostischen Wert hat, nicht aber in chronischen Fällen.

Neisser (18) schlägt für zweifelhafte Fälle vor, mittelst der aus dem fraglichen Sekrete gewonnenen Kultur bei Gonorrhoikern eine Kutireaktion vorzunehmen, die, wenn das Material Gonokokken enthielt, positiv ausfällt.

Schlasberg (26) fand, dass nach intravenöser Arthigoninjektion aus dem Auftreten oder Ausbleiben von Fieber und Allgemeinreaktion Gonorrhoe nicht sicher angenommen oder ausgeschlossen werden kann, obwohl bei einer Steigerung von 1,5° eine Gonorrhoe mit Wahrscheinlichkeit vorliegt; dagegen ist die Arthigoninjektion sehr wertvoll für die Entscheidung, ob bei einer Schleimhautgonorrhoe die Gonokokken definitiv verschwunden sind.

Schürmann (27) empfiehlt für den Nachweis bestehender und nicht ausgeheilter chronischer Gonorrhoe, wo Gonokokken nicht mehr nachweisbar sind, die Thermopräzipitinreaktion (geklärtes Extrakt von Sekret, das mit hochwertigem Gonokokkenserum überschichtet wird, wobei bei positivem Ausfall an der Berührungsfläche ein weisser Ring entsteht), besonders für gerichtliche und medizinalpolizeiliche Zwecke und in Fällen, wo es sich um Erteilung des Ehekonsenses handelt.

Fuchs (11) untersuchte die Hautallergie, die sich bei der überwiegenden Mehrzahl gonorrhoisch Erkrankter mit der Neisserschen Gonokokkenvakzine (Gonokokkenbouillon) durch Intradermoreaktion feststellen lässt. Diese Hautallergie überdauert den Krankheitsprozess einige Zeit und erlischt meistens nach einigen Monaten. Während der Krankheitsdauer verschwindet sie nicht, einige Zeit nach der Heilung wird sie schwächer und verschwindet.

Van de Velde (32, 33) empfiehlt die diagnostische Züchtung der Gonokokken auf Thalmann-Agar und Aszites-Agar. Von den Immunitätsreaktionen wird vor allem ein niedriger opsonischer Index für wichtig erklärt, ausserdem die diagnostische Vakzination und die dadurch zu bewirkende Zunahme der Sekretion und leichtere Nachweisbarkeit der Gonokokken.

Warden und Schmidt (34) fanden eine alkoholische Lösung der Gonokokkenfettstoffe als Antigen bei der Komplementfixation besonders wirksam und erhielt damit positive Reaktionen bei Fällen, in denen Gonokokken vorhanden sind oder vor kurzem vorhanden waren. Positive Reaktionen sind stets für die Diagnose wertvoll, ebenso mehrfach wiederholte negative, dagegen ist eine einzelne negative Reaktion ohne Bedeutung.

Trumpp (31) verlangt das gesetzliche Eheverbot bei ansteckender Geschlechtskrankheit und die Aufstellung von ärztlichen Eheberatern zur Untersuchung von Ehebewerbern.

Hennig (13) erklärt die Wassermannsche Probe für ein wertvolles Hilfsmittel für die Beurteilung der Heiratsfähigkeit eines Syphilitikers, jedoch nicht für sich allein, wohl aber im Verein mit den bisher geübten und durch die Erfahrung erprobten Gesichtspunkten.

v. Zeissl (36, 37) beschreibt bei einem 2½jährigen Mädchen nach Schändung einen syphilitischen Primäraffekt in der rechten Genitokruralfalte mit Lymphknoten in beiden Leistendrüsen.

Mucha (17) führt die grosse Mehrzahl der Vulvovaginitisfälle bei kleinen Mädchen auf Übertragung durch die erkrankte Mutter oder Pflegeperson zurück, nur in wenigen Fällen auf Stuprum. Während des Krieges wurde im Zusammenhang mit der starken Zunahme der Geschlechtskrankheiten über-

haupt auch eine beträchtliche Zunahme der Vulvovaginitisfälle beobachtet. Eine Miterkrankung der Schleimhaut des Uterus und der Adnexe wird als Seltenheit und Ausnahme erklärt und als Beweis ein Obduktionsbefund angeführt, in welchem die ausgesprochenen entzündlich-infiltrativen Veränderungen sich am äusseren Muttermund scharf abgrenzten.

Norris (19) fand bei gonorrhoischer Vulvovaginitis kleiner Kinder den Bakterienbefund im Ausstrichpräparat nur in 45% der Fälle positiv. Wenn vorher Sublimatlösung (1 : 5000 Normalkochsalzlösung) in die Scheide eingespritzt und das Sekret durch Reiben mit Glasstab oder Handschuhfinger gelöst worden war, war der Bakterienbefund in 75%, und wenn am Tag vor der Sekretentnahme die ganze Scheide mit 5—10%iger Silbernitratlösung bestrichen war, in 97% der Fälle positiv.

Pontoppidan (22) beobachtete 779 Fälle von Vulvovaginitis gonorrhoica kleiner Mädchen, bei denen nur selten die Art der Infektion klargelegt werden konnte. Die meisten Kinder stammten aus der ärmeren Bevölkerung, Stuprum war nur ein- oder zweimal die Ursache. Von Komplikationen wurden 24mal Bartholinitis, 10mal Proktitis, 7mal Ophthalmoblennorrhoe, 7mal Arthritis, 5mal Salpingitis und 1mal Endometritis beobachtet. Es wird bestritten, dass die Erkrankung bis zum erwachsenen Alter bestehen bleiben könne.

Stümpke (30) stellte fest, dass unter 59 Fällen von Vulvovaginitis infantium in 55,9% auch die Abstriche von der Rektal-Schleimhaut Gonokokken ergaben.

d) Schwangerschaft in Beziehung auf gerichtliche Medizin.

1. *Ahlfeld, Kurzfristige Schwangerschaften. Mitteil. z. Geb. u. Gyn. f. d. Praxis v. Med.-R. H. Walther, Leipzig und der prakt. Arzt. Heft 13/14.
2. *Alzmann, Y., Einige Beiträge zur biochemischen Schwangerschaftsdiagnose. Inaug.-Diss. Würzburg 1914.
3. *Bauchwitz, K., Bemerkungen zu dem Aufsatze Dr. Lieskes: „Das Kriegskinderproblem." Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 1281.
4. Beck, Zwei Fälle von schwacher Uterusnarbe nach Sectio caesarea. Brooklyn. Gyn. Soc. Sitzg. v. 4. Febr. Amer. Journ. of Obst. Juli. p. 134.
5. *v. Behr-Pinnow, Zur Kriegskinderfrage. Deutsche Strafrechtsztg. Ref. Ärztl. Sachverständ.-Ztg. Bd. 22. p. 12.
6. *Benthin, W., Über Plazentarinfektionen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 479.
7. — Über kriminelle Fruchtabtreibung mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Ostpreussen. Verein f. wiss. Heilk. Königsberg. Sitzg. v. 10. Jan. u. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 539 u. 556. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 410, s. Jahresber. Bd. 29. p. 345. (In der Besprechung bezweifelt Puppe die Richtigkeit der von Benthin angestellten Schätzung der Zahl der Aborte, besonders auch der Selbstabtreibungen, ferner hält er septische Erscheinungen nicht für einen Beweis voraufgegangener krimineller Eingriffe. Das Kurpfuschereiverbot hält er in prophylaktischer Beziehung nicht für wirksam, wohl aber das Verbot des Verkaufs von Zinnspritzen mit langem Ansatzrohr, ebenso bei Verheirateten Gewährung von Geldzuschüssen für Kinder, bei Unverheirateten Mutterschaftsversicherung. Hilbert betont, dass die Anzeigepflicht für septische Aborte schon besteht, wie für Puerperalfieberfälle. Winter erhofft die Durchführung der mehrfach beantragten prophylaktischen Massnahmen nach dem Kriege.)
8. *Beuttner, Abderhaldensche Reaktion. Gyn. Ges. d. franz. Schweiz 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 344.
9. *Bijleveld, J. W., Abderhaldens Methode. Inaug.-Diss. Leiden 1913. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 428.
10. *Brünecke, K. H. L., Ein Beitrag zur Frage von der Ruptur des wieder gravid gewordenen Uterus nach vorausgegangener Sectio caesarea. Inaug.-Diss. Halle 1915.

11. *Bumm, E., Zur Frage des künstlichen Abortus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 43. p. 385.
12. *— Berechtigte und unberechtigte Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. v. 25. Febr., 10. u. 24. März und 7. April. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. p. 343ff.
13. Cherry, Spontanruptur des schwangeren Uterus mit milden abdominalen Symptomen New York Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. v. 28. Dez. 1915. Amer. Journ. of Obst. Juni.
14. *Credé-Hörder, C. A., Tuberkulose und Mutterschaft. Berlin 1915. S. Karger.
15. Cutter, J. S. und M. Morse, Erfahrungen mit der Kiutsi-Maloneschen Urinprobe zur Feststellung der Schwangerschaft. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 724. (Die Reaktion wird für nicht spezifisch erklärt.)
16. *Döderlein, A., Geburtshilfliche Kriegsprobleme. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. Nr. 26.
17. *Dreuw, § 184, 3. Frauenarzt Heft 12.
18. *Ebeler, F., Krieg und Frauenklinik. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 15.
19. *Ebermayer, Straflose Abtreibung bei Notzucht. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1009.
20. *— Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 952.
21. — Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 359. (Vertreibung einer zur Abtreibung geeigneten Frauendusche durch den Reisenden einer Drogenfirma; Verurteilung.)
22. — Strafbarer Vertrieb von Abtreibemitteln. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1488. (Verurteilung wegen des gewerbsmässigen Verkaufs von Abtreibemitteln unter dem Titel: Mittel zur Krankenbehandlung gegen Frauenleiden, Blutstockungen, Regelstörungen, Geschlechtskrankheiten und hygienische und kosmetische Damenartikel; öffentliche Anpreisung und Ankündigung. Verurteilung zu 6 bzw. 4 Monaten Gefängnis.)
23. — Untersagung der Berufsausübung gegenüber einer Hebamme. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1455. (Verkauf von Pessarien zur Verhütung der Schwangerschaft; Untersagung der Berufsausübung wegen mangelhafter Zuverlässigkeit.)
24. *Ellermann, V., Om Svangerskabst den og dens Svingninger. Ugeskr. f. Laeger. 1915. Nr. 31 und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 311.
25. *Engelhard, J. L. B., Methode Abderhaldens. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 22. Heft 3/4. Ref. Monatsschr. f. Geb u. Gyn. Bd. 44. p. 428. (Bei Schwangeren stets positiv, bei Nichtschwangeren negativ.)
26. *Falls, F. H., Der gegenwärtige Stand der Abderhaldenschen Reaktion. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 23.
27. Fehling, Aufgaben des Arztes für die Bevölkerungspolitik. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. v. 24. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1468. (Verlangt die Beihilfe der Ärzte für die Verminderung der Zahl der Aborte, für den Mutterschutz in der Schwangerschaft und für die Verminderung der Kindersterblichkeit bei der Geburt.)
28. Findley, Narbenzerreissung nach Kaiserschnitt. Amer. Gyn. Assoc. Sitzg. v. 9. Okt. 1915. Journ. of Amer. Med. Assoc. 1915. p. 2032.
29. Fischer, J., Zwei Obduktionsbefunde. Geb. Ges. Wien. Sitzg. v. 8. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 238. (1 Fall von Verblutung an chronischer Metritis, der zur gerichtlichen Obduktion Veranlassung gegeben hatte, jedoch war keine Schwangerschaft vorhanden; ferner ein Todesfall an Meningitis in der Schwangerschaft.)
30. *Fränkel, E., Zur Diagnose der Gravidität mit Abderhaldens Dialysierverfahren. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exper. Therap. Bd. 22. Heft 4/5.
31. *Die Frage der Zulässigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft vom Standpunkte der ärztlichen Wissenschaft und Berufsehre. Verhandl. d. erweiterten wiss. Deputation f. d. Medizinalwesen vom 13. u. 14. März. Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverwaltung. Bd. 5. Heft 8. Berlin, R. Schoetz.
32. Frank, Uterusruptur in der Schwangerschaft. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. v. 11. Febr. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 86. (Spontanruptur im Fundus im 8. Schwangerschaftsmonat.)

33. *v. Franqué, O., Geburtenrückgang, Arzt und Geburtshelfer. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Sitzg. v. 15. Mai. Med. Klin. Bd. 12. p. 837.
34. *— Nachtrag zu der Arbeit von Offermann über Heilung und Spätfolgen des queren Fundalschnittes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 186.
35. — Fälle von kriminellem Abort. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. v. 23. Okt. Med. Klin. Bd. 12. p. 1219. (Demonstration.)
36. Franz, Th. und M. Kuhner, Über die Impfung von Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. p. 141. (Keine Schädigung der Schwangeren durch die Vakzination, ebensowenig der Neugeborenen.)
37. *Gonnet, Fall von extramembranöser Schwangerschaft. Ann. de gyn. et d'obst. 1915. Heft 5/6. p. 519. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 47.
38. *Goudsmit, Methode Abderhaldens. Inaug.-Diss. Amsterdam 1913. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 427.
39. *Gröné, O., Kommt eine Überfruchtung (Superfoetatio) beim Menschen vor? 11. Kongress d. nord. chir. Vereins in Gothenburg v. 6.—8. Juli. Gyn. Sekt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 1014.
40. Grandke, Aufgaben der Bevölkerungspolitik. Mitteil. d. deutsch. Ges. f. Bevölkerungspolitik, Jahrg. 1. Heft 1. p. 4. (Fordert Bekämpfung der Abtreibungen und der Präventivmittel und ihrer Anpreisung.)
41. *Gsell, J. L., Beitrag zur Frage der Unterbrechung der Schwangerschaft und der gleichzeitigen Sterilisation. Inaug.-Diss. Zürich 1915.
42. Harras, Sectio caesarea post mortem. New York Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. v. 28. Dez. 1915. Amer. Journ. of Obst. Juni.
43. *v. Hövell, H., Gründe und Bedeutung des Geburtenrückgangs vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. Was kann der Arzt und die Medizinalverwaltung tun, um diesem Übel zu begegnen? Vierteljahrsschr. f. ges. Med. u. öffentl. San.-Wesen 3. Folge. Bd. 51. p. 270.
44. *Hofacker, Fruchtaustreibung durch Gebärmutterauskratzung. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 29. p. 597.
45. *Hüssy, P., Neuere Anschauungen über das Wesen und den Zusammenhang von Menstruation und Ovulation. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 5.
46. *Kästner, P., Der Arzt in der Rechtsprechung. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1796.
47 *Koblanck, Myomatöser gravider Uterus nach Röntgenbestrahlung Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. v. 11. Dez. 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 502.
48. *Latzko, W., Komplizierter Fall von puerperaler Peritonitis. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 11. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 157.
49. Leubuscher, Über den kriminellen Abort in Thüringen. Deutsche Strafr.-Ztg. 1915. p. 403. (s. Jahresber. Bd. 29. p. 345).
50. *Lieske, H., Der Kampf gegen die Abtreibung und das sog. Kriegskinderproblem. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 895.
51. *— Ärztliche Rechtsfragen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 1243.
52. *— Erwiderung auf die Bemerkungen von Bauchwitz (3). Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 1283.
53. *Lindemann, W., Beiträge zur Technik und Bewertung der Anaërobenzüchtung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 18.
54. *Lindstedt, F., Untersuchungen über die Spezifität der Graviditätsreaktion mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Therap. Bd. 24. Heft 5.
54a. *Link, G., Über Hydrops congenitus bei fötaler Thrombose. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. Bd. 59. Heft 3.
55. *Mack, A. E., Sectio caesarea nach dem Tode der Mutter. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 613.
56. *Mc Nally, W. D., Ein Fall von tödlicher Cedernöl-Vergiftung. Med. Rec. New York. Bd 89 p. 330. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 816.
57. *Marcuse, M., Zur Stellung des Arztes gegenüber der Geburtenbeschränkung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 259.
58. *Martin, A., Die Narbe des queren Fundalschnittes nach Fritsch bei folgender Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 296.

59. *Meyer-Ruegg, Ein Fall von Oligohydramnie. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 830.
60. *Möller, W., Zur klinischen Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion mittelst des Dialysierverfahrens. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 87.
61. *Neisser, A., Zur Frage der Präventivmittel. Mitteil. d. deutsch. Ges. f. Bevölkerungspolitik. Jahrg. 1. Heft 2. p. 36.
62. Offermann, J. J., Heilung und Spätfolgen der Narbe beim queren Fundalschnitt beim Kaiserschnitt nach Fritsch. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 173. (Verdünnung der Wand an der Narbe bis zu 1 mm Dicke; Mitteilung von 21 Rupturfällen aus der Literatur.)
63. *Olbrycht, J., Ein Fall von Selbstvergiftung durch Ammoniak. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 29. p. 704.
64. *v. Olshausen, Th., Abtreibung bei Schwangerschaft infolge erlittener Notzucht. Med. Klin. Bd. 12. p. 1273.
65. *Otto, R. und G. Blumenthal, Erfahrungen mit dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Therap. Bd. 24. Heft 1.
66. *Pfeiler, W., R. Standfuss und E. Roepke, Über Anwendung des Dialysierverfahrens für die Erkennung der Trächtigkeit. Zentralbl. f. Bakt. Abt. 1. Bd. 75. p. 525.
67. *Pok, J., Über menstruationsähnliche Blutungen in der Schwangerschaft. Gyn. Rundsch. Bd. 10. Heft 3.
68. *Potocki, Laquerrière und Delheim, Die Radiographie des Foetus in utero. Journ. de méd. de Paris. 1914. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 261.
69. *Reichenbach, A., Über Abderhaldensche Versuche spezifischer Schwangerschaftsreaktionen mit dem Dialysierverfahren. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Sitzg. v. 28. Nov. 1915. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 287.
70. *Richter, Die Bevölkerungsfrage. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 257 und 273.
71. *Riesgo, J. M., Beitrag zum Studium der Abderhaldenschen Reaktion. Bol. dell'Instituto nac. de Hig. di Alfonso. Bd. 37. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 318.
72. *Roepke, Tuberkulose und Schwangerschaft. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 29. p. 85.
73. *— Kriminelle Fruchtabtreibung, künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft und Fürsorge für tuberkulöse Schwangere. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 29. p. 281.
74. *Ruge, P., Über die Zunahme der Aborte. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 458.
74a. *Sachs, E., Zur Ätiologie der Korpusrupturen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. p. 108 und Verein f. wiss. Heilk. Königsberg. Sitzg. v. 8. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 731.
75. Schacht, F., Die Fruchtabtreibung. Arch. f. Frauenk. u. Eug. Bd. 2. Heft 1. (Bespricht die Mängel der bestehenden Strafbestimmungen.)
76. *Schäfer, Abtreibungs- und Ausräumungsversuch bei fehlender Schwangerschaft, kompliziert mit schwerer Darmverletzung. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. v. 10. März. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. p. 356.
77. *Schäffer, R., Zum Antrag der 1. rheinischen Kammer, zur Standesordnung folgenden Zusatz zu beschliessen: es ist standesunwürdig, einen künstlichen Abort ohne vorhergehende gewissenhafte Indikationsstellung in Beratung mit einem zweiten Arzte auszuführen; die Indikationsgründe sind protokollarisch kurz festzulegen, mit den Unterschriften zu versehen und 5 Jahre lang von dem operierenden Arzte aufzubewahren. Berlin-Brandenburger Ärztekammer. Sitzg. v. 22. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 165.
78. *Schlagenhaufer und Verocay, Ein junges menschliches Ei. Arch. f. Gyn. Bd. 105. p. 151.
79. *Schröder, E., Über Rupturen der Kaiserschnittnarbe bei nachfolgenden Schwangerschaften. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 191.
80. *Spinner, J. R., Studium zum Abortusproblem. Gross' Arch. Bd. 60. p. 307.
81. Strafbare Ankündigung der „Conco-Dusche" als Empfängnis-Schutzmittel. Urteil d. Reichsgerichts v. 2. März 1915. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 29. Beilage p. 42.
82. Strafbarer Vertrieb von Abtreibungsmitteln. Urteil der Strafkammer II des Landgerichts Hamburg vom 4. Febr. und des Reichsgerichts vom 22. Mai. Zeitschr. f. Med.-Beamte Bd. 29. Beilage p. 141. (Verurteilung eines Ehepaares wegen Anpreisung von Abtreibemitteln öffentlich und in Druckschriften und Verkauf von solchen zu 6 bzw. 4 Monaten Gefängnis; es handelte sich um Teemischungen, die ätherische Öle

enthielten. Zugleich Verurteilung des Redakteurs der Zeitung, in der die Ankündigung erfolgte.)
83. *Strassmann, P., Ruf an die Mütter. Berlin 1915. A. Hirschwald.
84. *Tandler, J., Krieg und Bevölkerung. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 19. p. 445ff.
85. *Thoma, G., Geburtenrückgang und Geschlechtskrankheit. Frauenarzt Heft 1/2.
86. *Torggler, F., Fruchttod durch Blitzschlag. Gyn. Rundsch. Bd. 9. Nr. 23.
87. Treub, H., Künstlicher Abortus. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. I. p. 10. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 506. (Betont gegenüber der neuen Bestimmung des holländischen Strafgesetzbuches über die Fruchtabtreibung, dass der Arzt einzig und allein vom Staatsanwalt abhängig ist und von dessen Auffassung, ob er ein ärztliches Berufsrecht anerkennt oder nicht.)
88. Vaerting, M., Mutterpflichten gegen die Ungeborenen; eine Mahnung zur Bevölkerungserneuerung nach dem Kriege. Berlin 1915. Concordia (populär).
89. *Veit, J., Über die Anzeigen der künstlichen Fehlgeburt. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 7. Heft 1.
90. *Wall, J. S., Die Stellung des Kindes in der praktischen Geburtshilfe. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 455.
91. *Weil, G., Die Bedeutung der Antitrypsinreaktion in der klinischen Diagnostik. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 29. Heft 2.
92. *Williams, F. R., Ein Schieferstift im Cökum. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 18. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 877.
93. — J. T., Entbindung per vias naturales nach vorausgegangenem Kaiserschnitt, nebst Bericht über 2 Fälle. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Wom. and Childr. Bd. 73. Nr. 3. (Enthält 2 Fälle über Spontanruptur in der Kaiserschnittnarbe.)
94. *Winter, G., Unsere Aufgaben in der Bevölkerungspolitik. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 97.
95. *Würzburger, E., Rückblick auf die Literatur des Geburtenrückganges. Soz. Praxis u. Arch. f. Volkswohlfahrt p. 481. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 679 u. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Med. Sekt. Breslau. Sitzg. v. 10. April. Ebenda p. 1087.
96. Wyder, Th., Der Geburtenrückgang. Gyn. Helv. 1914, s. Jahresber. Bd. 28. p. 586.
97. Zurücknahme des Prüfungszeugnisses einer Hebamme wegen Anwendung, Vertrieb und Empfehlung von empfängnisverhütenden Mitteln (Pessarien etc.). Urteil d. bayer. Verwaltungsgerichtshofes vom 19. Nov. 1915. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 29. Beilage p. 86. (Die Hebamme hat ein sog. Obturos- oder Okklusivpessar eingeführt, obwohl sie schon behördlich vor solchen unsauberen Geschäften verwarnt worden war. Die Zeugniszurücknahme erfolgte auf Grund von § 53, Abs. 2 der Reichsgewerbeordnung und § 7, Abs. 5 der bayer. Dienstanweisung f. Hebammen.)
98. Zur Untersagung des Handels mit Drogen usw., die Heilzwecken dienen, genügt nicht der Nachweis einer Unzuverlässigkeit des betreffenden Gewerbetreibenden, sondern es ist der Nachweis einer tatsächlichen Gefährdung des Lebens und der Gesundheit von Menschen durch die Handhabung des Betriebes erforderlich; ein Schaden braucht jedoch nicht schon eingetreten zu sein. Entscheidung des preuss. Oberverwaltungsgerichtes vom 21. Febr. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 29. Beilage p. 113.

Schwangerschaftsdauer.

Hüssy (45) nimmt das Platzen des Follikels und den Austritt des Eies am 18. Tag nach der Menstruation an und glaubt, dass dieses Verhältnis auch durch schwere Genitalerkrankungen nicht geändert wird.

Ahlfeld (1) betont das Vorkommen kurzfristiger Schwangerschaften und die Möglichkeit, dass unter günstigen Ernährungsverhältnissen ein Kind schon frühzeitig ein ungewöhnliches Gewicht und dementsprechende Länge erreichen kann. Es darf daher ein „offenbar unmöglich" nicht ausgesprochen werden, wenn bei „reifem" Kinde die Schwangerschaft vom Tage der Konzeption an auch nur 220 Tage gedauert hat, wenn keine anderen Gegengründe gegeben sind. Erforderlich zur Begutachtung ist der Termin des in Frage kommenden Beischlafs und die genaue Kenntnis des Entwicklungs- und Reifegrades des

Kindes. Ausser dem Gewicht ist unter den Reifezeichen vor allem die Länge von Wichtigkeit. Wenn in einem gerichtlichen Fall durch Arzt oder gewissenhafte Hebamme ausser Gewicht und Länge alle oder die Mehrzahl der wichtigen Reifezeichen gewährleistet ist, so kann, falls sonst keine Gegengründe vorliegen, das „offenbar unmöglich“ dann ausgesprochen werden, sobald die Schwangerschaft vom Konzeptionstermin ab noch nicht 245 Tage gedauert hat. Von Interesse sind noch die Fragen: 1. Findet die Eilösung in regelmässigen Zwischenräumen und in einem zeitlichen Verhältnis zur normalen Menstruation statt? 2. Wie lange bleibt ein aus dem Follikel ausgetretenes Ei befruchtungsfähig? 3. Wie lange bleibt der Samen in den weiblichen Organen geborgen, lebendig und befruchtungsfähig? Kann er sich sogar durch eine Menstruation hindurch lebensfähig erhalten?

Ellermann (24) fand aus der Berechnung bekannter grosser Statistiken über Schwangerschaftsdauer, dass die Schwankungen der normalen Schwangerschaftsdauer dem experimentellen Fehlergesetz folgen. Die Standardabweichung beträgt 10 Tage und von 1000 Fällen liegen 997 Fälle innerhalb der dreifachen Standardabweichung. Für Kinder von 3—5,5 Kilo kann man die Grenzen der Schwangerschaft zwischen 240 und 300 Tagen und unter Berücksichtigung der selteneren Fälle zwischen 230 und 310 setzen, für Kinder über 4000 g auf 248—308 bzw. auf 238—318 Tage.

Meyer-Ruegg (59) berichtet über 3 Geburten bei ein und derselben Frau, in welchem stets Fruchtwassermangel bestand; die erste Geburt trat 3 Wochen, die zweite 28 Tage und die dritte 23 Tage nach dem berechneten Ende ein.

Pok (67) hebt nach 6 Beobachtungen das Vorkommen von pseudomenstruellen Blutungen in der Schwangerschaft hervor, die in den ersten 3—4 Monaten einer echten Menstruation ähnlich sind und dann schwächer werden; sie bewirken ein Ausbleiben der subjektiven Schwangerschaftssymptome bis zum Eintritt der Kindsbewegungen.

Gröné (39) glaubt, dass die Möglichkeit einer Superfötation theoretisch nicht verneint werden kann, jedoch ist bis heute kein Fall beschrieben, der das Vorkommen einer Superfötation beim Menschen beweist.

Schwangerschaftsdiagnose.

Möller (60) erklärt eine negative Reaktion nach Abderhalden für mit grösster Wahrscheinlichkeit eine bestehende oder vor kurzer Zeit beendete Schwangerschaft ausschliessend, während eine positive Reaktion nicht berechtigt, die Schwangerschaftsdiagnose mit Sicherheit zu stellen.

Das Abderhaldensche Dialysierverfahren wird ferner für die Diagnose der Schwangerschaft von Beuttner (8), Bijleveld (9), Alzmann (2), Engelhard (25), Falls (26), Fränkel (30), Goudsmit (38), Lindstedt (54), Otto und Blumenthal (65), Pfeiler, Standfuss und Roepke (66) und Reichenbach (69) übereinstimmend als nicht konstant und daher besonders für gerichtliche Zwecke als nicht genügend sicher bezeichnet, während Riesgo (71) die Probe für zuverlässig und konstant erklärt.

Weil (91) erklärt die Antitrypsinreaktion bei Schwangerschaft als verwertbares diagnostisches Mittel und hebt die einfache Technik als Vorzug des Verfahrens hervor.

Potocki, Laquerrière und Delheim (68) konnten bei Röntgenaufnahme den Fötus im Uterus im 6.—7. Monate, in einem Falle sogar mit $4^1/_2$ Monaten sichtbar machen.

Verhütung des künstlichen und des kriminellen Abortes.

In der erweiterten Deputation für das Medizinalwesen (31) fordert Barbach angesichts der erweiterten medizinischen Indikation für die Einleitung des Abortus nicht nur auf eine gegenwärtige, sondern auf eine zu erwartende Gefahr für Leib und Leben die grösste Vorsicht bei der Indikationsstellung, welche nicht nur vom wissenschaftlichen Standpunkte aus, sondern auch mit Rücksicht auf die ärztliche Berufsehre nur nach einer Beratung von 2 Ärzten getroffen werden dürfe; über die Beratung soll eine Verhandlung aufgenommen werden, die dem Vorsitzenden der zuständigen Ärztekammer oder dem Kreisarzte einzusenden ist. Die soziale Indikation wird verworfen, ebenso die kombinierte medizinisch-soziale Indikation, in gleicher Weise die eugenische Indikation und die Schwangerschaftsunterbrechung nach Notzucht.

Bumm erklärt das ärztliche Recht der Schwangerschaftsunterbrechung zur Rettung der Mutter aus Lebensgefahr oder zu ihrem Schutz vor schwerer Gesundheitsschädigung als auf dem Berufsrecht beruhend. Auch Bumm schliesst die soziale und die eugenische Indikation aus, weil die Rechtssprechung nur eine Unterbrechung aus medizinischen Gründen zulässt. Bumm bestätigt die Zunahme der Aborte, auch die der ärztlicherseits eingeleiteten und schätzt ihre Zahl auf 1 Abort auf 4 Geburten für die Stadt und auf 1 : 6 für das Land, so dass auf 1 900 000 Geburten 300 000 Aborte entfallen, von denen ²/₃ künstlich eingeleitet sind. Allerdings ist die Zahl der von Berufsabtreibern und Hebammen eingeleiteten Aborte viel grösser als die von Ärzten eingeleiteten; immerhin musste unter 202 von Ärzten der Klinik zur Aborteinleitung zugewiesenen Fällen 143 mal (fast in 75⁰/₀) die Indikation abgelehnt werden. Bumm verlangt wegen laxer Auffassung der Indikation seitens der Ärzte eine Kontrolle über die ärztliche Vornahme des künstlichen Abortus und zwar die Einführung der Anzeigepflicht für jeden derartigen Eingriff; die Forderung eines ärztlichen Konziliums hält Bumm für unwirksam.

Krohne bedauert die bedenkliche Wandlung, welche die Ansicht der Ärzte über die Berechtigung der Schwangerschaftsunterbrechung erfahren hat und verlangt den weitestgehenden Schutz nicht allein dergeborenen Kinder, sondern auch der erzeugten menschlichen Früchte, wobei der Staat das Recht hat, entscheidend mitzusprechen. Die Schwangerschaftsunterbrechung ist nur gerechtfertigt, wenn es sich um Notstand, d. h. zur Rettung aus gegenwärtiger Gefahr für Leib und Leben handelt, nicht bloss bei möglicher Gefahr. Die soziale und die eugenische Indikation ist vom Standpunkt der geltenden Rechtsauffassung und vom Standpunkt der Wissenschaft und des Volkswohls zu verwerfen. Krohne fordert eine Beratung mit einem zweiten, besonders vertrauenswürdigen Arzte (Krankenhausdirektor, Professor, Ärztekammermitglied oder beamteter Arzt etc.) und eine Niederschrift der Beratung, die wenigstens 10 Jahre aufzubewahren ist.

Die Beratung einigte sich auf folgende Leitsätze: 1. Der Arzt darf nur aus medizinischen Indikationen die Schwangerschaft unterbrechen; die Indikation darf nur dann als vorliegend erachtet werden, wenn bei der betreffenden Person infolge einer bereits bestehenden Erkrankung eine als unvermeidlich erwiesene schwerste Gefahr für Leben und Gesundheit vorhanden ist, die durch kein anderes Mittel als durch Unterbrechung der Schwangerschaft abgewendet werden kann. 2. Der Arzt ist nicht berechtigt, aus sozialen oder rassehygienischen Gründen die Unterbrechung vorzunehmen; er würde durch eine solche Handlung einen Verstoss gegen das Strafgesetz begehen. 3. Es empfiehlt sich, eine Schwangerschaftsunterbrechung nur auf Grund einer Beratung mehrerer Ärzte vorzunehmen. 4. Für die durch Ärzte vorgenommene Unterbrechung der Schwangerschaft ist die Anzeigepflicht einzuführen.

Ebermayer (20) führt ein reichsgerichtliches Urteil (vom 21. Dez. 1915) an, wonach durch das blosse Bestehen einer Schwangerschaft das Leben der Schwangeren gefährdet sein kann, so dass auch in einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft, wenn bei der Geburt der Tod mit Sicherheit zu erwarten ist, ein Notstand vorliegen kann, der die Abtreibung straflos macht. Daraus darf nicht der Schluss gezogen werden, dass der Arzt in solchen Fällen den Abort einleiten dürfe, sondern er ist nach dem geltenden Recht nur dann dazu befugt, wenn die Schwangere zu seinen Angehörigen gehört. Auch die Einwilligung der Schwangeren rechtfertigt den Arzt nicht. Im neuen Strafgesetzentwurf wird der Notstand über den Kreis der Angehörigen hinaus ausgedehnt, aber auch hier ist der Arzt nur beim Vorhandensein eines Notstandes geschützt.

Bumm (12) erklärt das Recht des Arztes auf Unterbrechung der Schwangerschaft als durch das ärztliche Berufsrecht begründet und die Straffreiheit an die Bedingung geknüpft, dass die Unterbrechung von einem Arzte eingeleitet sein muss und auf Grund einer medizinischen Indikation, und zwar einer ernsten Indikation, also bei Gefahr für das Leben der Mutter oder bei schwerer Gesundheitsschädigung. Eine strenge medizinische Indikation ist aber sehr selten. Von 202 Fällen, die innerhalb von 5 Jahren der Berliner Klinik zur Aborteinleitung zugewiesen wurden, wurde nur in 59 Fällen dieser Indikation stattgegeben. Die soziale Indikation an sich ist zu verwerfen, jedoch kann die soziale Lage einer Schwangeren auf die medizinische Indikationsstellung miteinwirken. Zu verwerfen ist ferner die humanitäre Indikation bei Schwängerung durch Notzucht, ebenso die eugenische.

In der Aussprache erwähnt Schäffer, dass in seiner Poliklinik die Verhältniszahl zwischen Geburten und Fehlgeburten bei Unverheirateten 100 : 41, bei Verheirateten 100 : 30,1 betrug. Er erwähnt die rapide Zunahme der ärztlicherseits eingeleiteten Aborte auf Grund einer sich immer mehr ausdehnenden Indikationsstellung seit dem Anfang des Jahrhunderts und bringt diese Zunahme mit dem zunehmenden Druck der Bevölkerung auf die Ärzte infolge des immer grösser werdenden Wunsches nach Einschränkung des Nachwuchses. Die Zahl der hierdurch zu Verlust gehenden Kinder schätzt er als wesentlich höher als Bumm und schlägt dabei ganz besonders die moralische Einwirkung jedes ärztlich eingeleiteten Abortus Falles auf die Bevölkerung hoch an. Die Begründung der Berechtigung der Aborteinleitung mit dem ärztlichen Berufsrecht verwirft Schäffer mit dem Hinweis der Erkenntnisse des Reichsgerichts über das Recht der ärztlichen Operation überhaupt, in denen das ärztliche Berufsrecht unbedingt verneint wird. Die Straflosigkeit beruht vielmehr auf den Notstandsbegriff, welcher in den Vorentwurf zum neuen Strafgesetz aufgenommen worden ist. Bezüglich der Indikationsstellung weist er auf die Tuberkulose hin, bei welcher die Indikationsstellung sicher zu sehr verallgemeinert worden ist. Die soziale Indikation ist lediglich als eine Gesetzesverletzung anzusehen, dagegen können soziale Verhältnisse den vorher schon bestehenden Notstand verschärfen.

Koblanck betont die Zunahme nicht allein der Fehlgeburten, sondern auch der Frühgeburten in den späteren Monaten, von denen er ebenfalls eine grosse Zahl auf willkürliche Abtreibung zurückführt. Bei der Kritik der Indikationen schliesst er Hyperemesis und Beckenverengerung aus.

Nagel erkennt an, dass nur ein verschwindend kleiner Teil aller künstlich eingeleiteten Aborte durch ärztlichen Eingriff zustande kommt, und spricht sich zur Hebung der Geburtenzahl für Belohnung der höheren Kinderzahl, Aufbesserung der Lebensbedingungen, Erleichterung der Kindererziehung etc. aus. Eine staatliche Kontrolle des künstlichen ärztlichen Abortus ist verwerflich, weil es als Misstrauensvotum gegen die Ärzte aufgefasst werden kann. Bei nicht

klarer geburtshilflicher Indikation ist die Konsultation mit einem zweiten Arzte notwendig.

Keller bestätigt, dass die ärztliche Anschauung über die Zulässigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung in letzter Zeit eine freiere geworden ist; er verlangt stets die Zuziehung eines zweiten Arztes und die absolute Indikation, d. h. den augenblicklichen Nachweis drohender Lebensgefahr. Die soziale und rassenhygienische Indikation wird unbedingt verworfen.

Laserstein will die heutige Abneigung der Frauen gegen vermehrten Nachwuchs weniger auf Bequemlichkeit und Luxus. sondern auf die erhöhten Schwierigkeiten bei der Kindererziehung zurückführen und tadelt ausserdem die an grossen Kliniken geübte Behandlung der Aborte in der poliklinischen Sprechstunde.

Abel beklagt, dass in den Anschauungen der Ärzte über die Anzeigen der Schwangerschaftsunterbrechung eine Verwirrung herrscht und wünscht die Festlegung der absoluten Indikationen durch eine hervorragende fachärztliche Gesellschaft in Form einer für die Ärzte bestimmten Denkschrift.

P. Ruge bestreitet, dass die Ärzte von der Zunahme der künstlichen Aborte völlig freizusprechen sind, und hält die Einführung der Anzeigepflicht sowie den Rat der Beiziehung eines zweiten Arztes für unwirksam. Gefordert wird besonders das Verbot der Anpreisung und des Verkaufs von Abortivmitteln, die Kontrolle der Hebammen und der Privatheilanstalten. Eine Denkschrift wäre insoferne von Wirkung, wenn darin betont würde, dass die Schwangerschaft unter anderen Verhältnissen, als den angeführten, nicht unterbrochen werden darf. Ferner wird an Stelle der Schweigepflicht im Gegenteil die Verpflichtung für wünschenswert erklärt, gewisse Handlungen, die einem Verbrechen gleichen, anzuzeigen, besonders den ärztlichen Ehrengerichten und Ärztekammern gegenüber und endlich wird die Zuerkennung mildernder Umstände bei Bestrafung solcher Schwangeren, die die Abtreibung selbst anzeigen, empfohlen.

Störmer hebt hervor, dass der bei weitem grösste Teil der kriminellen Aborte von berufsmässigen Abtreiberinnen der verschiedensten Stände bewirkt wird und erwähnt noch die Mitschuld eines grossen Teiles der Ärzte, unter denen sich ebenfalls geradezu berufsmässige Abtreiber befinden. Dabei besteht häufig ein Zusammenarbeiten von untereinander befreundeten Ärzten, oder von Arzt und Hebamme oder von Ärzten und anderen Schleppern. Zur Abhilfe verlangt Störmer: 1. Pflichtmässige Anzeige jedes Aborts für Arzt, Hebamme oder andere Personen, die von dem Abort Kenntnis haben, bei einer neuzubildenden Zentralinstanz; 2. letztere ist verpflichtet, mit Hilfe geschulter Gehilfen den Gründen der einzelnen Aborte nachzugehen; 3. Zulässigkeit der Aborteinleitung nur nach Beiziehung eines zweiten Arztes und Oberentscheidung über die getroffene Indikationsstellung durch einen dritten Arzt, der einschlägiger Facharzt ist; 4. bei nicht sofort zu fällender Entscheidung Beobachtung der Schwangeren in Wohnung oder Krankenhaus unter Mitbeteiligung des entscheidenden dritten Arztes; 5. Schaffung einer Anzahl derartiger Obmänner durch die Zentralinstanz; 6. Aufnahme eines Protokolles über Befund und Indikationsstellung; 7. nur die Zentralinstanz bestimmt, welcher Arzt im konkreten Falle die Operation auszuführen hat.

Baur verwirft die absolute soziale Indikation und äussert Bedenken über den Nutzen einer behördlichen Bevormundung der ärztlichen Berufstätigkeit.

Mackenrodt verlangt für die Einleitung der Fehlgeburt, 1. dass festgestellt werden muss, dass durch den Eingriff die Gesundheit der Mutter wenigstens in dem Masse wiederhergestellt werden kann wie vor der Schwangerschaft; 2. wenn dies nicht der Fall ist und das baldige Ableben der Mutter nach der rechtzeitigen Geburt sowieso zu erwarten ist, so darf der Eingriff nicht stattfinden, um wenigstens das Leben des Kindes zu retten. 3. Vor dem beabsichtigten Eingriff ist

dessen Notwendigkeit auf Grund einer genauen Untersuchung durch zwei Ärzte schriftlich zu begründen; der ausführende Arzt hat diese schriftliche Begründung zugleich mit der Mitteilung, dass der Eingriff stattgefunden hat, dem zuständigen Kreisarzt einzureichen; eine Weitergabe ev. an die Ärztekammer wäre vielleicht ganz wünschenswert. Bei diesen oder ähnlichen Bestimmungen darf die Indikation im Einzelfalle dem Urteil des behandelnden Arztes ruhig überlassen bleiben. Eine Einmischung der Ehrengerichte ist nicht wünschenswert. Ferner wird angeregt, dass aussereheliche Kinder den Namen des Vaters führen sollen. Bei der Bestrafung der Mütter wird weitgehende Strafmilderung, für die Abtreiber und ihre Beihelfer dagegen die härtesten Strafen befürwortet.

Lehmann hebt hervor, dass der Notstandsparagraph eine unverschuldete, eine nicht geringe und eine augenblickliche Gefahr voraussetze. Unverschuldet ist nicht die Schwangerschaft, sondern die Krankheit, die als ihre Komplikation auftritt; bezüglich der augenblicklichen Gefahr ward eine Reichsgerichtsentscheidung angeführt, die eine Gefahr bereits dann als gegenwärtig annimmt, wenn durch Zögern das das Übel verwirklichende Ereignis unabwendbar wird oder die Gefahr unverhältnismässig wächst, sobald also die Verhältnisse darauf drängen, ungesäumt mit Abwehrhandlungen vorzugehen. Eine Aufstellung von Bedingungen, unter welchen die Aborteinleitung den Ärzten erlaubt sein soll, wird nicht für angängig gehalten. Die Zahl der Ärzte, die charakterschwach dem Andrängen der Patientinnen nachgeben, wird nicht für so hoch gehalten, dass sie gegenüber den berufsmässigen Abtreibern ins Gewicht fällt.

P. Strassmann beklagt besonders die weite Ausdehnung der Indikation bei Tuberkulose und verlangt, dass auch bei Tuberkulose die Fehlgeburtseinleitung das ultimum und rarissimum refugium bilde. Bezüglich der Abtreibung durch Ärzte werden die bisherigen Strafbestimmungen für ausreichend erachtet. Die Zahl der abtreibenden Ärzte wird höher geschätzt, als dies Bumm tut. Besonders wird das Verbot antikonzeptioneller Apparate auch für die Zeit nach dem Kriege verlangt.

C. Ruge I hält die Zahl der abtreibenden Ärzte für gross und schlägt vor, dass es der Ärztekammer bzw. deren Vorstand gestattet sein soll, bei den Ärzten, die immer wieder in Beziehung zu Aborten kommen, genaue Untersuchung einzuleiten, wie weit es sich um Abtreibungen oder um weitherzige, pekuniär lohnende künstliche Frühgeburtseinleitung handelt; mit polizeilichen Massnahmen wird sicher wenig erreicht werden.

Czempin erkennt an, dass angesichts der hohen Bedeutung der Frage es gerechtfertigt erscheint, dass die Ärzte von dem Masse der bisher vom Gesetze eingeräumten Freiheit einen Teil opfern und stimmt daher der Anzeigepflicht der ausgeführten Aborte an beamtete Stellen zu, jedoch nicht der Forderung, dass vor der künstlichen Aborteinleitung die Genehmigung eines dritten amtlichen Schiedsrichters eingefordert werden soll. Er empfiehlt ferner die Anforderung eines schriftlichen Gutachtens von dem Arzte, der das den Abort indizierende Leiden behandelt hatte, oder wenn dies nicht möglich ist, die Beiziehung eines einschlägigen Facharztes, ausserdem die Anrechnung eines verhältnismässig geringen Betrages als Honorar. Eine Vornahme der Aborteinleitung ohne Wissen und Zustimmung des Ehemannes ist verwerflich. Den Forderungen Störmers wird nicht zugestimmt, ebensowenig der von Bumm verlangten Anzeigepflicht, die als ein Eingriff in das innerste Leben der Familie angesehen wird.

Franz teilt den Pessimismus bezüglich des Anteils der Ärzte an der grossen Zahl der Aborteinleitungen nicht und erklärt sich als Gegner jeglicher Bevormundung der Ärzte in der Frage der Aborteinleitung, die er ausserdem für nutzlos hält.

Nagel glaubt, dass durch die gemachten Vorschläge etwas Greifbares und Nützliches in der Bewegung gegen den Geburtenrückgang nicht entstehen werde.

Gsell (41) formuliert die Indikation zur Einleitung der künstlichen Fehlgeburt in der Weise, dass sie durch die das Leben direkt bedrohenden Zustände, die durch die Schwangerschaft hervorgerufen werden und mit deren Unterbrechung wieder verschwinden, sowie bei schon bestehenden Zuständen, die durch die Schwangerschaft zu einem bedrohlichen Grade verschlimmert werden, angezeigt ist.

Roepke (73) bekämpft unter Bezugnahme auf einen gerichtlich verhandelten Fall den Gedanken, den Begriff des Notstandes auf alle hilflosen Schwangeren anzuwenden, welche von einer neuen Entbindung den Tod befürchten. Zur Bekämpfung des kriminellen Abortes wird nicht die Errichtung von Findelhäusern, sondern von Gebärasylen, die Meldepflicht der septischen Aborte durch Arzt und Hebamme, die Besserstellung des Hebammenstandes und das Verbot der Herstellung von Mutterspritzen gefordert. Endlich werden die Indikationen des ärztlicherseits eingeleiteten Abortes besprochen und die Unterbringung von Schwangeren, bei denen beginnende aktive oder eine stationäre Tuberkulose sichergestellt ist — aber nicht von nichttuberkulösen oder tuberkuloseverdächtigen Schwangeren behufs Prophylaxe — in eine Lungenheilstätte und der Ausbau von Frauenheilstätten für tuberkulöse Schwangere verlangt. Die Indikationsstellung für Aborteinleitung bei Tuberkulose soll nur nach Beiziehung eines zweiten Arztes erfolgen.

Lieske (51) bespricht eine Reichsgerichtsentscheidung, die die Abtreibung für straflos erklärt, wenn Notstand, d. i. nicht nur gegenwärtige, sondern auch späte durch die Geburt zu erwartende Gefahr für Leib und Leben besteht. Lieske findet es sehr gefährlich, den Schwangeren selbst die Entscheidung über ihren Zustand zu überlassen, und fordert, dass der Nachweis zu liefern sei, dass die Umstände ob ihrer Dringlichkeit die Beiziehung eines Arztes ausschlössen, ein Nachweis, der wohl kaum je glücken dürfte.

P. Ruge (74) bestreitet die Anschauung von Bumm, dass die Beteiligung der Ärzte an der hohen Zahl der gegenwärtig eingeleiteten künstlichen Aborte eine so sehr geringe ist, und erwähnt als Stütze seiner Anschauung einen Fall, in welchem ein Arzt im Laufe eines Jahres 60 mal die Schwangerschaft auf Grund irgendeiner Indikation zu unterbrechen für gut fand. Wenn man erfährt, was für Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung Anlass gaben — Ruge erwähnt Blutungen, von denen die Frau selbst nichts wusste, Eiweiss im Harn, Spitzenkatarrh, Herzkrankheit, von der die Frau nichts wusste, Basedowsche Krankheit, Krampfadern, Vorbeugung der durch eine Schwangerschaft auftretenden Beschwerden etc. — so erschrickt man über die sinnlose Zerstörungswut, die von manchen Ärzten geübt wird, und zwar handelt es sich hierbei nicht bloss um einzelne Ärzte, sondern um eine grosse Zahl. Besonders getadelt werden die unvorsichtigen Äusserungen seitens der Ärzte und Hebammen, welche nach überstandener Krankheit die Frauen vor Eintritt einer neuen Schwangerschaft warnen. Von der Forderung einer Anzeigepflicht für künstliche Aborte erwartet sich Ruge keine Besserung, ebensowenig von der Vorschrift der Zuziehung eines zweiten Arztes. Dagegen wünscht er die nachdrückliche Beeinflussung der Ärzte bezüglich der Indikationsstellung und der Hebammen zwecks Belehrung der Frauen zur richtigen Beurteilung ihrer Mutterpflichten, strenge Beaufsichtigung der Privatheilanstalten und Pensionate, sowie des Kurpfuschertums, der Reklameanzeigen und der Geschäfte, die Gummiartikel, Spritzen etc. feilhalten und im Schaufenster ausstellen, ausserdem oftmalige Aussprache in Zeitungen und Vereinen darüber, dass die unberechtigte Unterbrechung der Schwangerschaft ein Verbrechen ist, Bevorzugung kinderreicher Väter bei der Besteuerung, Unterstützung armer Wöchnerinnen, Stillprämien. Die soziale

Indikation wird verworfen, ebenso die Zulassung der Schwangerschaftsunterbrechung nach Notzucht. Endlich wird angeregt, den § 300 des Reichsstrafgesetzbuchs dahin zu ändern, dass Verbrechen, von denen man im Berufe erfährt, zwangsweise anzumelden sind, und den § 218, Abs. 3, dass im Falle der Anzeige einer Abtreibung durch die Beteiligte selbst mildernde Umstände, selbst Straffreiheit eintreten sollen. Schliesslich wird verlangt, dass die Ärztekammern und ärztlichen Ehrengerichte in einschlägigen Fällen die Zusendung sämtlicher Akten vom Gericht erstreben sollten.

Schäffer (77) bespricht den von der Rheinischen Ärztekammer gestellten Antrag auf Standesunwürdigkeits-Erklärung der Einleitung des künstlichen Abortus ohne gewissenhafte Indikationsstellung in Beratung mit einem zweiten Arzt und protokollarische Niederlegung der Indikationsgründe. Er sucht die Hauptursache des Übels nicht in unlauteren Beweggründen, sondern in falsch bewerteten sittlichen Begriffen, nicht nur bei Ärzten, sondern bei allen Schichten der Bevölkerung. Schäffer betont, dass das Wohl des Volksganzen uns höher stehen muss als die Sorge für den einzelnen, und er erklärt die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft nur dann für berechtigt, wenn eine fast mit Sicherheit zu erwartende — nicht bloss eine wahrscheinliche — Lebensgefahr vorliegt, die auf andere Weise nicht zu beseitigen ist. Vollständig wird eine Aborteinleitung aus rassehygienischen Gründen verworfen. Für tuberkulöse Schwangere, die in Heilstätten nicht aufgenommen werden, muss Abhilfe geschaffen werden. Der Arzt trägt eine hohe Verantwortung gegenüber dem Gesetz, das eine missbräuchliche Unterbrechung der Schwangerschaft schwer ahnden würde und gegenüber der Zukunft des Vaterlandes, das einer gesteigerten Volksvermehrung dringend bedarf.

Strassmann (83) verlangt ausser sozialen und ethischen Massnahmen zur Bekämpfung des Geburtenrückgangs die vorsichtigste Indikationsstellung zur ärztlichen Unterbrechung der Schwangerschaft und verwirft vollständig die soziale Indikation.

Veit (89) fasst die Anzeichen für die Einleitung der künstlichen Fehlgeburt dahin zusammen, dass die Fehlgeburt einzuleiten ist bei Lebensbedrohung einer Schwangeren durch eine akute, sonst nicht heilbare Erkrankung, sowie in den Fällen, in denen mit voller Sicherheit der Nachweis erbracht ist, dass das Leben der Mutter bei der vorhandenen Krankheit und dem Weiterbestehen der Schwangerschaft sicher verloren und eine anderweitige Heilung der Krankheit nicht möglich ist trotz Anwendung der sonstigen und der durch die Schwangerschaft angezeigten besonderen Heilmittel.

Roepke (72) verlangt bei der Indikationsstellung zur Aborteinleitung wegen Tuberkulose die Beiziehung eines zweiten Arztes und zwar an erster Stelle eines Tuberkulose-Facharztes oder wenigstens eines Internisten. Der soziale Gesichtspunkt darf bei der Indikationsstellung nicht entscheidend sein, verdient aber doch Berücksichtigung.

Credé-Hörder (14) verwirft die soziale Indikation für die Einleitung des künstlichen Abortus, hält es aber für erlaubt, bei einer tuberkulösen Frau, die trotz Sicherheitspessar konzipiert hat, 8 Tage nach Ausbleiben der Menstruation die Schwangerschaft mit der Sonde zu zerstören.

Wall (90) will nicht nur die Unterbrechung der Schwangerschaft, sondern auch die Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen der hohen Sterblichkeit der Kinder möglichst eingeschränkt wissen.

Häufigkeit des kriminellen Abortus.

Bumm (11) berechnet aus den gynäkologischen Tagebüchern der Berliner Frauenklinik aus den 90er Jahren gegenüber den 60—80er Jahren eine

Zunahme der Aborte um das Doppelte (20 gegen 10% aller Schwangerschaften). Es wurde ferner festgestellt, dass von 100 Frauen, die innerhalb 4 Wochen wegen unvollständigen Aborts die Poliklinik aufsuchten, 89 die künstliche Unterbrechung zugaben, nämlich 20 durch heisse Spülungen, Dampfbäder und Tee, 46 durch Injektion von Wasser, Seifenwasser und Lysol mit besonderer Uterusspritze, 1 durch Sondierung, 9 durch Einlegen eines Stiftes, 8 durch Injektion, Sondierung oder Stifteinlagen durch Hebammen und 5 durch Injektion, Dampfbäder und Massage seitens anderer Frauen. 85 waren verheiratet, 4 erlagen der Infektion. Für Berlin würden sich hieraus jährlich 7500 künstlich herbeigeführte Aborte für das Reich, wenn nur 15% Aborte in Rechnung gesetzt würden, 200 000 berechnen. Die Zahl der unnötig durch Ärzte eingeleiteten Aborte muss gering angesetzt werden im Verhältnis zu der ungeheuren Zahl der von den Frauen selbst, von berufsmässigeren Abtreiberinnen und Hebammen bewerkstelligten Fehlgeburten, so dass bezüglich der von Ärzten eingeleiteten Aborte nur mit dem Verschulden einzelner zu rechnen ist. Aus der letzten Zeit werden 2 Perforationsfälle mit Vorziehung des Darms angeführt, einer bewirkt durch einen noch nicht approbierten Stellvertreter und einer durch eine junge Ärztin. Die soziale Indikation ist zu verwerfen. Zur Beseitigung der Missstände ist an erster Stelle die moralische Beeinflussung des Publikums durch die Ärzte, an zweiter Stelle die Anzeigepflicht für alle Fälle von künstlicher Aborteinleitung als geeignet erachtet.

Doederlein (16) hält die grösste Mehrzahl der Aborte für künstlich hervorgerufen und empfiehlt ausser der Verhütung der Kindersterblichkeit bei der Geburt und dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, sowie gegen die Verminderung des Fortpflanzungswillens die Vermeidung der Fehlgeburten und die äusserste Zurückhaltung in der Indikationsstellung des künstlichen Abortus.

Ebeler (18) beobachtete in Köln in den ersten Kriegsmonaten ein rasches Ansteigen der Aborte, das er aber nicht auf häufigere kriminelle, sondern auf psychische, durch den Krieg bewirkte Momente zurückführt, besonders im Hinblick auf die besondere Häufigkeit der afebrilen Fehlgeburten. In den späteren Kriegsmonaten war, nachdem Ende 1914 die Zahl der Fehlgeburten erheblich abgesunken war, wieder ein Ansteigen zu bemerken, für das häufigere kriminelle Eingriffe verantwortlich gemacht werden.

v. Franqué (33) betont die Zunahme der kriminellen Aborte und schätzt $^3/_4$ aller Puerperalfieberfälle als Folge des kriminellen Abortus. Für die Einleitung der künstlichen Fehlgeburt wird die soziale Indikation verworfen, ebenso für die künstliche Sterilisation und Kastration. Das Verbot der antikonzeptionellen Mittel würde die Gefahr einer Zunahme der Geschlechtskrankheiten mit sich bringen.

v. Hövell (43) beschuldigt die Zunahme der kriminellen Fruchtabtreibung und die ausgedehnte Anpreisung und den Vertrieb empfängnisverhütender Mittel als wichtige Faktoren des Geburtenrückganges. Er empfiehlt vor allem bei den Ärzten die gewissenhafte Einschränkung der Indikationen für die Unterbrechung der Schwangerschaft und die Indikationen für Anwendung der künstlichen Sterilisation und der Verwendung von Prohibitivmitteln, sowie die Bekämpfung neomalthusianischer Grundsätze, ferner für die Medizinalverwaltungsbehörden die Überwachung der Kurpfuscherei, die Unterdrückung von Vorträgen und von Schriften, die die Empfängnisverhütung empfehlen, und von Zeitungsanzeigen, die die Mittel zur Geburtenverhütung und Abtreibung anpreisen, ferner die Überwachung von Apotheken und Drogenhandlungen in bezug auf den Verkauf antikonzeptioneller und Abtreibemittel und in bezug auf den Verkehr mit Geheimmitteln, sowie die Unterdrückung des Hausierhandels und der öffentlichen Ausstellung solcher Mittel und Apparate. Ferner wird die Beaufsichtigung und Neuordnung des Hebammenwesens gefordert, namentlich betreffend die

Auswahl geeigneter Personen, ihre eingehende Unterweisung, Beaufsichtigung und Fortbildung und ihre soziale Besserstellung, und in gleicher Weise die Unterweisung und Beaufsichtigung der Wochenbettspflegerinnen und die Überweisung der staatlich geprüften Heilgehilfen, Masseure und Krankenpfleger sowie die Überwachung des Wohnungswesens und des Nahrungsmittelverkehrs, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Einführung der Anzeigepflicht bei septischen Aborten für Ärzte, Hebammen und Leichenschauer und die Beaufsichtigung der Krankenanstalten und des Badewesens. Endlich wird die Weiterverfolgung der Säuglingsfürsorge, die Ausgestaltung des gesetzlichen Schutzes der Schwangeren und Wöchnerinnen und die Einführung einer Mutterschaftsversicherung gefordert.

Winter (94) erklärt die Geschlechtskrankheiten als Ursache der ehelichen Sterilität für vollständig in den Hintergrund tretend gegenüber der absichtlich herbeigeführten Kinderlosigkeit. Den jährlichen Geburtenausfall durch Aborte schätzt er, da etwa auf 5—6 Geburten ein Abort trifft, für das deutsche Reich auf 3—400 000. Der künstliche Abort wird häufig auf zu weitherzige Indikationsstellung und zu weitgehende Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse ausgeführt und Winter erinnert an die Vorschläge einer staatlichen Kontrolle in eigenen staatlichen Anstalten, die Zuziehung der Amtsärzte und Sicherung der Indikation durch Konsultation mit einem zweiten Arzt oder Facharzt. Die Häufigkeit des kriminellen Aborts schätzt er mit Olshausen auf 80% aller Aborte, so dass der Geburtenausfall hierdurch auf 250 000 im Jahre zu schätzen ist, ein Verlust, der sich durch die häufigen schweren und tödlichen Erkrankungsfälle der Frauen durch den kriminellen Abort noch erhöht. Von Vorschlägen zur Eindämmung des künstlichen Aborts wird abgesehen.

Würzburger (95) hebt als hauptsächliche Faktoren des Geburtenrückgangs den seit 16 Jahren ins Ungemessene gewachsenen Vertrieb der Vorbeugemittel und die Zunahme der kriminellen Aborte hervor, die aus der Zunahme der Todesfälle an septischem Abort in den preussischen Städten auf mindestens 1000 jährlich geschlossen werden kann.

Während Tandler (84) dem kriminellen Abortus für den Geburtenrückgang keine wesentliche Rolle zuschreibt, schätzt S. Frey (Besprechung) diesen Einfluss sehr hoch ein, indem er für Wien eine ständige Zunahme der Todesfälle an Puerperalfieber seit 1900 nachweist und die jährliche Zahl der Abortusfälle in Wien auf mindestens 30 000 schätzt.

Thoma (85) bezeichnet Kindsmord (? Ref.), Abtreibung und Anwendung von befruchtungsverhindernden Mitteln als Ursachen des Geburtenrückgangs und schlägt die Errichtung von Anstalten für kostenlose Entbindung vor, in denen die Kinder bis zum 6. Jahre verbleiben können.

Zulässigkeit der Aborteinleitung nach Notzucht.

Lieske (50) behandelt die Frage der rechtlichen und sozialökonomischen Zulässigkeit einer Schwangerschaftsunterbrechung nach Notzucht und verneint dieselbe, da der Begriff des Notstandes nicht gegeben ist, weil unter strafentziehendem Notstand das Begehen einer an sich strafbaren Handlung zu verstehen ist, wenn lediglich dadurch eine unverschuldete, gegenwärtige Gefahr für Leib und Leben des Täters zu beseitigen ist. Er fürchtet mit Recht die schwersten Konsequenzen bei Annahme des Satzes, die Geschwängerte dürfe jede in nicht freiwilligen Geschlechtsverkehr empfangene Frucht als eine Gefahr für ihren Leib abtreiben.

Die strafrechtlichen Bestimmungen über die Abtreibung haben bis jetzt keinerlei Erfolge gegen den kriminellen Abort erzielt. Eine Besserung wird nur erwartet durch Einführung der Anzeigepflicht bei ärztlicher Abtreibung, durch

Unterdrückung des Kurpfuschertums und durch sorgfältige Überwachung der Hebammen, besonders auch der abgesetzten, und derjenigen Personen, die sich als Naturheilkundige zur Behandlung von Frauenkrankheiten empfehlen. Übrigens hält Lieske den kriminellen Abort für einen verhältnismässig geringwertigen Faktor für die Verminderung der Geburten gegenüber dem Einfluss der Konzeptionsverhütung und der geschlechtlichen Erkrankungen, da die ursächlichen Momente, die zur Abtreibung führen, auch im Falle der Verhütung zu einer hohen Mortalität der Kinder führen würden.

Die Ausführungen von Lieske über den Notstand als Strafausschliessungsgrund für die Schwangerschaftsunterbrechung wurden von Bauchwitz (3) bekämpft, namentlich mit Beziehung auf das Problem der Kriegskinder, wobei die Frage gestellt wird, ob man einem Weibe zumuten könne, das durch Verbrechen aufgezwungene Kind zu tragen und zu gebären. Diese Kritik wird von Lieske (52) in einer weiteren polemischen Erwiderung widerlegt.

v. Behr-Pinnow (5) teilt mit, dass die Nachforschungen nach den durch Vergewaltigung deutscher Frauen erzeugten „Kriegskindern" nur 38 Fälle ergeben haben; davon haben in 4 Fällen die Angaben sich als unwahr, in 2 als sehr unglaubwürdig erwiesen und 5 Kinder starben oder waren totgeboren. Hierdurch sind die Bedenken gegen die grundsätzliche Gestattung der Aborteinleitung in solchen Fällen nicht entkräftet worden.

Ebermayer (19) bekämpft die Anschauung Bittingers, dass bei infolge von Notzucht eingetretener Schwangerschaft der Abort eingeleitet werden dürfe (wie der Entwurf der Schweizer Strafrechtskommission zulässt), namentlich aus praktischen Gründen wegen der Schwierigkeit des Beweises des ursächlichen Zusammenhangs.

v. Olshausen (64) berichtet über die Anschauung von Oetker über die Abtreibung in Notzuchtfällen. Er hält das Verbot der Fruchtabtreibung aufrecht, aber die Mutter hat nur die Pflicht, die Frucht auszutragen, nicht aber für das geborene Kind zu sorgen, was der Gemeinschaft zufällt. Die Schwangerschaftsunterbrechung auf Grund sozialer Indikation wird für nicht berechtigt erklärt, jedoch sind bei der Indikationsstellung medizinische und soziale Gesichtspunkte nicht immer zu trennen.

Spinner (80) tritt für Straflosigkeit der Einleitung des Abortus nach Schwängerung durch Notzucht ein. Die Möglichkeit des Missbrauches einer gesetzlichen Erlaubnis zum Abortus liesse sich ausschalten, wenn der betreffende Notzuchtakt längstens 5—10 Tage nach erfolgtem Attentate zur Anzeige gelangt sein müsste.

Verbot der Präventivmittel.

Neisser (61) fordert die Bestrafung der Ankündigung und öffentlichen Anpreisung von Schutzmitteln nur dann, wenn diese in ihrer Form den Anstand gröblich verletzt oder wenn die Mittel selbst gesundheitsschädlich sind. Vor allem ist der Hausierhandel mit solchen Mitteln strengstens zu verbieten. Methoden und Instrumente, die die Gesundheit der Frauen schädigen, sind ebenfalls strengstens zu verbieten. Endlich wird eine Überwachung der Hebammen gefordert und die Kreisärzte haben die Kontrolle auszuüben. Es wird daher ein Antrag an den Bundesrat gestellt, dass nicht allein jedes unaufgefordert an das Publikum herandrängende Anbieten und Anpreisen durch Kataloge, Drucksachen, Hausieren etc., sondern auch das Feilhalten von solchen Gegenständen, die zur Beseitigung der Schwangerschaft oder zur Verhütung der Empfängnis geeignet sind, beschränkt und untersagt werde; ebenso sind auch alle für das Laienpublikum bestimmte Schriften und Bücher, in welchen sich Beschreibungen und Besprechungen der antikonzeptionellen und zur Unterbrechung der Schwan-

gerschaft geeigneten Methoden und Mittel finden, zu untersagen. Nicht als unzüchtig dagegen sollen diejenigen Mittel gelten, die, ohne die Empfängnis zu verhüten, zum persönlichen Schutz der Gesundheit dienen, es sei denn, dass ihre öffentliche Anpreisung und Ausstellung in einer anstössigen und den Anstand gröblich verletzenden Weise vor sich geht. Endlich wird beantragt, das vorhandene Gesetz wider Körperverletzung, das auch auf die Ansteckung seitens Geschlechtskranker anwendbar ist, durch einen Paragraphen wider wissentliche, vorsätzliche oder grobfahrlässige Gesundheitsschädigung anderer Personen zu ergänzen.

Dreuw (17) bekämpft die Anschauung von Schlegtendal, dass die „Frauendusche" zu unzüchtigen Zwecken diene; sie sei lediglich ein verbesserter Irrigator und diene wie dieser hygienischen Zwecken, so dass der § 184 nicht auf die Frauendusche angewendet werden könne.

Kästner (46) berichtet über ein Reichsgerichtsurteil vom 2. März 1915, dass für die Frage, ob ein Gegenstand zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt ist, die Zweckbestimmung der Gattung, der er angehört, entscheidend ist. Das Urteil betrifft eine Ankündigung der „Conco-Dusche", die nach dem Gutachten der Sachverständigen ein Abtreibemittel ist, da sie es ermöglicht, unter starkem Druck Flüssigkeit in die Gebärmutter einzuspritzen, so dass bei bestehender Schwangerschaft Abort bewirkt werden kann. Ausserdem kann auch nach dem Geschlechtsverkehr die Befruchtung verhindert werden.

Marcuse (57) bestreitet die Anschauung, dass der Geburtenrückgang durch schwerere Zugänglichmachung der Präventivmittel bekämpft werden könne, ist aber für Ausrottung der Intrauterinstifte, Steriletts etc., aber nicht aus sittlichen, sondern aus gesundheitlichen Gründen.

Richter (70) erklärt die bestehenden Gesetze gegen Fruchtabtreibung für genügend, das Verbot der Präventivmittel aber für bedenklich, aber deren öffentliche Anpreisung und Verbreitung im Hausierhandel für notwendig.

Kasuistik des kriminellen Abortus.

Lindemann (53) schätzt die septischen Aborte zu 90% als kriminelle und fand bei 72% derselben eine Bakteriämie; die Beteiligungsziffer der Anaëroben beträgt bei febrilem Abort 20%. Von Anaëroben wurde besonders der Bacillus aerogenes capsulatus und der Streptococcus putridus gefunden. Der erstere ist imstande, ganz enorme Giftwirkungen auf den befallenen Organismus auszuüben. Von Symptomen werden hervorgehoben: Ikterus (eigentümliches Schmutziggraubraun der Haut mit mehr weniger ausgesprochenem Ton ins Gelbliche), blutig gefärbter Harn infolge von Hämolyse, Benommenheit, Lähmungen und zuweilen Krämpfe; meist besteht hohes Fieber, doch kann die Temperatursteigerung auch verhältnismässig gering sein, so dass die Unterscheidung von anderweitiger Vergiftung sehr schwer sein kann. Bei Abtreibung kann die bakterielle Schädigung mit einer anderen Intoxikation zusammenfallen. Die Kapselbazillen finden sich besonders in Schmutz, Gartenerde und Dünger, und da es bei Abtreibung meist unsauber zugeht, können durch Finger und unsaubere Instrumente, Sonden, Mutterspritzen etc. sehr wohl solche absolut anaerobe Bakterien eingeführt werden.

Benthin (6) erwähnt einen Fall von kriminellem Abort mit Schüttelfrösten, Infiltration des Parametriums und Ausstossung eines stinkenden Abortusrestes und Nachweis von Staphylokokken und Stäbchen, ferner einen Fall von Aborteinleitung durch Mutterspritze mit Schüttelfrösten und Nachweis von Staphylokokken und gasbildenden Stäbchen, endlich einen ähnlichen Fall von Abtreibung nach Notzucht mit Staphylokokken in der spontan geborenen Plazenta, aber keinen Keimen in der Uterusmuskulatur, dagegen mit rinnenförmigem

Abszess in der Nähe des inneren Muttermundes, von dem die tödliche Peritonitis ausgegangen war. Benthin betont, dass bei Obduktionen aus dem Befund von Nachgeburtsresten in diesen die Ursache einer Infektion durchaus nicht immer gesucht werden darf, weil eine Infektion auch andere Ursprungsorte haben kann, auch wenn man sie nicht sehen oder fühlen kann. Ferner kann aus dem Fehlen von Gewebsläsionen nicht auf Plazentarinfektion geschlossen werden, weil Verletzungen inzwischen verheilt sein können. Überhaupt führt die Plazentarinfektion nur ausnahmsweise zu schweren Erkrankungen.

Hofacker (44) teilt einen Fall von Abtreibung mit, in welchem ein Dienstmädchen auf Anraten ihres Dienstherrn und Schwängerers, eines Zahnarztes, durch fingierte Klagen einen Arzt erst vergeblich zur Vornahme eines Eingriffs zu verleiten suchte, dann aber — ebenfalls auf Veranlassung des Schwängerers — sich Blutegel in die Scheide einführte und dadurch eine Blutung bewirkte, so dass nun der Arzt eine Auskratzung und damit die Abtreibung vornahm. Die Angeklagte wurde verurteilt. Hofacker bedauert mit Recht die so häufige Vornahme der Ausschabung bei Uterusblutung, ohne vorausgehende Beobachtung und macht auf die Gefahr aufmerksam, dass der Arzt zu einem von ihm nicht beabsichtigten Abort verleitet werde, weil dem Publikum die Bereitwilligkeit vieler Ärzte zur Ausschabung bekannt ist.

Latzko ((48) beschreibt einen Fall von eitriger Peritonitis nach Frühgeburt im 7. Monate, in welchem die Frühgeburt mit Wahrscheinlichkeit auf kriminellen Eingriff zurückgeführt wird.

Schäfer (76) beschreibt einen Abtreibeversuch, der auf Grund einer ärztlicherseits gestellten Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Schwangerschaft mittelst Selbsteinspritzung von kaltem Wasser in den Uterus gemacht worden war. Nachdem Blutung eingetreten war, wurde von einer Ärztin zwecks Abortausräumung nach Hegarscher Dilatation ohne Narkose der Abortlöffel eingeführt und ein 40 cm langes quer abgerissenes Stück Dünndarm vorgezogen. Bei der Laparotomie fand sich der Uterus nicht schwanger und im Fundus eine für 2 Finger durchgängige Perforationsstelle, ferner ergab sich, dass das Dünndarmstück durch einen Schlitz des Mesokolons durchgezogen war und dass das Colon descendens auf 10—12 cm Länge von seinen zuführenden Gefässen abgerissen war. Heilung.

Williams (92) fand bei einer Laparotomie wegen Tumors in der rechten Unterbauchgegend bei einer 30jährigen Frau ein fixiertes ödematöses Cökum und Colon ascendens mit infiltriertem retrocökalem Drüsentumor und einen 5 Zoll langen die Wand des Cökums durchbohrenden Schieferstift, der nach dem Geständnis der Operierten von ihr vor Jahren zu einem Abtreibeversuch eingeführt worden und entschlüpft war.

Schlagenhaufer und Verocay (78) teilen einen Fall von Selbstvergiftung einer Schwangeren durch Lysol mit, bei welchem 3 Stunden nach der Lysolaufnahme der Tod eintrat. Im Ösophagus und Magen fanden sich mässige bräunliche Verschorfungen und im Uterus ein ganz kleines Ei mit einer grössten Eilichtung von 2 : 1,6 : 1 mm.

Olbrycht (63) berichtet über einen Fall von Selbstvergiftung einer 28jährigen im 3. Monat der Schwangerschaft stehenden Frauensperson mit Ammoniak. Magen und Darm zeigten Schwellung und Hyperämie mit spärlichen Ekchymosen, welche Erscheinungen vom Anfangsteil des Jejunums an sich verloren; der Magen enthielt stark nach NH_3 riechende Flüssigkeit.

Mc Nally (56) beschreibt einen Fall von tödlicher Zedernölvergiftung bei einer 22jährigen in der 6. Woche schwangeren Negerin. Die Vergiftungserscheinungen bestanden in Konvulsionen, blutigem Schaum vor dem Munde, unregelmässiger Atmung, schwachem Puls und kalter, schweissbedeckter Haut;

der Mageninhalt nach Spülung roch stark nach Zedernöl. Eine Stunde nach der Gifteinnahme trat der Tod ein, ohne dass es zum Abortus kam. Bei der Sektion fand sich der schwangere Uterus ohne Veränderung, aber Ovarien und Tuben stark kongestioniert. Von 19 aus der Literatur gesammelten Fällen waren 13 Abortusfälle, von denen 4 tödlich verliefen. Drei trächtige Versuchstiere starben innerhalb einer Viertelstunde nach der Giftaufnahme und nur eines abortierte vorher.

Koblanck (47) beschreibt einen Fall von Myomen, in dem trotz Röntgenbestrahlung Schwangerschaft eintrat und trotz fortgesetzter Bestrahlung die Schwangerschaft ungestört fortbestand.

Uterusruptur in der Schwangerschaft.

Sachs (74a) beschreibt einen Fall von tödlich verlaufender Fundusruptur am Ende der Schwangerschaft, als deren Ursache eine Wandverdünnung nach fieberhaft verlaufendem Abortus (Abrasio, aber ohne dass eine Perforation bei merkt worden wäre) anzunehmen war. In einem zweiten Falle (von Lebram 1901 veröffentlicht) war als Ursache eine im Anschluss an manuelle Plazentarlösung entstandene Wochenbettserkrankung und Wandverdünnung nachzuweisen.

Brüneke (10) teilt einen Fall von Schwangerschaftsruptur des Uterus in der Kaiserschnittsnarbe mit und glaubt, dass in erster Linie infektiöse Prozesse, in zweiter mechanische Verhältnisse die Ruptur eine Kaiserschnittnarbe bei erneuter Schwangerschaft verursachen.

Schröder (79) beschreibt 2 Fälle von Ruptur in der queren Fundalschnittnarbe in der folgenden Schwangerschaft und zwar nach Beginn der Wehentätigkeit mit teilweisem Austritt der Plazenta aus der Rupturstelle. Es wurden 28 Fälle von Ruptur in der klassischen Längsschnittnarbe, 25 nach querem Fundalschnitt und ausserdem 10 nicht genau zu klassifizierende Fälle aus der Literatur gesammelt, die tabellarisch zusammengestellt sind. Endlich werden noch 2 Fälle von Ruptur in der zervikalen Kaiserschnittnarbe erwähnt.

v. Franqué (34) beschreibt als Nachtrag zu dem von Offermann (62) mitgeteilten Falle einen Fall von Schwangerschaftsruptur in der queren Fundalschnittnarbe nach schwerem Heben im 8. Schwangerschaftsmonat.

Weitere zwei Fälle von Schwangerschaftsruptur in der queren Fundalschnittnarbe werden von A. Martin (58) mitgeteilt.

Extramembranöse Schwangerschaft.

Gonnet (37) beschreibt eine extramembranöse Schwangerschaft im 7. Monate, nachdem seit dem 2. Monate wässerig-blutige Ausflüsse bestanden hatten. Die Plazenta zeigte die gewöhnlichen Befunde bei extramembranöser Schwangerschaft.

Kaiserschnitt an der Toten.

Mack (55) erzielte durch Kaiserschnitt 3—5 Minuten nach dem Tode der Mutter an Lungenembolie von Unterschenkelthrombose aus ein tief asphyktisches Kind, das nach vergeblicher Anwendung der gebräuchhlichen Wiederbelebungsmethoden nach 50 Minuten durch Epinephrininjektion in den Nabelschnurrest zum Leben gebracht werden konnte.

Verletzungen Schwangerer.

Link (54a) beobachtete nach einem im 5. Schwangerschaftsmonat erlittenen Trauma bei dem rechtzeitig geborenen, aber gleich nach der Geburt gestorbenen

Kinde partiellen Hydrops bei verkalkter Thrombose der unteren Hohlvene und fortgeleiteter Thrombose beider Nierenvenen und der linken Nebennierenvenen, Verkalkung der linken Nebenniere, Schrumpfung der linken und Hypertrophie der rechten Niere (Hydramnion von 10 Liter), ferner mehrfache Missbildungen des Schädelinhalts und der Schädelkapsel.

Torggler (86) beobachtete Blitzschlag einer Schwangeren im 7. Monat ohne Bewusstseinsverlust, 4 Wochen später Geburt einer mazerierten Frucht, deren Absterben auf Herztod zurückgeführt wird.

Anhang: Operationen an Schwangeren.

1. Ahlström, E., Ein Fall von im kleinen Becken inkarzerierter stielgedrehter Parovarialzyste bei Gravidität im 7. Monat. Svenska Läk. Handl. Bd. 62. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 1015.
2. Beach, Die Behandlung von Ovarialzysten während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Brooklyn. Gyn. Soc. Sitzg. v. 7. Jan. Amer. Journ. of Obst. Juni. p. 1111.
3. Bovée, W., Ein Fall von Chorioepithelioma malignum, kompliziert durch eine zweimonatige Schwangerschaft und ein degeneriertes Uterusmyom. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40 p. 525. (Die Uterusexstirpation erfolgte wegen des nekrotischen Myoms.)
4. Engelhorn, Typhusschutzimpfung bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. v. 9. Dez. 1915. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 203. (Unter 70 Schutzimpfungen bei Schwangeren kein Fall von Unterbrechung der Schwangerschaft.)
5. Essen-Möller, E., Über Ileus in der Schwangerschaft bei der Entbindung. 11. Kongr. d. nord. chir. Vereins in Gotenburg. 6.—8. Aug. Gyn. Sekt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 1014. (Rät zur Operation, obwohl $^2/_3$—$^3/_4$ der operierten Fälle zu Fehl- oder Frühgeburt führen.)
6. Fellenberg, Bardelebensche Operation. Ärztl. Ges. Bern 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 380. (Schwangerschaft im 3. Monat, keilförmige Exzision des Fundus uteri mit Plazenta und Ei vom vorderen Scheidengewölbe aus.)
7. Hennig, H., Über die operative Behandlung der Retroflexio uteri gravidi. Inaug.-Diss. Greifswald. 1915. (Empfiehlt die Laparotomie.)
8. Hegman, J., Über einen Fall von Graviditas tubaria interstitialis mit gleichzeitiger intrauteriner Schwangerschaft. Hygiea. 1915. p. 529. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 244. (Operation ohne Unterbrechung der intrauterinen Schwangerschaft.)
9. van der Hoeven, P. C. T., Schwangerschaft und Ileus. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. p. 29. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 431. (1 eigener Fall, 94 Fälle aus der Literatur. Empfehlung der Anlegung des Anus praeternaturalis.)
10. Humptone, Schwangerschaftskomplikation durch Torsio pedunculi cystis ovarii. Gyn. Soc. of Brooklyn. Sitzg. v. 7. April. Amer. Journ. of Obst. Aug. p. 311.
11. Koblanck, Myomatöser gravider Uterus nach Röntgenbestrahlung. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. v. 11. Dez. 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 502. (Supravaginale Amputation im 4. Monat.)
12. Labhardt, A., Primäres Melanosarkom der Vulva in der Gravidität. Gyn. Rundsch. Bd. 9. Nr. 24. (Exzision im 3.—4. Monat ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
13. Lichtenstein, F., Volvulus des Cökums in der Schwangerschaft, Resektion, spontane Frühgeburt, Heilung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 689.
14. Limbacher, R., Gleichzeitige extra- und intrauterine Schwangerschaft. Orvosi Hetilap. Nr. 33.
15. Lindqvist, L., Über Nierentuberkulose in der Schwangerschaft. 11. Kongr. d. nord. chir. Vereins in Gotenburg. 6.—8. Juli. Gyn. Sekt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 1015. (Ein Fall von Nephrektomie ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)

16. Real, C., Künstlicher Pneumothorax während der Schwangerschaft. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose. Bd. 29. Heft 3. (Keine Störung des Schwangerschaftsverlaufes.)
17. Rossier, Umfangreiche Ovarialzyste bei einer Schwangeren. Ges. f. Geb. u. Gyn. d. Roman. Schweiz. Sitzg. v. 15. April 1915. Gyn. Zeitschr. Bd. 16.
18. Ruge, P., Doppelseitige Ovariotomie in der Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 286. (Doppelseitige Dermoidzyste, 3. Schwangerschaftsmonat, keine Unterbrechung der Schwangerschaft.)
19. — Einklemmung der schwangeren Gebärmutter. Ebenda. p. 287. (Retroflexio uteri gravidi, mit Wahrscheinlichkeit als Extrauterinschwangerschaft diagnostiziert; Befreiung des eingeklemmten Uterus. Schwangerschaft wurde ausgetragen.)
20. Schmidt, L. E., Nephrektomie während der Schwangerschaft. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 21. Nr. 6.
21. Späth, Tumor der Uteruswand bei I gravida. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. v. 21. Dez. 1915. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 182. (Ausschälung eines cystisch erweichten, nekrotisch gewordenen Myoms mit Erhaltung der Schwangerschaft.)
22. Strassmann, P., Konservative Myomoperation bei Kaiserschnitt. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. v. 26. Febr. 1915. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 526. (Partielle Nekrose eines solitären Myoms; frühgeborene, aber lebensfähige, auch am Leben erhaltene Zwillinge.)
23. Tschirch, A., Typhus und Typhusschutzimpfungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Arch. f. Gyn. Bd. 105. p. 492. (Typhusschutzimpfungen können in den letzten 4 Schwangerschaftsmonaten ohne Schaden für Mutter und Kind vorgenommen werden.)
24. Veit, J., Appendizitis und Schwangerschaft. Med. Klin. Bd. 12. p. 85. (Die Appendizitis ist ebenso zu behandeln wie ausserhalb der Schwangerschaft; die Schwangerschaft darf wegen Appendizitis nie unterbrochen werden.)
25. Zimmermann, Carcinoma colli als Schwangerschaftskomplikation. Gyn. Soc. of Brooklyn. Sitzg. v. 7. April. Amer. Journ. of Obst. Aug. p. 311.

e) Die Geburt in Beziehung auf gerichtliche Medizin.

1. *Baer, J. L., Die Skopolamin-Morphiumbehandlungen bei Entbindungen. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 21. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 636.
2. *Béna, V., Querlage und Uterusruptur mit besonderer Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung. Inaug.-Diss. Strassburg.
3. Cherry, Uterusruptur während der Wendung. New York Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. v. 28. Dez. 1915. Amer. Journ. of Obst. Juni. (Unerkannt, nach 48 Stunden Darmvorfall.)
4. *Fonyó, J., Über die Anwendung des Hypophysenextraktes und meine Erfahrungen bei 105 Geburten. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 353.
5. — Transperitonealer suprasymphysärer erhaltender Kaiserschnitt wegen totaler narbiger Verwachsung der Vagina. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 81. (Hochgradige Stenose des Vestibulums nach nicht versorgtem Dammriss.)
6. *v. Franqué, O., Perforation des Uterus bei der Nachgeburtslösung aus einem Uterus unicornis. Med. Klin. Bd. 12. p. 1275.
7. Hirschberg, Intrauterine Skelettierung des retinierten Kopfes. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 53. Nr. 3. (Skelettierung des zurückgebliebenen Kopfes eines 3monatigen Fötus bei Myom.)
8. *Latzko, W., Luftembolie bei Eklampsie. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 14. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 303.
9. *Lehn, Über eine Sturzgeburt. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. v. 29. Juli. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1458.
10. *Libby, W. E., Skopolamin-Narkophin-Dämmerzustand während der Entbindung. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 64. Nr. 21. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 636.
11. Long, J. W., Rupture of the uterus during labour, report of a spontaneous case. Amer. Journ. of Obst. Bd. 70. p. 20. (7 Stunden nach Wehenbeginn bei stehender Blase und ins Becken eingetretenem Kopf.)

12. Mayne, Darmvorfall durch Uterusriss. Obst. Soc. of Brooklyn. Sitzg. v. 5. Mai. Amer. Journ. of Obst. Aug. p. 514.
13. *Mundell, J. J., Pituitrin unter der Geburt. Amer. Journ. of Obst. Bd. 73. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 880.
14. *Polak, J., Der Morphium-Skopolamin-Dämmerzustand in der Geburtshilfe. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 635.
15. *Reusch, Puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 33.
16. Rüder, Uterusruptur. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. v. 17. Okt. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1596. (Schwangerschaftsruptur im 8. Monat in einer alten Kaiserschnittnarbe.)
17. Schweizer, R., Eklampsie und Unfall. Schweiz. Korrespondenzbl. Nr. 27. (Fall von Schädelbasisfraktur im ersten eklamptischen Anfall. Heilung.)
18. *Walther, H., Zur Indikationsstellung bei den geburtshilflichen Operationen des praktischen Arztes. Med. Klin. Bd. 12. p. 15ff.

Walther (17) weist auf die Verantwortlichkeit des praktischen Arztes bei geburtshilflichen Eingriffen hin und betont die Wichtigkeit einer genauen Indikations- und Prognosenstellung. Besonders wird hervorgehoben, dass durch die Fortschritte der Antiseptik die Polypragmasie zugenommen hat und dass dadurch die puerperale Morbidität und Mortalität ungünstig beeinflusst wird. Für die Zangenoperation wird die Gefahr von Riss- und Nachgeburtsblutungen besprochen und in letzterer Beziehung ein Fall angeführt, in welchem der Arzt nach der Nachgeburtsexpression zu früh weggegangen war und eine lebensgefährliche Blutung eintrat. Ferner wird zu forciertes Extrahieren als in das Kapitel der Fahrlässigkeit gehörend erachtet, besonders bei „hoher" Zange. Die typischen Verletzungen — Cervix- und Dammrisse — sind durchaus nicht immer als Verschuldung des Operateurs zu bezeichnen, wohl aber atypische, wie Durchreibung der Scheidenwand (durch Pendelbewegungen), tiefe Damm- und Mastdarmrisse beim Abgleiten der Zange (Anführung eines Falles von irrtümlicher Anlegung der Zange an den Steiss und Abgleiten unter schwerer Zerreissung von Damm und Rektum), Harnfisteln (bei unrichtiger Zugrichtung und Abgleiten), besonders wenn die Verletzung der Harnorgane sofort durch Harnabgang in die Erscheinung tritt, nicht aber, wenn sie erst in der zweiten Woche auftritt, besonders ferner Du.chstossung des Scheidengewölbes und unvollkommene oder gar vollkommene Uterusruptur, Mitfassen der Muttermundsränder, Bildung eines Hämatoms des Lig. latum (durch forciertes Extrahieren), ebenso Verletzung der Symphyse oder des Ileosakralgelenks (ebenfalls durch brutale Gewaltanwendung und falsche Zugrichtung) und Peroneuslähmung. Die Mahnung Walthers, dass die Zange durchaus kein ungefährliches Instrument ist, sollte von den praktischen Ärzten jedenfalls berücksichtigt werden, weshalb auch vor der sog. Luxuszange mit Recht gewarnt wird.

Bezüglich der Extraktion der Beckenendlage wird auf die erhöhte Gefahr von Rissverletzungen und auf das Bestehen von Komplikationen (z. B. Hydrocephalus beim nachfolgenden Kopf, Tumoren beim Kinde etc.) hingewiesen. Besonders gewarnt wird davor, die Extraktion bei nicht entfalteter Cervix zu versuchen, was geradezu als Fahrlässigkeit bezeichnet wird, weil eine unkontrollierbare Zerreissung der Cervix mit tödlicher Blutung hervorgerufen werden kann; das gleiche kann bei gewaltsamer Expression bewirkt werden. Ebenso wäre das Abreissen des ganzen Mutterhalses durch forcierte Extraktion als Fahrlässigkeit zu bezeichnen, desgleichen die übereilte Extraktion bei gleichzeitiger Placenta praevia. Bei feststehendem Steiss würde das Herabholen des Fusses als Fahrlässigkeit zu bezeichnen sein wegen Gefahr der Oberschenkelfraktur und des Einreissens der Cervix. Ferner wird gewarnt vor Einführung des stumpfen Hackens bei hochstehendem Steiss und vor Anlegung der Zange an den Steiss.

Durch Anwendung grosser Gewalt kann ferner der nachfolgende Kopf abgerissen und eine Beckenruptur hervorgerufen werden.

Für die innere Wendung werden als Hauptgefahren für die Mutter die Uterusruptur und die Kolpaporrhexis genannt, es wird deshalb vor der Wendung gewarnt bei drohender Uterusruptur, Tetanus uteri (fahrlässige Anwendung von Sekale!), relativ oder absolut verengtem Becken und mazerierter Frucht. Als Fehler werden Reposition des vorliegenden Armes bei Querlage, Zug an dem vorgefallenen Arme oder an dem in Verwechselung mit dem Fuss heruntergeholten Arme, Abschneiden des vorgefallenen und geschwollenen Arms (ein Fall mit nachheriger Entwicklung des lebenden Kindes als Begutachtungsfall) erwähnt. Uterusruptur und Kolpaporrhexis werden in einem Drittel der Fälle als violent entstanden angenommen, jedoch kann die Uterusruptur schon vorbereitet oder auch durch falsche Diagnose oder unrichtige Behandlung eingeleitet sein. Als grober Fehler wird die Ausführung der Wendung mittelst Instrumentes (1 Fall von Anwendung des Hackens mit Ruptur und Vorziehung des Darms begutachtet) erwähnt.

Bezüglich der Kraniotomie am lebenden Kinde verteidigt Walther deren Berechtigung, vorausgesetzt, dass sie nicht leichtfertiger Weise, sondern erst nach Abwägung aller in Betracht kommenden Momente, am besten unter Zuziehung eines zweiten Arztes, vorgenommen wird. Als Fehler bei der Perforation werden angeführt: Einstossen des Instrumentes, Einführung desselben ohne Schutz der linken Hand, Einstossen in schräger Richtung gegen den Kopf, so dass Verletzungen im hinteren Scheidengewölbe und sogar Anbohrung des Kreuzbeins veranlasst werden. Auch Verletzungen des Cervikalkanals und der Blase sind zu den Fehlern in der Technik zu zählen. Die bei vielen Ärzten herrschende Scheu vor der Perforation kann zu forcierten Zangentraktionen verleiten, so dass Blasenscheidenfisteln und ähnliche Verletzungen entstehen können.

Bei der Ausführung der Dekapitation wird vor Anwendung schneidender Instrumente im Dunkeln wegen der Gefahr schwerer Verletzungen gewarnt. Verletzungen durch die Operation selbst beweisen, wenn vor derselben das Allgemeinbefinden günstig war, wohl stets Mangel an Technik und Vorsicht, jedoch können schwere Verletzungen auf vorherigen unvollkommenen und gewaltsamen Entbindungsversuchen oder auf den Geburtsverlauf als solchem, der die Ruptur schon vorbereitet hatte, beruhen.

Bei der manuellen Plazentarlösung bespricht Walther die schwerere Verletzung, die sich bei Durchbohrung der Cervix unter dem Kontraktionsring, der irrtümlich für den Plazentarrand gehalten worden war, wiederholt ereigneten und in manchen Fällen zum Ausreissen des ganzen Uterus führten. Solche Fälle erklären sich, wenn sie auch bei einigermassen ruhiger Überlegung sich nicht ereignen sollten, aus der oft vorhandenen Schwierigkeit der äusseren Verhältnisse in der Praxis und sind deshalb vor Gericht schonend und milde zu beurteilen. Das Ausreissen oder Abschneiden von Darmstücken dagegen ist als Fahrlässigkeit unter Nichtachtung der für den Beruf nötigen Aufmerksamkeit zu bezeichnen, wenn auch vielfach der Arzt nicht mehr im Zustande der Zurechnungsfähigkeit handelte. Plazentarreste und Nebenplazenten sollten stets mit dem Finger, niemals mit Curette oder Kornzange entfernt werden, weil diese Instrumente sehr leicht zu Durchbohrungen der Uteruswand führen. Ausserdem wird dringend vor desinfizierenden Uterusausspülungen nach der Geburt mit Sublimat wegen der hohen Gefahr der Sublimatvergiftung gewarnt und überhaupt die grösste Vorsicht bei solchen Einspülungen dringend wegen der Gefahr der Luftembolie anempfohlen. Im ganzen wird empfohlen, die manuelle Lösung der Nachgeburt wegen der dieser Operation anhaftenden hohen Gefahren (Infektion und Verletzungen) auf das Notwendigste einzuschränken.

v. Franqué (7) beschreibt einen Fall von Durchbohrung des Uterus bei der von einem Arzte vorgenommenen Plazentarlösung mit tödlichem Ausgang. Der operierende Arzt hatte nach vergeblicher Anwendung des Credéschen Handgriffs die manuelle Lösung versucht, aber da er eigenartige Stränge fürchtete, den Versuch aufgegeben, um den Uterus nicht zu zerreissen, und die Halbentbundene in die Klinik gebracht. Die Sektion ergab einen Uterus unicornis dexter, sowie, dass der Arzt unter dem wahrscheinlich für den Plazentarrand gehaltenen Kontraktionsring eingedrungen war; die abgeschälte Muskelmasse hatte sich vor dem 5 : 7 : 7 cm grossen Spalt so vorgelegt, dass auch in der Klinik eine Ruptur nicht erkannt werden konnte. v. Franqué wendet sich gegen die Bemerkung Kockels, dass traumatische Uterusrupturen am häufigsten bei manueller Plazentarlösung vorkommen und seltener bei der Wendung und macht geltend, dass unter Umständen auch bei nicht nachweisbar veränderter Gebärmutter eine ausserordentlich geringe Kraft dazu gehört, um die im Zustande völliger Erschlaffung befindliche Uteruswand zu durchbohren und nachher abzureissen. Er glaubt daher, dass meist nicht die rohe Gewalt bei der Operation die Schuld trägt, sondern der Umstand, dass ohne Überlegung zu heftig operiert wird, so dass der Geburtshelfer rasch alle Orientierung verliert und in der ja begreiflichen Aufregung schliesslich zu ganz unbegreiflichen Verletzungen — Herausreissen ganzer Darmabschnitte oder der Milz — kommt. Im mitgeteilten Falle würde durch die ungewöhnliche nach rechts hin abweichende Richtung der Höhle des Uterus unicornis sich erklären, dass der Arzt mit der wie gewöhnlich senkrecht in der Mittellinie eingeführten Hand sofort in die weiche Uteruswand und durch diese hindurch geriet; dies und der Umstand, dass er die Gefahr erkannte und weitere Versuche unterliess, hätte zur Entschuldigung des Arztes angeführt werden müssen. Schliesslich wird die Mahnung ausgesprochen, dass wegen der Verletzbarkeit des Uterus und der grossen Infektionsgefahr die manuelle Lösung nur bei strenger Indikation und nach Versuch der Expression in Narkose ausgeführt werden solle.

Béna (2) stellt für die gerichtliche Begutachtung von Uterusrupturen bei Querlagen folgende Fragen als zu beantworten auf: 1. war eine operative Beendigung der Geburt angezeigt? 2. war die gewählte Operation die richtige und wurde sie mit der nötigen Vorsicht und Sorgfalt ausgeführt? und 3. ist die Verletzung während des Eingriffs oder im Anschluss daran entstanden? In einem gerichtlich zu begutachtenden Fall von Uterusruptur bei Querlage nach Wendungsversuch nach vor 2 Tagen erfolgtem Fruchtwasserabfluss hatte die Begutachtung folgende Fragen zu beantworten: 1. Waren durch den Geburtsverlauf die Bedingungen zur Zerreissung bereits gegeben und wäre die Zerreissung auch spontan zustande gekommen? 2. War überhaupt ein Eingriff angezeigt und wann? 3. Durfte der Arzt noch einen Wendungsversuch machen oder hätte er sogleich exenterieren sollen? Während die ersten 2 Fragen zu bejahen waren, musste die Frage nach der Anzeige eines Wendungsversuches verneint werden.

Mundell (13) sammelte aus der Literatur unter 3952 Fällen von Pituitrinanwendung 7 mütterliche Todesfälle, darunter 5 an Uterusruptur und 27 kindliche Todesfälle, teils durch Asphyxie infolge von Tetanus uteri, teils durch eine mit der Pituitrinanwendung im Zusammenhang stehende Asphyxie. Tetanus uteri wurde in 5 Fällen, postpartale Blutungen in 7,3% und vorzeitige Lösung der Plazenta in 2 Fällen beobachtet.

Fonyó (4) beobachtete bei Missverhältnis zwischen Kopf und Becken nach Pituglandolinjektion drohende Uterusruptur, die nur durch beschleunigte Beendigung der Geburt verhütet werden konnte.

Reusch (15) berichtet über einen Fall von Uterusinversion nach Expressionsversuch der Plazenta seitens einer Hebamme

Latzko (8) beschreibt einen plötzlichen Todesfall bei in Narkose (Billroth-Mischung) ausgeführtem vaginalen Kaiserschnitt und Einführung der Zange bei einer Eklamptischen. Die Sektion ergab Luft in der rechten Herzkammer und in den Kranzblutadern an der hinteren Herzfläche, in den Leberadern und rechts in den Blutadern der breiten Mutterbänder, in der Hohlvene und in der zur Hohlvene ansteigenden Blutader vom breiten Mutterband an, endlich in den Venen der rechten Uteruskante bei überall anhaftenden Eihäuten. Die Embolie wird zunächst auf Lufteindringen in die Genitalien bei der Operation, fernerhin auf Ansaugung durch die dyspnoische Atmung zurückgeführt.

Wall (d 90) verwirft den Dämmerschlaf bei der Geburt, weil er fast regelmässig Asphyxie des Kindes bewirkt.

Polak (14) und Baer (1) bestätigen das häufige Vorkommen von Asphyxie beim Kinde nach Skopolamin-Morphiumdämmerschlaf bei der Entbindung, ebenso Libby (9).

Lehn (9) beschreibt eine Sturzgeburt im Eisenbahnklosett; die Geburt trat unter heftigem Stuhldrang auf der Fahrt zur Klinik von der Frau unbemerkt ein. Die Mutter kam mit ungelöster Plazenta in der Klinik an, $4^1/_2$ Stunden später wurde das auf der Bahnstrecke gefundene Kind lebensfrisch, nicht blutend und mit nur geringen Hautabschürfungen eingeliefert.

Anhang: Unglücksfälle und Verletzungen ausserhalb der Zeit der Geburt.

1. *Brunzel, H. F., Zur Kasuistik perforierender Pfählungsverletzungen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 399.
2. Ebermayer, Fahrlässige Tötung bei Ausführung des Heilverfahrens nach den Grundsätzen der „christlichen Wissenschaft". Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1453. Verurteilung wegen Fortsetzung des „Gesundbetens" bei einer Krebskranken trotz fortschreitender Verschlimmerung.)
3. *Eichlam, Ein Fall von Uterusperforation mit schwerer Darmverletzung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 624.
4. *Eckstein, E., Über die rationelle Abortus-Behandlung als die beste Prophylaxis gegen die artifizielle Uterusperforation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 247.
5. *Fehim, F., Über Darmverletzung bei Abort-Ausräumung. Arch. f. Gyn. Bd. 106. p. 243.
6. *Foskett, E., Ein Fall von Quecksilbervergiftung durch eine Scheidendusche. Amer. Journ. of Obst. Bd. 72. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 460.
7. *Girvin, J. H., Spätfolgen der Curettage des Uterus. Amer. Journ. of Obst. Bd. 72. Nr. 4.
8. *Halban, J., Zur Therapie der Uterusperforation. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 225 und 228.
9. *Heimann, F., Uterusperforation mit Darmvorfall. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 331.
10. Lebensohn, R., Über Narkosenlähmungen. Inaug.-Diss. Erlangen 1914. (2 Fälle, einmal Lähmung des Plexus brachialis, einmal des Nerv. peroneus.)
11. Naturheilkunde und Krebsbehandlung. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 567. (Verurteilung eines Kurpfuschers wegen Verhinderung der Operation bei einer krebskranken Frau.)
12. Pfeiffer, Prolapsus sigmoides durch die Perforationsöffnung bei Curettage. Brooklyn Gyn. Soc. Sitzg. v. 7. Jan. Amer. Journ. of Obst. Juni. p. 1111.
13. Rhomberg, Pessar. Verein d. Ärzte Kärntens. Sitzg. v. 2. Sept. 1915. Wien. med. Wochenschr. Bd. 66. p. 32. (13 Jahre gelegenes Holzpessar, das eine Blasenscheidenfistel bewirkte.)
14. Sippel, A., Idiosynkrasie gegenüber Röntgenstrahlen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 857. (Ausgedehnte Verbrennung nach Bestrahlung bei Mammakarzinom trotz verhältnismässig geringer Dosierung.)

15. Schubiger, R., Über Abortbehandlung und die dabei vorkommenden Verletzungen. Inaug.-Diss. Zürich 1915.
16. *Thiem, Bösartige Geschwulst der Blasengegend im Anschluss an einen nahezu 12 Jahre zurückliegenden Unfall mit Bemerkungen über die zwischen Geschwulst und Verletzung liegenden Zeitabschnitte. Monatsschr. f. Unfallheilk. 1915. Nr. 10.
17. Wagner, A. G., Fall von Uterusabszess nach Appendizitis. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 20. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 607. (Fall von plötzlichem Tod durch Luftembolie während schwerer Beckenoperation; gerichtliche Sektion.)
18. *— Uterusperforation. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 11. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 154.

Eichlam (3) veröffentlichte einen Fall von Perforation der hinteren Wand des Uterus dicht oberhalb der Cervix mit Hervorziehen einer vom Cökum abgerissenen Dünndarmschlinge durch Curettierung zum Zweck der Abortausräumung. Bei der Laparotomie musste ein 1 m langes Stück Dünndarm reseziert werden, der Uterus wurde belassen. Der Fötus wurde durch die Perforationsstelle in die Bauchhöhle ausgestossen und fand sich am 6. Tage nach der Operation in der Bauchwunde liegend. Ausgang in Genesung.

Fehim (5) schreibt der Curette, wenn unbemerkt der Uterus perforiert worden ist und weiter geschabt wird, nur oberflächliche Anschürfungen der Serosa zu und freie Blutung oder Hämatome nur, wenn im Bereich des Mesenteriums ein grosses Gefäss verletzt wird; dagegen entstehen bei Eindringen mit zangenartigen Instrumenten Verletzungen des Darms. 7 einschlägige Fälle aus der Bummschen Klinik werden mitgeteilt und zwar 3 Perforationen mit der Curette, 1 mit der Abortzange, 1 mit dem Abortlöffel; in 2 Fällen wird nur von „Ausräumung" gesprochen. In 3 Fällen war der Dünndarm verletzt, in einem Dünn- und Dickdarm, in einem Dünn-, Dickdarm und Adnexe und in 2 Fällen das Netz. Das Ziel der Arbeit ist der Beweis, dass die Uterusexstirpation durchaus nicht immer nötig ist, sondern dass man den Uterus erhalten kann, denn alle 7 Fälle wurden mittelst Naht der Perforationsöffnung mit glücklichem Erfolge behandelt.

Girvin (7) macht ausser auf Infektion und Uterusperforation durch Curettage auf die Gefahr einer zu gründlichen Abrasio aufmerksam, wodurch Oligomenorrhoe, Dysmenorrhoe und partielle Verwachsungen im Uteruskavum entstehen können. Die Abrasio darf nicht durch ungenügend ausgebildete Ärzte vorgenommen werden.

Heimann (9) beschreibt einen Fall von Perforation des Uterus bei der Ausräumung von Abortresten mit der Winterschen Abortzange, mit der eine 30 cm lange Dünndarmschlinge vorgezogen worden war. Die 5 pfennigstückgrosse Durchlöcherung sass an den linken Tubenecken. Durch Laparotomie, Resektion der Darmschlinge und Vernähung der Uterusperforation wurde die Kranke gerettet. Heimann betont im Anschluss hieran, dass auch bei Anwendung aller Vorsichtsmassregeln eine Perforation vorkommen könne, verlangt aber im Einzelfall, dass der Beweis geliefert werde, dass alle Vorsichtsmassregeln sorgsamst beobachtet worden sind und dass, wenn eine Perforation eingetreten ist, diese nicht übersehen werden darf.

Wagner (18) beschreibt eine Uterusperforation mittelst Curette, bei welcher die Perforation hart an der vorderen Wand des Uterus entstanden war, weil die Curettierung bei sehr voller Harnblase ausgeführt worden war; ausserdem war bei der stundenlang nach der Perforation vorgenommenen Laparotomie noch keine Peritonitis entstanden war, offenbar weil die zerrissene 20 cm lange Dünndarmschlinge durch einen Riss im Mesenterium einer weiter abwärts gelegenen Schlinge hindurchgezogen und dadurch förmlich ausgestreift worden war, so dass kein Darminhalt hatte austreten können. Die Perforation war an tiefem

Eindringen der Curette, und weil an der nachher eingeführten Kornzange Fettgewebe sass, bemerkt worden. Dementsprechend war zur Zeit der Operation auch das Allgemeinbefinden ein sehr gutes gewesen. Heilung.

In der Aussprache berichtet Latzko über eine Curettenperforation an der Hinterwand in der Nähe der rechten Tubenecke mit hämorrhagisch-eitriger Peritonitis und Stäbchen und Staphylokokken im Eiter. Auch hier wurde die Laparotomie ausgeführt, die bei jeder von fremder Hand bewirkter Perforation, auch bei scheinbar günstigen Befunden für angezeigt erklärt wird. Latzko spricht sich in der Frage, ob nach österreichischem Gesetz die Verpflichtung zur Anzeige solcher Todesfälle besteht, in verneinendem Sinne aus, ebenso Rosenfeld; F. Freund verlangt, wenn die Anzeige zu machen ist, die unverzügliche Anzeige und nicht erst nach dem oft nach mehreren Tagen erfolgten Tode. Wertheim tritt für grundsätzliche Ausführung der Laparotomie nur dann ein, wenn die Perforation durch Curette oder Abortzange, nicht aber wenn sie durch Sonde oder Hegarstift bewirkt worden ist, während Latzko die Angaben der Ärzte nach solchen Vorkommnissen für zu wenig zuverlässig erklärt. Latzko erklärt die Perforation nicht an sich für ein Verschulden des Arztes und Wertheim hält im allgemeinen die in der Praxis herrschende Auffassung, dass die Perforation an sich nicht als Kunstfehler gilt, für zu milde.

Halban (8) schlägt vor, bei nicht zu schweren Perforationen des schwangeren Uterus, wie sie durch Sonde, Hegarstift oder auch Curette entstehen, die im Uterus noch enthaltenen Eireste durch Spaltung und Freilegung der vorderen Cervix- und Uteruswand zu entfernen. 2 Fälle von Perforation, einer durch die geschlossene Tamponzange an der Vorderwand oberhalb des inneren Muttermundes und einer durch die mit grösster Vorsicht gebrauchte stumpfe Curette, werden mitgeteilt.

In der Aussprache teilt Thaler einen Fall von Perforation bei Ausräumung des graviden Uterus mit, ebenso Waldstein einen Fall von Perforation der Vorderwand durch Hegarstift nach vorausgegangener Laminaria-Dilatation. Wertheim beschuldigt besonders die Ausräumung bei ungenügender Cervixdilatation und das heftige Verfahren bei der Ausräumung angesichts eintretender starker Blutung als Ursache der Perforation. Das nicht seltene Vorkommen der Perforationen auch bei vorsichtigem Verfahren und an Kliniken beweist, dass eine Perforation mild zu beurteilen ist. Bezüglich des therapeutischen Verfahrens nach eingetretener Perforation wird besonders geltend gemacht, dass verschieden zu verfahren ist, je nachdem die Perforation von einem anderen Arzt oder von dem Operateur selbst hervorgebracht worden ist.

Ekstein (4) verteidigt die instrumentelle Behandlung des Abortus unter strenger Indikationsstellung namentlich betreffs der genügenden Weite des Halskanals und verwirft die Anwendung scharfer löffelförmiger Curetten.

Foskett (6) beobachtete eine am 12. Tage zum Tode führende Quecksilbervergiftung nach starker Vaginaldusche mittelst Spray-Apparates.

Brunzel (1) beschreibt einen Fall von Pfählungsverletzung, in welchem sich eine Frau beim Herabrutschen von einem Heuhaufen einen Heugabelstiel so in die Scheide einbohrte, dass dieser die vordere Scheidenwand in die Blase und dann den Blasenfundus durchbohrte und bis ins Epigastrium vordrang. Bei der Laparotomie fanden sich ausserdem 5 Risswunden im Dünndarm und Durchstossung des Mesenteriums des S romanum. Heilung.

Thiem (16) betont, dass die Entstehung einer bösartigen Geschwulst trotz sehr langer Zeit als Unfallfolge denkbar ist, wenn nur irgendwelche „Brückenerscheinungen" (z. B. peritoneale Verwachsungen nach Bauchquetschung) vorliegen.

f) Das Wochenbett in Beziehung auf gerichtliche Medizin.

1. Anzeigepflicht bei Puerperalfieber. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 198. (Reichsgerichtsurteil v. 19. Dez. 1913, das die Verpflichtung der Hebamme zur Anzeige ausspricht, sobald sie Kenntnis von dem Erkrankungsfall genommen hat.)
2. Ausdehnung der Anzeigepflicht auf Kindbettfieber. Verordnung d. k. sächs. Minist. d. Innern vom 23. Febr. 1916. Zeitschr. f. Med.-Beamte Bd. 29. Beilage p. 40. (Jeder Fall von Kindbettfieber ist von dem behandelnden Arzte spätestens binnen 24 Stunden nach erlangter Kenntnis anzuzeigen. Ist kein Arzt zugezogen worden, so ist anzeigepflichtig 1. der Haushaltungsvorstand, 2. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege beschäftigte Person, 3. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall eingetreten ist, 4. die Leichenfrau.
3. Ebermayer, Verurteilung einer Hebamme wegen fahrlässiger Tötung durch Übertragung des Kindbettfiebers. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1453. (Die Hebamme hatte trotz ärztlichen Verbotes eine fieberkranke Frau nochmals besucht; obwohl sie die Kleider gewechselt und sich mit Lysol desinfiziert hatte, erkrankte eine weitere von ihr untersuchte an tödlichem Kindbettfieber. Verurteilung zu 2 Monaten Gefängnis.)
4. *Fothergill, W. E., Die Fiktion „Puerperalfieber" und die Farce der Anzeigepflicht. Lancet. Bd. 1. 4. März.
5. *Maunu af Heurlin, Bakteriologische Untersuchung des Keimgehaltes am Genitalkanal der fiebernden Wöchnerinnen mit Berücksichtigung der Gesamtmorbidität im Laufe eines Jahres. Berlin 1914. S. Karger.
6. Rosengart, A., Neue Beiträge zur Ätiologie des Puerperalfiebers. Inaug.-Diss. Zürich 1915. (Puerperalfieber-Endemie in der Züricher Frauenklinik im Anschluss an eine Angina-Epidemie unter den Hebammenschülerinnen.)

Fothergill (4) will, dass die Anzeigepflicht bei Puerperalfieber, das keine spezifische Erkrankungsform, sondern eine Wundinfektion wie jede andere ist, fallen gelassen werde, da bei der vollständigen Unsicherheit der Abgrenzung des Begriffes jede Statistik wertlos ist und da beim Fehlen eines spezifischen Erregers durch die Meldepflicht für die Prophylaxe doch nichts zu gewinnen sei.

Maunu af Heurlin (5) kommt nach eingehenden Untersuchungen zu dem Schlusse, dass für die Spontaninfektion mehr die anaeroben Darmbakterien in Frage kommen, die schon in der Schwangerschaft sich in der Scheide befanden; da diese grösstenteils harmloser Natur sind, würde daraus der leichte Verlauf der Spontaninfektionen zu erklären sein.

g) Das neugeborene Kind.

1. *Ahlfeld, F., Der sogenannte „Erste Atemzug". Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 79. p. 211.
2. Alexander, B., Die ostealen Veränderungen bei kongenitaler Syphilis im intra- und extrauterinen Leben; Berücksichtigung der Wirbelverknöcherungen. Leipzig 1915. J. A. Barth. (Ausgezeichnete Röntgenbilder.)
3. *Armbruster, Binsenwahrheiten und neue Anschauungen aus der Geburtshilfe. Wien. klin. Rundsch. Bd. 30. p. 8.
4. *v. Arnim, E., Über Nasendiphtherie Neugeborener. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 1001.
5. *Bang, F., Icterus neonatorum. Hospitalstid. 1915. Nr. 26. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 689.
6. Bleach, Exitus foetus infolge 8maliger Umschlingung des Halses durch die Nabelschnur. Obst. Soc. of New York. Sitzg. v. 14. März. Amer. Journ. of Obst. Aug. p. 284.

7. *Bourret-Laborderie, A., Behandlung der Asphyxie syphilitischer Neugeborener mit Aszites durch Punktion. Journ. de méd. de Paris. 1914. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 632.
8. *Cole, H. N. und H. O. Ruh, Pemphigoid des Neugeborenen. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1159. Ref. Zentralbl. f. Med. Bd. 37. p. 79.
9. Davis, G. G., Geburtsverletzung der oberen Extremitäten — sog. Geburtslähmungen Coll. of Phys. of Philadelphia. Sitzg. v. 5. April. Med. Rec. New York. 15. Juli. p. 126.
10. Dörr, F., Doppel-Kindsmord. Gross' Arch. Bd. 65. p. 148. (Verurteilung der Mörderin ihrer 2 Kinder zu 4½ Jahren Zuchthaus; die Angeklagte zeigte geringe Intelligenz und Zeichen Basedowscher Krankheit.)
11. Eckhard, H., Über den Tod und Scheintod der Neugeborenen. Inaug.-Diss. Würzburg 1914. (Berechnet die Totgeburten auf 1%, die Zahl der Asphyxien auf 7,53%; von den wiederbelebten Kindern starben in den ersten Lebenswochen 20,26%.)
12. *Esch, P., Intrakranielle Blutungen beim Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 321.
13. Fahrlässige Tötung eines Kindes (Erstickung unter der Bettdecke) infolge unvorsichtigen Verhaltens der Mutter und der Hebamme. Urteil des Reichsgerichts vom 26. Juni. Zeitschr. f. Med.-Beamte Bd. 29. Beilage p. 125. (Die in der Wohnung der Hebamme niedergekommene Mutter hatte das Kind im Bett tot neben sich liegen. Das Kind war unter der Bettdecke erstickt und ärztlicherseits wurde Erstickung festgestellt. Mutter und Hebamme wurden verurteilt.)
14. Ewald, L., Studien über die Albuminurie bei Neugeborenen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 347. (Erklärt die Albuminurie in den ersten Lebenstagen für physiologisch, jedoch wird sie durch Zirkulations- und Stauungsvorgänge in den Nieren, z. B. durch schädigende Einflüsse bei der Geburt, erhöht.)
15. Fränkel, E., Röntgenologisches über Epiphysenlösungen und über Heilung der Osteochondritis syphilitica congenita. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 23. Heft 3. (Empfehlung der Röntgenaufnahme als einfachsten diagnostischen Mittels.)
16. Friedjung, J. K., Bemerkungen zu der Arbeit des Herrn A. Ylppö über Genitalödeme bei Frühgeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Heft 3. (Polemik gegen Ylppö.)
17. *Gessner, W., Der Icterus neonatorum und seine Beziehungen zur paraportalen Resorption beim Neugeborenen. Gyn. Rundsch. Bd. 9. Heft 14.
18. *Glaser, F., Schädel-Impressionen bei Neugeborenen und ihr Einfluss auf die spätere Entwicklung. Inaug.-Diss. Würzburg 1914.
19. *Guggisberg, Ulcus perforativum des Magens bei einem Neugeborenen mit Melaena. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Sitzg. v. 28. Nov. 1915. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 285.
20. — Einschluss-Blennorrhoe der Neugeborenen. Gyn. Ges. d. deutsch. Schweiz. Sitzg. v. 28. Nov. 1915. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 286. (Vorläufige Mitteilung.)
21. Hammar, J. A., Thymustod. Svenska Laek. Handl. Bd. 42. Heft 3. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1393.
22. *— Gewisse Fälle von Thymusasthma im Lichte der Thymustopographie. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 3/4.
23. *Heimo, Hämatom in der Nebennierenkapsel eines Neugeborenen. Gyn. Helv. 1914. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 457.
24. Henrichsen, A., Über die forensische Bedeutung gewisser Sektionsbefunde Neugeborener. Inaug.-Diss. Würzburg 1915.
25. *Hofmeier, M., Zur Behandlung der Asphyxie der Neugeborenen. Monatsschr f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 293.
26. *— Zur forensischen Bedeutung der Lungenschwimmprobe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 289.
27. *Isachsen, L., Eine klinische Studie über etliche der physiologischen Verhältnisse Neugeborener. Arch. f. Gyn. Bd. 105. p. 1.
28. Kaufmann-Wolf, M., Zur Frage der Übertragbarkeit der Dermatitis exfoliativa neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 82. Heft 4. (Die Frage der Übertragbarkeit wird an der Hand eines Falles bejaht.)
29. Krone, W., Todesursachen der Säuglinge in den ersten 10 Lebenstagen in der Universitätsfrauenklinik Bonn, in Stadt- und Landkreis Bonn während der Jahre 1902—12. Inaug.-Diss. Bonn 1915. (Statistische Studie.)

30. *Kühnelt, F., Ein Fall von Cephalhämatom bei Beckenendlage. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 500.
31. *Kürbitz, W., Der Kindsmord und seine forensische Bedeutung. Gross' Arch. Bd. 60. p. 278.
32. *Landgraf, W., Über intrakranielle Blutungen beim Neugeborenen mit besonderer Berücksichtigung der Blutungen infolge von Tentoriumzerreissungen. Inaug.-Diss. Marburg 1914.
33. *Langstein, Fieberhafte Temperaturen bei Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 602.
34. *Ledderhose, G., Ein Fall von Luftleere der Lungen bei einem 5 Tage alten Kind. Ärztl. Sachverständigenztg. Bd. 22. p. 3.
35. *Lindemann, Über einen Fall von Melaena neonatorum. Ärzteverein Halle. Sitzg. v. 24. Nov. 1915. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 53.
36. *— Über einen Fall von Melaena neonatorum. Prakt Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 7. Heft 1.
37. *Lippmann, M. J., Meningeale Blutung beim Neugeborenen. New York Med. Journ. Bd. 103. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 726.
38. *Meinshausen, K., Statistische Übersicht über Nabelinfektion in der Säuglingssterblichkeit der Jahre 1904—13 nach den Aufzeichnungen des statistischen Amtes der Stadt Berlin. Inaug.-Diss. Berlin 1915.
39. *Mössmer, Über „Kriegsneugeborene". Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 684.
40. *Nierstrass, B., Chirurgische Versorgung des Nabelschnurrestes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 338.
41. Peiper, Die Behandlung der Melaena und des Tetanus und Trismus der Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 621. (Bezüglich der Melaena werden keine neuen Angaben über Ätiologie gebracht; ein Fall von Trismus und Tetanus wird mitgeteilt und als beste Prophylaxe aseptische Behandlung des Nabelschnurrestes verlangt.)
42. *Photakis, B., Über die Bestimmung des Lebensalters an Kinderleichen auf Grund der Histologie der Nebennieren. Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 51. p. 48.
43. *Pommer, G., Zur Kenntnis des inneren Schädelblutsackes (Cephalhaematoma internum) und seiner Folgeveränderungen. Wiss. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. v. 25. Febr. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 866ff.
44. *Reiche, Welches sind die Lebensaussichten der vorzeitig geborenen Kinder und durch welche Massnahmen lassen sich dieselben günstiger gestalten? Therap. Monatsh. Nr. 8.
45. Rietschel, Superdesquamatio membranacea. Berl. verein. ärztl. Ges. Sitzg. v. 23. Febr. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 391. (1 Fall beim Neugeborenen.)
46. *Rothschild, Zur Belebung asphyktischer Neugeborener. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1032.
47. *Roubal, R., Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener mittelst Expression des Nabelschnurblutes in die Frucht. Casop. lek. cesk. 1915. Nr. 44. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 25.
48. *Sachs, E., Über die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes mit dem Veit-Smellieschen und dem Wigand-A. Martin-Winckelschen Handgriff. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 357.
49. *— Zur Ätiologie und Prognose der Erbschen Entbindungslähmungen. Frauenarzt Bd. 31. Heft 8ff.
50. *Salzmann, M., Trachom und Gonorrhoe. Arch. f. Dermat. Bd. 120. p. 206.
51. *Scheel, P. F., Zur operativen Behandlung der Schultergelenks-Distorsion im Säuglingsalter (sog. falscher Entbindungslähmung). Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 35. Heft 4.
52. Schick, B., Zur Frage der physiologischen Gewichtsabnahme der Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 5. (Wird auf ungenügende Brustdrüsenfunktion und Ungeschicklichkeit des Kindes beim Saugakt zurückgeführt.)
53. *Schick, B., Beschneidungstuberkulose. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. v. 31. März. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 19. p. 469.

54. *Schönberg, S., Zur mikroskopischen Diagnose der Lungenatelektase. Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 52. p. 17.
55. Schramek, Soor-Mykose der Säuglinge. Wien. dermat. Ges. Sitzg. v. 16. März. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 29. p. 1412. (Soor um den Anus und auf der Haut der Ober- und Unterschenkel.)
56. Schub, Entbindungslähmung. Ärztl. Ges. Bern 1914. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 380. (2 Fälle von Radialislähmung bei Beckenendlage.)
57. *Sloan, H. G., Die Diagnose intrakranieller Blutungen bei Neugeborenen. Clevel. Med. Journ. Bd. 14. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 457.
58. *Small, C. P., Geburtsverletzungen des Auges. Ophthalmic Rec. 1915. Aug. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 690.
59. Spiller, Severe jaundice in the newborn child, a cause of spastic cerebral diplegia. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 149. p. 345. (Bei 4 Kindern einer Familie.)
60. *Staffier, Über die Prognose intra partum erworbener Frakturen. Inaug.-Diss. Halle 1915.
61. Stoerk, Kongenitale Larynxstenose. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 19. Heft 1/2. (Tod am 4. Lebenstage infolge Stenose durch eine vom Epiglottisstiel bis zum rechten Trachealring herabreichende Zyste.)
62. *Strassmann, Neuere Erfahrungen über den Kindsmord. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1915. Nr. 24.
63. *Thoms, H. K., Kongenital bilaterales Caput obstipum. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Nr. 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 1037.
64. *Truesdell, E. D., Dislokation der unteren Humerusepiphyse nach hinten als Geburtsverletzung. Amer. Journ. of Obst. Bd. 73. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 1037.
65. *Ungar, Eigentümlicher Fall von Kindstötung. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Sitzg. v. 24. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 839.
66. Veress, F., Angeborene symmetrische Narbe auf der Rumpf- und Schenkelhaut. Orvosi Hetilap Nr. 13.
67. *Walther, H., Die Verletzungen des Kindes bei geburtshilflichen Eingriffen. Med. Klin. Bd. 12. p. 1210.
68. Woltman, Bluttransfusion, die mit Zitratlösung gemischt ist, bei Melaena neonatorum eines 60 Stunden alten Säuglings. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 65. Nr. 25. (Bei einem mit Forceps entwickelten Kinde.)
69. Ylppö, A., Vorübergehende, ev. chronische Genitalödeme bei Frühgeborenen auf Grund lokaler mechanischer Stauung. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 14. Heft 3. (Nach Einspannung in der Finkelsteinschen Stoffwechselschwebe entstanden, nach Herausnahme wieder verschwindend.)
70. *Zubrzycki, J., Blennorrhoea neonatorum. Przegl. Lek. Nr. 6. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1018.

Entwicklung und Lebensfähigkeit.

Mössmer (39) stellt fest, dass die Zahl der in der Posener Hebammen-Lehranstalt geborenen Kinder von über 4000 g während 8 Friedensjahren 9,1% der lebensfähigen und 9,5% der ausgetragenen Kinder, während der Kriegszeit 9,7% der ausgetragenen Kinder betrug. Ihre durchschnittliche Länge betrug 53,7 cm, ihr durchschnittliches Gewicht 4238 g; darunter treffen 57 Knaben auf 23 Mädchen (248 : 100) gegenüber einem allgemeinen Verhältnis von 107 : 100.

Reiche (44) verlangt für die Lebensfähigkeit frühgeborener Kinder eine mindestens 28wöchige intrauterine Entwicklung, ein Körpergewicht von mindestens 1000 g, 35 cm Länge, 22—23 cm Brust- und 26,5—27 cm Kopfumfang.

Verletzungen des Kindes bei der Geburt.

Walther (67) betont das Recht des Kindes auf möglichste Berücksichtigung seines Lebens bei geburtshilflichen Eingriffen, ebenso wie das Leben der Frucht auch in der Schwangerschaft unter gesetzlichem Schutze steht. Die Mortalität der

Kinder während der Geburt wird in Deutschland auf 50 000 geschätzt. Oberflächliche Kopfverletzungen nach Zangenoperation heilen zwar leicht, können aber durch Infektion durch die Lochien (z. B. Erysipel, Nekrosen, Phlegmone) Gefahr bringen. Die Fazialis-Lähmungen sind nicht ausschliesslich auf Zangendruck, sondern zuweilen auch auf Druck des Promontoriums und der Symphyse zurückzuführen; ebenso kommt das Kephalhaematoma externum bei spontanen Geburten vor. Komplikationen des Kephalhämatoms sind auf fehlerhafte Nachbehandlung (z. B. Massage) zurückzuführen. Intrakranielle Blutungen können durch Schädelverletzungen bei zu starkem Druck der Zange und forcierter Extraktion besonders bei engem Becken und Abgleiten der Zange entstehen; bei Verdacht auf intrakranielle Blutungen dürfen Schultzesche Schwingungen nicht angewendet werden. Verletzungen des Gesichts bei Gesichtslage durch die Zange (Bulbus-Verletzungen, Exophthalmus mit retrobulbärem Bluterguss, Blutungen in die Netzhaut und in die vordere Augenkammer, Verletzungen der Ohrmuschel) werden auf fehlerhafte Technik zurückgeführt. Frakturen und Fissuren der Schädelknochen, ebenso löffelförmige Impressionen brauchen nicht durch die Zange selbst bewirkt worden zu sein, sondern können durch das enge Becken oder vorspringende Knochenpunkte bedingt sein. Von Halsverletzungen durch die Zange werden besonders Schulter- und Armmuskellähmungen erwähnt, jedoch sind diese häufiger auf fehlerhaftes Extrahieren des nachfolgenden Kopfes, besonders auf zu starke Seitwärtsstreckung oder auf ungeschicktes derbes Einhacken des Fingers in die Achselhöhle bei Entwicklung des Rumpfes zurückführen.

Bei in Beckenendlage extrahierten Kindern muss eine genaue Untersuchung auf das Vorhandensein von Verletzungen vorgenommen werden, damit solche richtig behandelt werden können (ein gerichtlicher Fall von Unterlassung einer derartigen Untersuchung durch den Arzt wird angeführt). Oberschenkelfrakturen kommen vor allem bei dem fehlerhaften Herabschlagen des Beins bei ins Becken eingetretenem Steiss zustande, ausserdem bei ungeschicktem Zug am Oberschenkel, besonders bei drehenden Bewegungen, ferner wenn in die vordere Schenkelbeuge statt eines Fingers zwei oder der stumpfe Haken, der bei lebendem Kinde nur ausnahmsweise gebraucht werden darf, eingehakt wird. Frakturen des Unterschenkels entstehen hauptsächlich bei fehlerhafter Technik und Anwendung brutaler Gewalt. Die um die Schenkelbeuge eingeführte Wendungsschlinge kann gefährliche Verletzungen der Weichteile, selbst der Schenkelgefässe bewirken. Verletzungen des Rumpfes — Leber-, Milz-, Nieren-, Darmrupturen mit tödlicher Blutung in der Bauchhöhle — sind immer durch technische Fehler bewirkt, besonders bei festem Zufassen am Abdomen. Blutungen in die Nebenniere können auch bei Asphyxie vorkommen. Verletzungen des Afters können durch Einhaken des Fingers in den After, das bei lebendem Kinde als Kunstfehler anzusehen ist, hervorgerufen werden. Zerreissungen der Nabelschnur können auch bei starkem Mitpressen, besonders wenn eine Disposition durch starke Schlängelung, Varizenbildung oder dünne salzarme Schnur gegeben ist, vorkommen.

Bei Beurteilung der durch die Armlösung hervorgerufenen Verletzungen des Schultergürtels ist zu berücksichtigen, dass sie häufig durch rasches Handeln verursacht werden, das aber angesichts drohender schwerer Asphyxie sehr häufig gerechtfertigt sein kann. Als technische Fehler werden Vorbeiführen des Arms in falsche Richtung und Ausführung der Lösung nur mit einem Finger bezeichnet. Nicht entschuldbar ist das Übersehen solcher Verletzung durch Unterlassen der Untersuchung des Kindes, was besonders bei Epiphysentrennung am Oberarm von schlimmer Folge ist. Bruch der Vorderarmknochen ist sehr selten. Entbindungslähmungen ohne Verletzung werden auf ungeschicktes Einführen des Fingers in die Achselhöhle zur Entwicklung des Rumpfes nach der Geburt des

Kopfes, ferner auf starkes Senken des geborenen Kopfes oder durch Zug am Halse bewirkt. Traumatischer Schiefhals (Zerreissung des Sternokleidomastoideus) wird besonders auf Drehung des Kopfes nach der Schulter oder auf zu starkes Ziehen der Schulter nach hinten zurückgeführt, sie kann aber auch kongenitalen Ursprungs sein.

Verletzungen der Wirbelsäule werden vorwiegend dem obsoleten Prager Handgriff, zuweilen aber auch dem umgekehrten Veit-Smellie- und dem Scanzonischen Handgriff zugeschrieben. Es handelt sich hierbei um Absprengung zwischen Epi- und Diaphyse und konsekutive Blutung in den Wirbelkanal. Solche Verletzungen sind tödlich. Abreissen des Rumpfes vom Kopf wird als rohes kunstwidriges Verfahren bezeichnet, ebenso das Abreissen des mit der Zange extrahierten Kopfes vom Rumpf. Sehr selten sind Frakturen an der Lendenwirbelsäule, die durch zu starkes Heben des Rumpfes zustande kommen.

Verletzungen des nachfolgenden Kopfes kommen besonders beim Wigand-Martinschen Handgriff und bei räumlichem Missverhältnis vor, besonders löffelförmige Impressionen und Absprengung der Hinterhauptsschuppe; letztere ist wegen Blutung in die Medulla oblongata tödlich. Fraktur des Unterkiefers und Verletzung des Mundbodens sind vermeidbare Verletzungen; bei letzterer kann schwere Blutung eintreten. Hämatom des Masseter kann durch Seitwärtsdrehen des Kinns bewirkt werden. Alle derartigen Verletzungen, soweit es sich nicht um technische Ungeschicklichkeiten und Fehler handelt, sind milde zu beurteilen, weil sie meist bei dem Versuch, das Kind noch zu retten, entstehen.

Bei innerer oder kombinierter Wendung können — übrigens sehr selten — Verletzungen des Fusses bei Herableiten am Rücken statt an der Bauchseite vorkommen (Trennung der Epiphyse von der Diaphyse), auch Verletzungen des vorgefallenen Armes. Oberschenkelfrakturen können bei schwieriger Wendung aus Kopf- in Fusslage entstehen. Ein schwerer Fehler ist das Abreissen des vorgefallenen Armes (ein angeführter gerichtlicher Fall). Die Brachiotomie kommt bei lebendem Kinde nie, bei sicher totem nur ganz ausnahmsweise in Frage.

Sachs (48) sieht die Gefahr der Wirbelsäulenzerreissung beim Veit-Smellieschen Handgriff bei hochstehendem Kopf in Überstreckung der Wirbelsäule. Dabei reisst stets zuerst der ventrale Teil der Wirbelsäule ein. Verletzungen der Halswirbelsäule, z. B. Torticollis, lassen sich bei der Extraktion nicht vermeiden und beruhen nicht auf einem Kunstfehler, sondern sind die Folgen des zur Extraktion notwendigen starken Zuges. Unterkieferverletzungen können vermieden werden, wenn das Kinn nur an die Brust gezogen und hier der Kopf nur gelenkt und nicht am Kinn stark gezogen wird. Schlüsselbeinbrüche kommen durch falsche Ausführung des Veit-Smellieschen Handgriffs (Verlegung des Zugs auf den Schultergürtel) zustande, jedoch können auch Kompressionsbrüche des Schlüsselbeins beim Hindurchleiten der Schultern durch nicht ganz erweiterte, rigide Weichteile eintreten. Die Erbsche Lähmung wird dem starken Zug durch die über dem Nacken liegenden Finger und der dadurch ausgeübten Zerrung des Plexus zur Last gelegt sie kommt besonders bei Ausführung des Veit-Smellieschen Handgriffs bei hochstehendem Kopf mit oder ohne Zuhilfenahme der Expression vor.

Die dem Wigand-Martin-Winckelschen Handgriff zur Last gelegten Absprengung der Hinterhauptsschuppe mit ihren tödlichen Folgen wird ausschliesslich auf ein grosses Missverhältnis zwischen Kopf und Becken zurückgeführt. Tentoriumzerreissungen mit Hirnblutung können bei beiden Handgriffen (auch bei spontaner Geburt) vorkommen. Die dem Wigand-Martin-Winckelschen Handgriff zugeschriebenen Gefahren bestehen in gleichem Masse für den mit Druck von aussen kombinierten Veit-Smellieschen Handgriff, dagegen ist der Veit-Smelliesche Handgriff mit der Gefahr der Wirbelsäulen-

zerreissung und der Erbschen Lähmung belastet; der letztere Handgriff ist besonders gefährlich bei hochstehendem Kopf, vor allem bei engem Becken.

Small (58) beschreibt eine Augenverletzung durch die Zange, bei welcher sich die Narbe über den Kopf und das rechte Unterlid erstreckte; die Hornhaut war vielfach vertikal getrübt und es bestand Iris-Schlottern und Linsentrübung.

Armbruster (3) führt Littlesche Krankheit auf den Gebrauch der Zange zurück.

Esch (12) fand unter 17 Fällen von intrakraniellen Blutungen bei Neugeborenen in der Marburger Klinik 13 mal typische Risse im Tentorium und 1 mal die beiden Blätter gegeneinander verschoben und die Falte am Tentoriumansatz hämorrhagisch infiltriert. Die Blutung war stets eine venöse, so dass der Überfüllung der Venen eine wichtige Rolle beim Zustandekommen der Blutung zuzuschreiben ist. Diese venöse Hyperämie ist entweder durch allgemeine Kreislaufstauung oder lokal durch Kompression der Halsgefässe (durch Thyreoidea oder Thymus) bedingt, jedoch ist die intrauterine Asphyxie (unter 17 Fällen 12 mal) die häufigste Ursache, die durch Nabelschnuranomalien, tiefen Sitz der Placenta oder Placenta praevia, Eklampsie, Steisslage, vielleicht auch nach Anwendung von Pantopon-Skopolamin (1 Fall) bedingt sein kann. Die Blutung erfolgt meist aus sehr kleinen Gefässen und ihre Intensität hängt vom Bestehen eines hohen Blutdrucks ab, wobei die Verstopfung des Gefässes durch ein Gerinnsel verhindert wird, und die venöse Hyperämie ist auf die Blutung von ausschlaggebendem Einfluss, weil bei vielen Kindern Tentoriumverletzungen vorkommen, ohne dass es zur Blutung kommt; deshalb ist die Menge des ergossenen Blutes nicht von der Grösse des Einrisses abhängig. Als disponierender Faktor können ferner harte, andererseits aber auch weiche Schädelknochen von Einfluss sein, dagegen konnte Lues als prädisponierende Ursache nicht nachgewiesen werden, ebensowenig Arteriosklerose, Schrumpfniere, Lebererkrankung oder chronische Intoxikationen der Mutter.

Für die Entstehung der Risse werden Verschiebungen der Schädelknochen verantwortlich gemacht, also ausser operativen Geburten spontane bei engem Becken oder straffen Weichteilen, jedoch waren unter 17 Fällen die Mütter Mehrgebärende und einmal wurde ein Tentoriumriss vor Überschreiten des Beckeneingangs durch den Kopf beobachtet. Eine starke Knochenverschiebung ist nicht notwendig, indem bei Asphyxie schon eine geringe Verschiebung genügen kann; besonders kann eine plötzliche, gleichsam ruckweise erfolgende Knochenverschiebung die Gefahr einer Zerreissung bringen, besonders bei Extraktion des nachfolgenden Kopfes.

Als besonders gefährlich wird die Nachblutung aus den verletzten Gefässen erachtet: sie wird auf nicht eintretende Gefässkontraktion und Gerinnselbildung oder auf ungeeignete Massnahmen (z. B. Schultzesche Schwingungen), auf heftiges Schreien und auf oberflächliche Atmung und Schlafsucht, die eine venöse Hyperämie bedingen, zurückgeführt; dagegen wird ein Einfluss des Nachlassens des Druckes nach der Geburt auf das Nachbluten im allgemeinen bezweifelt.

Die Kinder sterben entweder schon während der Geburt oder sie werden mit schweren Respirationsstörungen geboren und können nicht wiederbelebt werden, oder es tritt nach gelungener Wiederbelebung ein Rückfall ein, oder endlich die Kinder werden lebensfrisch geboren und die Symptome setzen in den ersten Lebenstagen ein und führen zum Tode; es können aber Heilungen eintreten. Andererseits kann der Tod an hämorrhagischer Pachymeningitis oder an Beeinträchtigung des Atemzentrums eintreten. Zuweilen ist der bei der Sektion gefundene intrakranielle Bluterguss nicht die Todesursache, sondern, wie in einem der angeführten Fälle, eine Bronchopneumonie.

Die Diagnose kann schwierig sein, so dass Fälle von intrakraniellen Blutungen klinisch häufig übersehen werden.

Die Therapie besteht in äusserst schonenden Wiederbelebungsversuchen (abwechselnde Thoraxkompression im warmem Bade, Herzmassage, keine Schwingungen), ferner in Lumbalpunktion, bei Konvexitätsblutungen in Fontanellenaspiration, allenfalls als letzter Versuch in Trepanation. Die Prophylaxe muss in Verhütung der Asphyxie durch geeignete operative Beendigung der Geburt, in vorsichtigem Durchziehen des nachfolgenden Kopfes etc. bestehen.

Glaser (18) veröffentlicht 24 Fälle von Schädelimpressionen, fast alle nach Wendung und Extraktion entstanden und durch Druck des Promontoriums bewirkt; 14 Kinder verliessen die Klinik ohne Folgeerscheinungen und bei 14 später untersuchten Kindern wurde die Impression ausgeglichen oder abgeflacht, ohne dass eine Einwirkung auf Entwicklung und Funktion des Gehirns stattgefunden hätte. Es wird daher von einer operativen Beseitigung der Impression abgeraten.

Landgraf (32) beschreibt 11 Fälle von intrakraniellen Blutungen infolge von Tentoriumzerreissungen, und zwar war in 9 Fällen die Blutung die alleinige Todesursache. Das ergossene Blut lag in meist noch flüssigen Massen in der hinteren Schädelgrube, zum Teil auch in der mittleren und im Wirbelkanal. Die Substanz von Gross- und Kleinhirn war von Blutungen frei, aber sehr stark venös hyperämisch und ödematös. Die Risse selbst waren von verschiedener Ausdehnung, in einem Falle waren die Tentoriumblätter nur verschoben. Der Riss sass stets im Sinus transversus oder an einer in ihn einmündenden Vene; in 3 Fällen fand sich ergossenes Blut auch in den 4 Gehirnventrikeln. In 2 Fällen fanden sich zugleich bronchitische und pneumonische Herde. In einem Falle fand sich eine extrakranielle Blutung, die nicht auf Tentoriumzerreissung beruhte. Die Geburten waren in 82% der Fälle pathologisch (4 Zangengeburten, 2 Wendungen, 2 Beckenendlagen). Das Krankheitsbild war wechselnd: Hirndruckerscheinungen, Rinden- und spinale Symptome; allen Fällen gemeinsam waren Störungen der Atmungstätigkeit; Störung und allgemeine Lähmung des Atemzentrums bei Persistieren regelmässiger kräftiger Herzaktion werden als pathognomonisch geschildert.

Lippmann (37) beobachtete bei einem mit Zange entwickelten Kinde 44 Stunden nach der Geburt auftretende Konvulsionen, als deren Ursache intrakranielle Blutung anzunehmen war. Die Lumbalpunktion ergab teilweise zerstörte rote Blutkörperchen, beseitigte aber die Fontanellenspannung und die Krämpfe.

Pommer (43) teilt den Sektionsbefund bei einem 6 Wochen alten Kinde mit, bei dem es durch Geburtsverschiebung der Stirnbeine unter die Scheitelbeine hinein und Sprungbildung im linken Scheitelbein zu einer Abhebung der Dura und zugleich zu einer Auseinanderweichung derselben mit Hineindrängung der durch den oberen Auseinanderweichungsrand abgespaltenen Hirnsubstanz des linken Schläfenlappens gekommen war, die als natürliche Tamponade wirkte, so dass trotz der ausgebreiteten Zusammenhangsstörung der Dura und der Hirnsubstanz nur beschränkte Blutaustritte und keine grössere Ansammlung ergossenen Blutes zustande kam. Ein weiter mitgeteilter Fall von hochgradig asymmetrischer Ausgestaltung des Schädels und Gehirns bei einem 49jährigen Manne beweist, dass solche Veränderungen bei völlig unbehinderter körperlicher und geistiger Entwicklungs- und Arbeitsfähigkeit zur Ausheilung kommen können.

Nach Sloan (57) liegt bei subtentorieller Blutung das Kind ruhig und schreit selten; falls das Blut in den Subarachnoidealraum gelangt, tritt Nackensteifigkeit und allgemeine Muskelstarre auf und die Lumbalpunktion ergibt blutigen Liquor. Ventrikelblutungen sind von Rindenblutungen schwer zu unterscheiden, das Kind ist unruhig, die Fontanelle wölbt sich vor und häufig tritt allgemeine Muskel-

starre auf. Sehr schwierig ist die Unterscheidung von Hirnblutung und Hirnschädigung ohne Bluterguss. Nach langer Geburtsdauer und operativer Geburt oder bei langsamem Einsetzen spontaner Atmung ist während der ersten 4 Tage sorgfältig auf das geringste Anzeichen einer Hirnblutung zu achten und das Kind absolut ruhig zu erhalten. Bei gesteigerten Drucksymptomen ist die Operation das einzige, vielleicht lebensrettende Mittel. Die Mortalität beträgt 50%.

Kühnelt (30) beobachtete ein Kephalhämatom am linken Scheitelbein bei einem nicht ausgetragenen, in Beckenendlage nahezu spontan geborenen Kinde, jedenfalls war ein Druck auf den Uterus bei Geburt des Kopfes nicht ausgeübt worden.

Thoms (63) beobachtete bei einem in Gesichtslage mittelst Zange geborenen Kinde einer Erstgebärenden noch nach einem Monate extremste Streckhaltung des Kopfes, die erst nach 3 Monaten abnahm und die auf die dauernde Streckung des Kopfes während der langdauernden Geburt zurückgeführt wird.

Staffier (60) fand unter 4695 Geburten der Klinik in Halle 5 Schlüsselbein-, 13 Oberarm-, 2 Oberschenkelfrakturen, 1 Unterschenkel- und 1 Scheitelbeinfraktur. In allen Fällen war die Geburt künstlich beendet worden, und zwar 15 mal durch Wendung, 6 mal durch Extraktion am Fuss bzw. Beckenende, 1 mal durch die Zange.

Truesdell (64) beschreibt 3 Fälle von Dislokation der unteren Oberarmepiphyse nach hinten und führt sie auf starken Druck auf den Oberarm oberhalb des Ellbogengelenks bei der Lösung des über den Kopf emporgeschlagenen Armes zurück. Die Verletzung ist an dem schlaffen Herabhängen des Oberarms bei Ausschluss eines Schaftbruches leicht zu erkennen.

Scheel (51) erklärt mit Lange $^3/_4$ der früher nicht näher unterschiedenen Entbindungslähmungen für Schultergelenk-Distorsionen und gibt die Behandlung dieser Verletzungen in frischem und veraltetem Zustande an.

Sachs (49) kommt nach kritischer Besprechung von 7 Fällen von Plexuslähmungen (unter 1400 Geburten) zu dem Urteil, dass ein direkter Fingerdruck auf den Erbschen Punkt als Ursache nicht anzunehmen sei, dass dagegen eine starke Zugeinwirkung auf den Plexus bei Extraktion des nachfolgenden Kopfes mittelst des Veit-Smellieschen Handgriffes die Lähmung bewirkte. Stets (mit Ausnahme eines Falles von doppelseitiger Lähmung) war der hinten liegende Arm betroffen, weil die hintere Schulter bei hoch im Beckeneingang fixiertem Kopf einen stärkeren Zug auszuhalten hat als die vordere. Da ein starker Zug zur Entwicklung des hochstehenden Kopfes nötig ist, kann dieser nicht als Kunstfehler bezeichnet werden. Zur Vermeidung des Zustandekommens der Lähmung ist nur die Ersetzung des Veit-Smellieschen Handgriffs bei hoch stehendem nachfolgendem Kopf durch den Wigand-Martin-Winckelschen Handgriff geeignet.

Erkrankungen der Neugeborenen.

Bang (5) stellt fest, dass alle Kinder mit vermehrtem Gallenfarbstoff geboren werden, besonders ist in den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt die Menge des Gallenfarbstoffs erhöht, dann vermindert sie sich langsam. Dies stimmt überein mit den Schwankungen der Hämoglobinmenge. Die starke Steigerung gleich nach der Geburt wird als Leberstase wegen Kreislaufstörungen aufgefasst, jedoch wird auch die Möglichkeit einer Dysfunktion der Leber im Sinne von Ylppö zugegeben.

Gessner (17) erklärt den Icterus neonatorum für hämatogenen Ursprung und zwar durch Blutzerfall, der infolge der nach der Geburt stattfindenden Fluxion nach den Hautgefässen durch kapilläre Stase bedingt wird.

Heimo (23) beschreibt bei einem Neugeborenen eine ausgedehnte retroperitoneale hämorrhagische Infiltration, die von einem Hämatom in der Nebennierenkapsel mit Durchbruch in die Bauchhöhle ausging; es fand sich hierbei ein grosser Gefässreichtum der Kapsel vor.

Lindemann (35, 36) beschreibt einen Fall von Meläna bei dem Kinde einer an tödlicher Sepsis erkrankten Wöchnerin, bei dem bei der Mutter im Blute und in der Scheide, bei dem Kinde in Mund, Stuhl und After, sowie in einem Panaritium subepidermoidale die gleichen anhämolytischen Streptokokken nachgewiesen wurden, und folgert daraus die Möglichkeit einer Keimübertragung von Mutter auf Kind. In der Diskussion zweifelt Beneke den Beweis einer Keimübertragung als Ursache der Meläna im vorliegenden Falle an, während Veit unter Hinweis auf die lange Dauer der Geburt bei zersetztem Fruchtwasser die Keimübertragung stützt.

Guggisberg (19) fand bei Meläna eine 4 cm lange Perforation an der grossen Kurvatur des Magens.

Langstein (33) fand unter 1000 Neugeborenen in 13% transitorisches Fieber und bringt dasselbe mit der physiologischen Gewichtsabnahme in Zusammenhang; ausgeschlossen werden als Ursachen Hunger, Ikterus, Dyspepsie und Bildung von pyrogenen Substanzen bei Übergang zur Brustmilchnahrung im Sinne von Jaschke, auch der Wasserverlust kann zur Deutung des vorübergehenden harmlosen Fieberzustandes nicht herangezogen werden.

Hammar (21) fand in den meisten Fällen von sogenanntem „Thymustod" eine normale Beschaffenheit des Thymus, so dass eine andere Todesursache für die Erklärung solcher Fälle gesucht werden muss.

Hammar (22) weist ferner unter Bezugnahme auf die Topographie der Thymus auf die Gegend an und unterhalb der Herzbasis hin, welche als Druckstelle für das Zustandekommen von Dyspnoe und Stridor in Betracht kommt, da hier die Thymus eine verhältnismässig grosse Breite besitzt und der Lungenwurzel anliegen kann.

Asphyxie.

Ahlfeld (1) sieht die Hauptursache des ersten tiefen Atemzugs mit nachfolgendem Schrei lediglich in dem plötzlichen Aufhören der Zufuhr sauerstoffhaltigen Blutes von seiten der Plazenta; der durch den Temperaturunterschied hervorgerufene Hautreiz sowie das Aufhören der Thoraxkompression sind nur unterstützende Reizmittel und fördern die Tiefe der Atemzüge.

Fonyó (e 4) beobachtete nach Hypophysin-Anwendung bei einem lebensfrisch geborenen Kinde am 5. Lebenstage Bluterbrechen und Blutung aus den Ohren mit Exitus.

Hofmeier (25) empfiehlt als Ersatz der nicht so ganz leicht sachgemäss auszuführenden Schultzeschen Schwingungen die direkte Lufteinblasung mit Hilfe eines in den Kehlkopf eingeführten Katheters, nachdem vorher die aspirierten Flüssigkeiten durch Ansaugen entfernt worden sind. Die Luft wird ohne zu starken Druck eingeblasen, so dass der Brustkorb sich sanft hebt und etwas ausdehnt, und dann wird mit der Hand der Brustkorb wieder leicht und gleichmässig zusammengedrückt. Die erste augenfällige Wirkung ist die Hebung der Herztätigkeit; unter Warmhalten des Kindes sollen bei Liegenlassen des Katheters die ersten aktiven Atemzüge durch Kompression des Brustkorbes und leichte äussere Reize unterstützt werden. Die Resultate waren überraschend. Das Einführen des Kehlkopfkatheters ist nicht schwerer zu erlernen als die Schultzeschen Schwingungen.

Roubal (47) empfiehlt, vor den üblichen Wiederbelebungsmethoden asphyktischer Kinder die 3—5 malige Ausstreichung der Nabelschnur nach der

Frucht zu bei noch im Uterus befindlicher Plazenta vorzunehmen. Als Kontraindikationen gegen die Ausstreichung werden schwerere Verletzungen des Kindes, vorzeitige Ablösung der Plazenta, Zerreissung der Nabelschnurgefässe, velamentöse Insertion, Nabelschnurbruch, nicht ausgleichbare Torsionen und wahre Knoten genannt. Es soll dabei eine Transfusion plazentaren Blutes in das Kind bezweckt werden.

Rothschild (46) empfiehlt zur Wiederbelebung, mit dem Kinde im warmen Bade „Schwimmbewegungen" auszuführen, indem man das Kind auf den Händen schwebend fusswärts bewegt, so dass sich durch den Widerstand des Wassers die Arme aufwärts schlagen. Dazwischen wird das Kind in kaltes Wasser eingetaucht.

Bourret-Laborderie (7) empfiehlt bei syphilitischen Neugeborenen mit Aszites die Wiederbelebung aus Asphyxie durch Punktion des Abdomens.

Infektionen.

Aus der Arbeit von Isachsen (27) über den Gewichtsverlust Neugeborener ist hervorzuheben, dass von 285 Kindern, bei denen der Nabelschnurrest nur mit einer gewöhnlichen, trockenen sterilen Gazekompresse bedeckt und die ausser dem Bad nach der Geburt nicht mehr gebadet, sondern nur gewaschen wurden, der Nabelschnurrest durchschnittlich nach 8,04 Tagen abfiel und bei 50 = 17,5% eine schwachgradige Nabelinfektion eintrat. Dagegen fand unter 58 Kindern, bei welchen sofort nach dem ersten Bade und der Reinigung die Nabelstelle und ihre Umgebung mit Airolpaste (5 : 40 Bolus: 20 Muc. Gummi arab.) bedeckt wurde, der Nabelschnurabfall schon am 6,45. Tage statt und nur 2 mal (= 3,4%) war der Nabel leicht infiziert.

Nierestrass (40) erklärt, dass die Hauptsache bei Behandlung des Nabelschnurrestes daran liegt, dass man so wenig als möglich vom Nabelschnurreste zurücklässt, wobei es gleichgültig ist, wie man den Stumpf versorgt; in den ersten Tagen soll durch Alkoholverband die schnelle Austrocknung des toten Schnurrestes befördert werden. Nach den ersten Tagen ist die gebildete Kruste genügender Schutz und Verband, und der Nabelverband hat nur für Fernhaltung aller mechanischen Misshandlung zu sorgen. Am meisten zu empfehlen ist das von Jaegerroos angegebene Verfahren (s. Jahresbericht Bd. 25, p. 891), welches so einfach ist, dass es an der Leidener Klinik regelmässig von den jungen Praktikanten ohne Schwierigkeit angewendet wird.

Meinshausen (38) berechnet für Berlin die Sterblichkeit an Nabelinfektion für eheliche Säuglinge auf 2,5, für uneheliche auf 4,2% der Gesamt-Säuglingssterblichkeit.

Wall (d 90) macht ausser der Nabelschnurwunde auch auf andere Körperstellen, z. B. auf die Einstichlöcher für Ohrringe, als Eingangspforten für eine Infektion aufmerksam.

Gessner (17) empfiehlt zur Vermeidung von Infektion der Nabelwunde Unterbindung der Schnur am Nabelring, Kürzung der Schnur auf 1 cm und Betupfen des Schnurrestes mit Formalin oder Jodtinktur.

Cole und Ruh (8) fanden bei einer Epidemie von Pemphigus neonatorum von 9 Fällen in den Blasen den Staphylococcus aureus in Reinkultur. Wegen des ernsten epidemischen Charakters und der hohen Sterblichkeit (25 bis 50%) fordert er für das infantile Pemphigoid die obligatorische Anzeigepflicht.

v. Arnim (4) beschreibt eine an der Kieler Klinik vorgekommene Epidemie von Nasendiphtherie bei den Neugeborenen, die 10 Kinder betraf, ausserdem wurden bei 3 Kindern ohne Krankheitserscheinungen Bazillen nachgewiesen. Zwei Kinder starben, darunter ein frühgeborenes und eines an Komplikationen (kongenitale Lues, Erysipel, multiple Abszesse). Unter den Wöchnerinnen fanden

sich zwei Bazillenträger, ausserdem erkrankten zu gleicher Zeit Wöchnerinnen, Wärterinnen und Schwestern gehäuft an schweren Anginen und Scharlach. Die Epidemie wird auf Einschleppung durch besuchende Angehörigen der Wöchnerinnen zurückgeführt.

Salzmann (50) bestreitet die Anschauung von Herzog, dass die Epitheleinschlüsse der Einschlussblennorrhoe Degenerationsformen von Gonokokken seien. Ein Hervorgehen von Gonorrhoe aus einer Einschlussblennorrhoe ist nicht erwiesen, auch die Kombination beider ist selten. Bei Gonokokkenkulturen finden sich massenhaft Degenerationsformen, aber nie wirkliche Einschlusskörperchen, besonders nie die Hantelfiguren.

Wall (d 90) verlangt sorgfältige prophylaktische Einträufelung der Augen.

Zubrzycki (70) empfiehlt zur Prophylaxe eine $10^0/_0$ige Protargollösung wegen ihrer vollständigen Reizlosigkeit.

Schick (53) beobachtete Tuberkuloseinfektion der Beschneidungswunde nach Aussaugen derselben seitens eines wahrscheinlich zur Beschneidung nicht berechtigten Mannes bei einem nicht hereditär belasteten Kinde. Die Wunde brach nach 14 Tagen unter Rötung der Umgebung wieder auf, es entwickelte sich ein ausgedehntes Geschwür im Bereich des Frenulum mit zerfressenem Grunde und Rändern und beiderseitiger inguinaler Lymphdrüsenschwellung mit Abscedierung sowie mehrfachen Hauttuberkuliden. 41 Fälle aus der Literatur werden erwähnt.

Kindsmord.

Photakis (42) suchte die histologischen Befunde in den Nebennieren für die Altersbestimmung von Kindern zu verwerten. Er fand bei Neugeborenen niemals Phäochromocyten, da diese erst in den ersten Wochen nach der Geburt aufzutreten pflegen. Ein durch mikroskopische Untersuchung festgestelltes Fehlen der Hauptmassen des chrombraunen Pigments in der Marksubstanz spricht für den neugeborenen Zustand, sein vollständiges Vorhandensein dagegen. Das Merkmal wäre besonders bei zerstückelten Kindsleichen zu verwerten.

Kürbitz (31) kommt bei Untersuchung des Geisteszustandes von 3 Kindsmörderinnen zu dem Ergebnis, dass durch Beiziehung von Sachverständigen die geistesgesunden von den geistig kranken Täterinnen geschieden und die psychopathischen milder behandelt werden sollen. Ausserdem verlangt er, dass auch die ehelichen Mütter der Möglichkeit der Anwendung eines Milderungsrechtes teilhaftig werden sollten.

Strassmann (62) bekämpft die von ärztlicher und gerichtsärztlicher Seite in Fällen von Kindsmord häufig vertretene Anschauung, dass die Erfahrungen an ärztlich geleiteten Geburten ohne weiteres auf heimliche Geburten übertragen werden können. Bei der Begutachtung soll bei heimlichen Geburten viel häufiger mit der Möglichkeit einer Sturzgeburt, einer Ohnmacht der Gebärenden oder mit krankhaften Bewusstseinsstörungen, die zu Gewalttaten führen können, gerechnet werden. Scheinbare Spuren äusserer Gewalt an Neugeborenen können auf Wirkung der Geburtsvorgänge beruhen, so z. B. Blutungen in die Nebennieren oder an anderen Stellen des Körpers, Strangspuren durch Umschlingung der Nabelschnur, natürliche Verknöcherungslücken und Spaltbildungen an den Schädelknochen etc. Fast immer handelt es sich bei Kindsmord um bisher unbestrafte Personen, die der Teilnahme wert erscheinen. Es werden 12 Kindsmordfälle angeführt, darunter 2 Eimer- und 2 Klosett-Geburten und 5 Fälle von Schwächezuständen, die eine Nichtversorgung des Kindes erklärlich machten. In 2 Fällen nahm das Gericht an, dass Hineinstecken von Fremdkörpern in den Mund des Kindes nicht in der Absicht, das Kind zu töten, sondern lediglich es am Schreien zu verhindern, vorgenommen wurde. In einem Falle, wo die Lebensfähigkeit des Kindes in Frage kam, fand sich bei der Sektion eine linksseitige

Zwerchfellshernie mit Verlagerung von Därmen und der Milz in den Brustraum und Aplasie der linken Lunge bei Luftleere rechterseits.

Ungar (65) teilt einen Fall von ganz ungewöhnlicher Kindestötung mit, in dem die Gebärende, die die Schwangerschaft verheimlicht hatte, durch stundenlanges Zurückdrängen des Kopfes dessen Austritt verzögerte, so dass das Kind abstarb. Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung.

Ledderhose (34) teilt einen eigentümlichen Fall von Kindestötung mit. Die Mutter hatte nach ihrem Geständnis das 5 Tage alte in der Strassburger Frauenklinik geborene Kind im Bette 5 Minuten lang mit dem Kopf gegen ihre Brust gedrückt, bis es sich nicht mehr rührte, und dann in sein Bett zurückgelegt. $1^1/_2$ Stunden später gab das Kind keinerlei Lebenszeichen von sich. Bei der Sektion des an Gesicht und einer Rumpfhälfte blau verfärbten Kindes, das bei 54,5 cm Länge 3700 g schwer war, fanden sich auf dem rechten Stirnbein, an den hinteren Abschnitten beider Seitenwandbeine und auf dem Hinterhauptbein etwa 10 zum Teil unter dem Periost gelegene Blutaustritte von bis 0,5 cm Durchmesser und auf der ganzen rechten Hemisphäre eine dünne Schicht flüssigen Blutes, in geringer Menge auch nach links reichend, ferner in der rechten mittleren Schädelgrube ziemlich reichlich flüssiges Blut, weniger in der linken mittleren und in der hinteren Schädelgrube. In den Lungen fand sich, obwohl das Kind 5 Tage gelebt hatte, nirgends eine Ausdehnung der Alveolen mit Luft, dagegen Trachea und Bronchien bis in ihre feinen Verzweigungen mit reichlicher, gelbgrüner schleimiger Masse gefüllt, die sich als Mageninhalt — geronnene Milch — erwies. Auf Lungen und Thymus fanden sich einige Ekchymosen und im rechten Herzen reichlich flüssiges Blut. Die Lungen schwammen weder in toto noch einzeln, noch bis in die kleinsten abgeschnittenen Stücke. Es wurde daraus gefolgert, dass durch äussere Gewalteinwirkung die Hirnblutung und damit Bewusstlosigkeit hervorgerufen worden war und dass Mageninhalt in den Rachen gelangte, dann aber weder verschluckt noch ausgeworfen werden konnte und bis in die feinsten Verzweigungen des Bronchialbaums aspiriert wurde und Erstickung hervorrief. Das Verschwinden der Luft aus den Alveolen wird in Übereinstimmung mit Ungar auf Absorption der Atmungsluft von seiten der Lungenkapillaren erklärt. Die Mutter wurde für geistig minderwertig, aber für die Tat verantwortlich erklärt und verurteilt. Bemerkenswert ist, dass schon das zweite Kind derselben Mutter (sie war IV para) ebenfalls am 5. Tage tot im Bett gefunden worden war; auch damals hatte die Mutter eingestanden, dass sie sich absichtlich auf das Kind gelegt habe, um es zu ersticken, aber das Geständnis später widerrufen.

Hofmeier (26) berichtet über 2 Fälle von spontanen Totgeburten nach Nabelschnurvorfall, in welchen, obwohl die Geburt längere Zeit ($1—1^1/_2$ Stunden) nach dem Tode des Kindes erfolgte, doch in je einer Lungenspitze lufthaltige Alveolen gefunden wurden und diese Partien in Wasser schwammen. Hofmeier bestreitet auf Grund dieser Beobachtung die allgemein geltende Anschauung, dass das Eindringen von Luft in den Uterus nur bei durch Kunsthilfe beendeten oder doch bei verzögerten Geburten vorkomme und daher bei heimlichen Geburten nicht in Betracht komme. In beiden Fällen war bei noch stehender Blase untersucht worden, in einem Falle noch einmal nach dem Blasensprung, wobei aber der Kopf schon ins Becken eingetreten war. Es wird angenommen, dass bei der Untersuchung vor dem Blasensprung Luft mit dem Finger in die Scheide gebracht wurde und dann nach dem Blasensprung in den Uterus aufgestiegen war. Ausserdem wird eine Selbstuntersuchung der Frauen als möglich angenommen. Es wird deshalb eine gewisse Vorsicht in der forensischen Deutung des Befundes von Luft in den Lungen angeraten, da ein solches Eindringen von Luft auch bei heimlichen Geburten durchaus nicht unmöglich ist.

Schönberg (54) macht darauf aufmerksam, dass zur mikroskopischen Diagnose der Lungen-Atelektase Zelloidin-Einbettung verwendet werden solle und nicht die Gefriermethode, weil letztere durch mechanische Auseinanderzerrung der Alveolen irreleitende Bilder ergibt.

Anhang: Missbildungen.

1. Abbe, T., Bericht über einen Fall von kongenitaler Amputation (?) von Fingern. Amer. Journ. of Obst. Bd. 73. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 1037. (An den Stellen der Defekte keinerlei Narben, so dass Abschnürung durch Amniosfäden abgelehnt und eine vom Zentralnervensystem abhängige Entwicklungshemmung angenommen wurde.)
2. Abt, A., Ein Fall von Anencephalus mit Eventration und bemerkenswerten Missbildungen des Gefässsystems. Inaug.-Diss. München 1915. (Amyelie, Acephalie, Craniorachischisis, Fehlen des Ductus Arantii, Aortenstenose, Hypoplasie der Nebenniere etc. — auf hochgradige Enge des Amnion zurückgeführt.)
3. Adair, F. L., Some remarks on the relationship of syphilis to miscarriage and fetal abnormalities. Amer. Gyn. Soc. 41. Jahresvers. Amer. Journ. of Obst. Juli. p. 86.
4. Alexandrowsky, A., Stenose des Ductus arteriosus Botalli mit allgemeiner angeborener Wassersucht. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 84. p. 70.
5. Ashhurst, A. C. P., Angeborener Mastdarmverschluss. Episkop. Hosp. Rep. Philadelphia 1914. Bd. 2. ((Erfolgreiche Operation.)
6. Beck, R., Ein Fall von Situs inversus totalis. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 122.
7. Beermann, E., Über angeborene Herzmissbildungen, unter Zugrundelegung zweier Fälle von Isthmusstenose der Aorta, der eine Fall kombiniert mit gemeinsamem Ursprung der Aorta und Arteria pulmonalis aus dem rechten Ventrikel. Inaug.-Diss. München 1915.
8. Bergmann, H., Eine seltene Missbildung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 18. (Jederseits flughautartige Hautfalte vom Warzenfortsatz zu den Schultern.)
9. — M., Mehrfache Missbildungen, besonders Schwanzbildung bei einem Säugling. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 84. p. 378.
10. Böhm, K., Kongenitale partielle Aniridie. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 55. Heft 5/6. (Fast völliges Fehlen der Linse, Nystagmus.)
11. — Beiträge zur pathologischen Anatomie und operativen Therapie des angeborenen Hydrophthalmus. Ebenda.
12. Boorstein, A symmetrical congenital malformation of the extremities. Ann. of Surg. Febr. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 925. (Kürze der Metakarpalknochen beider Ringfinger und beider kleiner Finger.)
13. Bosshart, M., Über einen Fall von hereditärem Defekt von Fingern und Zehen. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 154. (Durch 3 Generationen sich vererbend.)
14. Brachmann, W., Fall von symmetrischer Monodaktylie durch Ulnadefekt mit symmetrischer Flughautbildung in den Ellenbeugen sowie anderen Abnormitäten (Zwerghaftigkeit, Halsrippen, Behaarung). Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 84. p. 225.
15. Brenner, E. C., Congenital defects of the anus and rectum. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 20. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 280.
16. Brun, A., Fall von Hernia funiculi umbilicalis. Ugeskrift f. Laeger. 1915. Nr. 45. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 691. (Sofortige Operation, Heilung.)
17. Brunk, Angeborene Thoraxmissbildung. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1046. (Defekt von der 6. und 7. Rippe an nach abwärts, ohne Muskeldefekt.)
18. Burchardt, L., Gehirn eines Mikrocephalen. Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh. Sitzg. v. 8. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 707.
19. Burger, Angeborene Fingerkontraktur und Hohlfussbildung. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. v. 8. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1619.
20. Buzik, J., Angeborener Verschluss der grossen Gallengänge. Arch. f. Verdauungskrankheiten Bd. 22. p. 370. (3 Fälle.)

21. Cammaert, A. C., Steisstumor. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. 2. p. 311. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 515.
22. Cohen, S., Congenital elevation of the scapula. Med. Rec. New York. Bd. 89. Nr. 24. (Gleichzeitig Torticollis und Skoliose.)
23. Coqui, Beitrag zur Kasuistik, Diagnose und Therapie der Meningocele sacralis anterior. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 609. (Wird auf eine in der 3. Embryonalwoche abgeschlossene angeborene Spaltbildung der Kreuzwirbelanlage zurückgeführt.)
24. Deac, O., Situs viscerum inversus totalis. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. v. 31. März. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 19. p. 469.
25. Dietrich, A., Vergleichende Untersuchungen über Chondrodystrophie und Osteogenesis imperfecta. Festschr. z. Feier d. 10jährigen Bestehens d. Akad. f. prakt. Med. in Köln. Bonn, A. Marsus und E. Weber 1915. (1 Fall von Chondrodystrophie und 2 Fälle von Osteogenesis imperfecta; bei ersterer ward der Schwerpunkt der Veränderungen in die Epiphysen, bei letzterer in die Diaphysen verlegt; als Ursache für beide werden innere Wachstumsstörungen — nicht fehlerhafte primäre Anlage oder Hemmungsbildung — angenommen.)
26. Dorner, H., Kongenitales Teratom der Schilddrüsengegend, mit Hydramnion kompliziert. Inaug.-Diss. Erlangen 1915.
27. Dowel, Complete branchiogenic fistula. Ann. of Surg. Mai. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 835.
28. Dreyer, Angeborener Defekt der linken Pectoralis major. Wiss. Abend d. Militärärzte Ingolstadt. Sitzg. v. 9. Okt. 1915. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 92.
29. Ebeler, F., Intrauterine Nabelschnurumschlingung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 729 (Fötus im 4. Schwangerschaftsmonat mit fast vollkommener Abschnürung des linken Fusses über dem Fussgelenk durch die an dieser Stelle einen wahren Knoten bildende Nabelschnur.)
30. — Zwei Fälle von intrauteriner Amputation aller vier Extremitäten. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. v. 8. April 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 88. (In einem Falle zugleich Atresia ani, linksseitiger Schiefhals und rechtsseitige Skrotalhernie; amniotische Stränge nicht zu finden; wegen der symmetrischen Amputation aller Extremitäten werden endogene Entwicklungshemmungen, vielleicht Lues, angenommen.)
31. — Totaler Uterusprolaps mit Spina bifida bei einem neugeborenen Kinde. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. v. 11. Febr. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 87. (Operation der Meningocele, Exitus an Meningitis.)
32. Eisenbrey, A. B., Kongenitales Sarkom der Vagina. Proceed. of the New York Pathol. Soc. Bd. 15. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 459.
33. Emmerich, Über angeborene einseitige Rippenmissbildung. Med. Ges. Kiel. Sitzg. v. 6. Juli. Med. Klin. Bd. 12. p. 1012. (Fehlen des vorderen Teils der 6. bis 8. Rippe.)
34. Engelmann, G., Ein seltener Fall von kongenitalem Femurdefekt. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 35. Heft 2.
35. Enthoven, P. H., Das Elektrokardiogramm bei angeborenen Herzfehlern. Zentralbl. f. Herz- u. Gefässkrankh. 1915. Nr. 8.
36. Ernst, N. P., Atresia infrapapillaris duodeni congenita. Duodeno-Enteroanastomose, Heilung. Hospitalstid. 1915. Nr. 43. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 690 und Zentralblatt f. Chir. Bd. 43. p. 573. (Operation am 11. Lebenstage.)
37. Feer, Ein Fall von angeborenem Turmschädel. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. 1915. Nr. 20.
38. Fischer, G., Beitrag zur Chondrodystrophia foetalis. Inaug.-Diss. Berlin 1915.
39. Fleiner, W., Situs viscerum inversus abdominalis mit Eventration des Magens und Stauungsektasie der Speiseröhre. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 113.
40. Forschbach, J. und M. Koloczek, Zur Symptomatologie des offenen Ductus Botalli. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1617.
41. Fortescue-Brickdale, J. M., A case of congenital hemihypertrophy. Lancet 1915. 3. Juli.
42. Fowler, R. H., Complete congenital atresia of the ileum. Med. Rec. New York. Bd. 89. Nr. 24. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 898. (Enterostomie, Tod.)
43. Frank, Ectopia vesicae. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. v. 11. Febr. 1914. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 86. (Zugleich Fehlen der Symphyse, Epispadie und Spaltung des Skrotums.)

44. Freud, J., Fall von Hernia diaphragmatica dextra (Paroesophagea vera congenitalis?). Med. Klin. Bd. 12. p. 208.
45. Friedländer, E., Beiträge zur Kasuistik der Brachydaktylie. Fortschr. d. Röntgenstrahlen. Bd. 24. Heft 3.
46. Fuhrmann, L., Angeborene Duodenalatresie. Festschr. z. Feier d. 10jährigen Bestehens d. Akad. f. prakt. Med. in Köln. Bonn 1915. A. Marcus u. E. Weber. (1 neuer Fall; 192 Fälle aus der Literatur gesammelt.)
47. Geinitz, Kongenitales Lymphangiom. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. v. 29. März. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 758.
48. v. Genersich, G., Angeborener Schneidezahn. Ärztl. Fachztg. d. Erdelyer Museumvereins v. 27. März 1915. Pester med.-chir. Presse. Bd. 52. p. 30.
49. Gerstäcker, A., Die angeborene Meningocele. Inaug.-Diss. Würzburg 1913. (Meningocele occipitalis von Mannsfaustgrösse, nach 4 Wochen operiert; nach 3 Monaten Exitus.)
50. Gjellemp, O., Fistula colli congenita completa. Hospitalstid. Bd. 58. p. 893.
51. Glaessner, K., Über Eventratio diaphragmatica. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 24. Heft 3.
52. Gödde, H., Ein Fall von Geburtshindernis durch Missbildung des Urogenitalsystems. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. p. 499. (Verkümmerter Penis, Fehlen und Verschluss der Harnröhre, fötale Peritonitis, Dilatation von Blase, Ureteren und Nieren, Zystennieren, Oligohydramnion, Missbildungen der Extremitäten.)
53. Goetze, Angeborener hochgradiger Wasserkopf. Ärzteverein Halle a. S. Sitzg. v. 19. Jan. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 392.
54. Guckel, Hochgradige Deformität des linken Armes. Nürnberger med. Ges. Sitzg. v. 31. Aug. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1731. (Fehlen des Unterarmes mit stark verkrüppelter Hand.)
55. Haenisch, Rachischisis leichtesten Grades ohne Spina bifida. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. v. 4. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 551.
56. Haglund, Subluxatio coxae congenita. Svenska Läk. Handl. Bd. 42. Nr. 3. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1399.
57. Heitzmann, Drei Fälle von Herzmissbildung. Virchows Arch. Bd. 223. Heft 1. (1. Pulmonalisatresie mit offenem Ductus Botalli; 2. Transposition der Arterien, rudimentärer linker Vorhof, Fehlen der Tricuspidalis, Erweiterung des rechten Vorhofs und Kommunikation mit dem linken; 3. Entspringen der linken A. coronalis aus des Pulmonalis mit Schwielenbildung und aneurysmatischer Erweiterung der Wand des linken Ventrikels.)
58. Henneberg, Neugeborenes Kind mit völlig leerer Orbita. Ges. f. Geb. u. Gyn. d. Roman. Schweiz. Sitzg. v. 6. Mai 1915. Gyn. Zeitschr. Bd. 16. (Am anderen Auge Spuren einer starken Keratitis.)
59. — Lebendes, rechtzeitig geborenes Kind mit Hasenscharte, Wolfsrachen und Hemimelie. Ges. f. Geb. u. Gyn. d. Roman. Schweiz. Sitzg. v. 30. Sept. 1915. Ebenda.
60. Herrgott, A., Naissance d'un monstre dérodyme. Ann. de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 12. p. 257. (Dicephalus dibrachius.)
61. Heitz, P., Studien über angeborene Pylorusstenose bei Säuglingen. Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 84. p. 32.
62. Hess, Makrocheirie und Makropodie. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. v. 4. April Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 550.
63. Hilgenreiner, H., Weiterer Beitrag zur Atresia ani analis und zur angeborenen Afterenge. Med. Klin. Bd. 12. p. 946.
64. Hoffmann, W., Fall von angeborenem Hochstand des Schulterblattes. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 83. p. 37.
65. Horn, Situs viscerum inversus. Ann. of Surg. 1915. Oct.
66. Hueter, C., Über angeborene Bronchiektasien und angeborene Wabenlunge. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. Bd. 53. Heft 3.
67. Huismans, Situs inversus. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. v. 18. Okt. 1915. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 54. (2 Fälle.)
68. — Über einige angeborene Herzanomalien. Zentralbl. f. Herz- u. Gefässkrankh. Nr. 11. u. allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. v. 24. Juli. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1524. (Offener Ductus Botalli, Stenose der Valvula pulmonalis, supravalvuläre Pulmonalstenose.)

69. Jakšic, K., Spina bifida bei einem Neugeborenen. Agramer Ärztesitzg. v. 23. Mai. Wien. med. Wochenschr. Bd. 66. p. 1590.
70. Jones, E. O. und J. B. Manning, Congenital atresia of the oesophagus. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Bd. 66. Febr. 11. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 819. (Mit Ösophago-Trachealfistel.)
71. Jores, Über Hydrops congenitus. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. v. 28. Juni. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1363. (Mit starker Milz- und Lebervergrösserung und extramedullären Blutbildungsherden nach Schridde.)
72. Josefson, A., Atrichia congenita. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 123. Heft 1.
73. de Josselin de Jong, R., Das sog. Megacolon congenitum (Hirschsprungsche Erkrankung). Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1788. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 699.
74. Kakels, M. S. und S. Basch, Zwerchfellhernie des Magens und grossen Netzes, mit Bericht über einen Fall von angeborener Hernie, deren Sack mit Inhalt in die rechte Brusthöhle wanderte. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 21. p. 466.
75. Kaminsky, D., Klinische Mitteilungen über Hydrophthalmus congenitus. Wien. klin. Rundsch. Bd. 30. p. 151.
76. Keilin, A., Historique des monstruosités et étude embryologique d'un monstre double (anadidyme monocéphalien). Ann. de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 12. p. 268.
77. Knaack, Kongenitale halbseitige Mikrognatie. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. v. 4. Jan. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 93.
78. Krabbe, K. H., Myatonia congenita (Oppenheimsche Krankheit) und angeborene familiäre progressive Muskelatrophie. Hospitalstid. Nr. 1/2. Ref. Münch. med. Wochenschrift. Bd. 63. p. 832.
79. Kreuzfuchs, Angeborene Verlagerung des Magens unter die rechte Zwerchfellhälfte und des Hiatus oesophagus nach rechts und Skoliose. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. v. 6. Juni. Wien. med. Wochenschr. Bd. 66. p. 1035.
80. Lexer, Aneurysma fusiforme arteriae brachialis congenitum. Med.-naturwiss. Ges. Jena. Sitzg. v. 18. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 819.
81. Maas, Angeborener Ulnadefekt. Verein. ärztl. Ges. Berlin. Sitzg. v. 29. Nov. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1617. (Ein weiterer Fall in der Besprechung von Neumann mitgeteilt.)
82. Marchand, Acardius. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. v. 25. Jan. Münch. med. Wochenschrift. Bd. 63. p. 395.
83. Mayer, Kongenitale Subluxation der Tibia nach vorne. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 36. Heft 1.
84. Meumann, Geburtshindernis infolge von fötalem Aszites. Arch. f. Gyn. Bd. 105. p. 301.
85. v. Meyenburg, Über Atresie der grossen Gallenwege. Virch. Arch. Bd. 221. Heft 3. (Nimmt in der Mehrzahl der Fälle ein Vitium primae formationis und zwar ein Ausbleiben der kleinen intrahepatischen Gallengänge mit den Ästen des Ductus hepaticus an.)
86. Meyer-Hürlimann, Situs inversus totalis. Ärztl. Verein Zürich. Sitzg. v. 12. Febr. Med. Klin. Bd. 12. p. 525.
87. Meyer-Rüegg, Ein Fall von Oligohydramnie. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 830. (Als Druckerscheinungen Thorax-Asymmetrie und Ankleben der Ohrmuscheln am Kopf.)
88. Miari, H., Beckenmissgestaltung bei Spina bifida sacralis. Arch. f. angew. Anat. u. Konstitutionslehre. Bd. 1. Heft 4/5.
89. Möller, E., Fall von angeborener Ösophagus-Trachealfistel. Ugeskrift f. Laeger. 1915. Nr. 45.
90. Möncke berg, J. G., Beitrag zur Entwicklungsgeschichte des Atrioventrikularsystems und zu seinem Verhalten bei schwerer Missbildung des Herzens. Zentralbl. f. Herz- u. Gefässkrankh. 1915. Nr. 18. (Nach Untersuchungen an einem Falle von Cor pseudo-triloculare biatriatum.)
91. Naegeli, Th., Skoliosen infolge angeborener Anomalien der Wirbelsäule. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 99. p. 128.
92. Nauclér, R., Fall von Situs viscerum inversus totalis und einige Bemerkungen über die Theorien der Entstehung des Situs inversus. Hygiea. Bd. 78. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 949.

93. Neresheimer, R., Über Arachnodaktylie. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 65. Heft 5/6.
94. Neuburg, Überzählige Zehe. Wiss. Abend d. Mil.-Ärzte Ingolstadt. Sitzg. v. 15. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 776.
95. Neumann, Fall von angeborenem Ulnadefekt. Berl. med. Ges. Sitzg. v. 29. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 1376.
96. Peiser, E., Über den angeborenen partiellen Riesenwuchs. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 137. Heft 1—3 und Inaug.-Diss. Leipzig. (Die 2.—4. Zehe beider Füsse betreffend.)
97. Pollack, M., Kombination von Spina bifida, Kloakenmissbildung und Eventeration an einer und derselben Frucht. Inaug.-Diss. München 1914.
98. Poma, G., Gli individui doppi e la legge italiana. Arch. d. antropol. crim. 1915. II. Ref. ärztl. Sachverständ.-Ztg. Bd. 22. p. 69. (Betrifft die straf- und zivilrechtliche Selbständigkeit von lebensfähigen Doppelmonstren; geburtshilflich wichtig ist, dass die Tötung eines anerkannt kurzlebigen Doppelmonstrums ebenso unstatthaft ist, wie die eines nicht lebensfähigen Fötus.)
99. Radwanska, W., Kongenitaler Uterusprolaps bei Neugeborenen mit Spina bifida. Przegl. Lek. Nr. 2.
100. Raschdorff, M., Über ein angeborenes Lymphangioma cavernosum. Inaug.-Diss. Greifswald 1915. (Operation, Exitus.)
101. Ribbert, Fistelförmiger Kanal bei einem 4jährigen Kinde zwischen dem oberen Teile des Ösophagus und dem Kehlkopf. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. v. 15. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1212. (Das Kind hatte von Geburt an an Dyspnoe gelitten.)
102. — Hühnereigrosses Teratom der Schilddrüse eines Neugeborenen. Niederrhein. Ges. für Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. v. 17. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1564.
103. Rueder, Zwerchfelldefekt. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. v. 31. Okt. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1668.
104. — Kolbige Verdickung der Tibia bei intakter Fibula. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. v. 17. Okt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 1281.
105. — Fall von Chondrodystrophie. Ebenda.
106. Sachs, Lebende Doppelbildung. Verein f. wiss. Heilk. Königsberg. Sitzg. v. 8. Nov. 1915. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 58. (Dicephalus tribrachius symbrachius, der 2 Monate am Leben blieb.)
107. Scharpff, Myotonia congenita mit Ophthalmoplegia externa. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 34. p. 307.
108. Schröder, E., Variable doppelseitige Finger- und Zehendefekte bei Spalthand bzw. Spaltfuss. Med. Verein Greifswald. Sitzg. v. 4. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 774. (In 3 Generationen.)
109. Schumann, E. A., Studie über den Hydrops foetus universalis, nebst Bericht über einen Fall. Amer. Journ. of Obst. Bd. 72. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 458. (Nimmt eine Schwangerschaftstoxikose als Ursache an; Zusammenstellung der seit 1901 veröffentlichten Fälle.)
110. Schwartz, Kongenitaler Defekt der äusseren Ohrmuschel. Gyn. Soc. of Brooklyn. Sitzg. v. 7. April. Amer. Journ. of Obst. Aug. p. 311.
111. Seedorf, Fall von Hexadaktylie an allen vier Extremitäten. Ugeskrift f. Laeger, 1915. Nr. 45. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 691. (Mit vollständig gebildeten Metakarpen und Metatarsen; keine vererbte Disposition.)
112. Seefelder, Über die Beziehungen der sog. Megalocornea und des sog. Megalophthalmus zum Hydrophthalmus congenitus. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 56. Heft 2/3.
113. Shell, Sp., 3 Fälle von Versehen. Practitioner 1914. Juli.
114. Slomann, H. C., Über angeborenen Pes valgus und calcaneo-valgus. Ugeskrift f. Laeger. Nr. 16. Ref. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1196.
115. Spanier, Angeborenes Myxödem. Ärztl. Verein München. Sitzg. v. 1. Dez. 1915. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 941.
116. Stamm, Gallengangsatresie beim Säugling. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. v. 22. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 929. (Sektion; vollständiges Fehlen der Gallenblase und der grossen Gallenwege, Leberzirrhose.)

117. Stargardt, Missbildung bei einem 3 Wochen alten Kinde. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. v. 24. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 837. (Fehlen des rechten Auges und Hervorragen eines rüsselartigen Gebildes.)
118. Stein, E., Über Nabelschnurbruch und Heilung durch Operation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. p. 440. (1 Fall.)
119. Stoddard, J. L., A case of open ductus arteriosus. Arch. of intern. Med. 1915. Juli. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 37. p. 193.
120. Strebel, J., Über die Selbsttrepanation der Natur beim Turmschädel und über das Wesen des Turricephalus. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. 1915. Nr. 17. (Erklärt den Turmschädel als frühzeitig synostotischen Schädel.)
121. Ström, S., Über Eventratio und Hernia diaphragmatica vom röntgenologischen Gesichtspunkte aus. 11. Vers. d. nord. chir. Vereins in Göteborg 6.—8. Juli. Zentralbl. f. Chir. Bd. 43. p. 852.
122. Thaler, H., Zur Ätiologie der kongenitalen Trichterbrust. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 20. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 602. (Zugleich Spontanamputation des linken Vorderarms, dessen Rudiment in die Thoraxvertiefung passte; als Ursache beider Deformitäten wird Raumbeengung im Uterus angenommen.)
123. Tillmanns, Angeborenes Lymphangiom der Zunge. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. v. 30. Nov. 1915. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 167.
124. — Fall von halbseitigem Riesenwuchs mit anderen Missbildungen. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. v. 20. Juni. Münch. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1127. (Asymmetrie des Kopfs und Brustkorbs, Hexadaktylie an beiden Füssen, verschiedene Pigmentflecken, mehrere Lipome etc.)
125. Uhlig, Coxa vara congenita mit doppelseitiger habitueller Patellarluxation. Med. Verein Greifswald. Sitzg. v. 12. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 1241.
126. Umenhof, K., Mehrere Missbildungen an einem Fötus unter besonderer Berücksichtigung ihrer Genese. Inaug.-Diss. München 1915. (Nabelschnurbruch mit Leber als Inhalt, Dystopie einer Hufeisenniere und Uterus bicornis unicollis, auf persistierende Wirbelsäulenlordose aus frühembryonaler Zeit zurückgeführt.)
127. Walter, Angeborenes Sarkom des linken Unterschenkels. Med.-naturwiss. Ges. Jena. Sitzg. v. 4. Nov. 1915. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 58.
128. Weihe, F., Über kongenitale Zwerchfellhernie und ihre Darstellung im Röntgenbild. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 13. Heft 5. (1 Fall.)
129. v. Weingartner, Über die Missbildungen des Nabels unter Zugrundelegung eines Falles von Bauchspalte. Inaug.-Diss. München 1915.
130. Weishaupt, Adenomyoma duodeni beim Neugeborenen. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. v. 11. Dez. 1914. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 78. p. 506 u. Virch. Arch. Bd. 223 Heft 1.
131. Werber, E. J., Is pathologic metabolism in the parental organism responsible for defective and monstrous development of the offspring? Johns Hopk. Hosp. Bull. Bd. 26. p. 226. (Die Frage wird in bejahendem Sinne beantwortet.)
132. Werner, P., Doppelseitige Hüftgelenksluxation. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. v. 16. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 492. (Röntgendemonstration bei kongenitalen Fällen.)
133. Weygandt, Turmschädel, auf kongenitaler Lues beruhend. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. v. 27. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 53. p. 930.
134. White, H. O., Tératogenèse d'un monstre humain athoracique, acardique, acéphalique, porteur de nombreuses malformations, l'un des produits d'une grossesse triple. Ann. de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 12. p. 298.
135. Wieland, E., Die Kassowitzsche Irrlehre von der angeborenen Rachitis. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 84. p. 360. (Betont Kassowitz gegenüber das Nichtvorhandensein einer sog. intrauterinen oder angeborenen Rachitis.)
136. Wolf, H., Situs transversus completus. Kriegsärztl. Abend d. ärztl. Vereins Stuttgart. Sitzg. v. 2. Dez. 1915. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 42. p. 494.
137. Wolley, P. G., Fötale Erythroblastose; fötale Erythroblastomatose. Journ. of lab. and clin. Med. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 40. p. 728. (Erythroblastose wird als eine Form des kongenitalen Hydrops bezeichnet; in dem mitgeteilten Falle war einer von 2 Zwillingen erkrankt.)

138. **Zborowski, H.**, Über Verwachsungen des Plazentaramnions mit dem Kopfe (Amniocephalus) und daraus resultierende Missbildungen. Inaug.-Diss. München 1915. (Spaltung der Scheitelbeine, Fehlen der Falx und des Tentorium, Cheilo-Gnatho-Palatoschisis, Nabelschnurbruch, Caput obstipum, Skoliose, Radiusdefekt, amniotische Amputation der grossen Zehe, Megakolon etc.)

XII.

Geburtshilfliche Operationen.

Referent: Priv.-Doz. Dr. L. Adler.

I. Instrumente.

1. ***Kielland, Chr.**, Über die Anlegung der Zange am nicht rotierten Kopf mit Beschreibung eines neuen Zangenmodells und einer neuen Anlegungsmethode. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Ref. siehe im Abschnitt II.
2. **Rissmann, A.**, Ein neues Instrument für die Hebammentasche. Ref. Gyn. Rundsch. $^1/_2$. (Empfiehlt seinen Aortenkompressor.)

II. Zange, Wendung, Beckenendlagen, Kraniotomie, Embryotomie.

1. **Bowuc**, Treatment of Breech Presentation in Primissara. Amer. Journ. of Obst. 2.
2. **Copeland, G. G. Toronto**, Doppelte Verlagerung der Arme in den Nacken bei einer Fusslage, Festhalten des Kinns über der Symphyse. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 22. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
5. ***Doederlein**, Münch. gyn. Ges. 20. Mai 1915. Ref. Zentralbl. Nr. 7.
4. **Flach, W.**, Die Anwendung der Zange an der kgl. Frauenklinik. Inaug. Diss. Würzburg 1914. Ref. Monatsschr. 44.
5. **Hering, F.**, Indikation und Prognose der Zange. Inaug. Diss. Breslau 1915.
6. **Ingersleyo, E.**, Notizen über die Wertschätzung und Benützung der Geburtszange im ersten halben Jahrhundert nach ihrer Einführung in die Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 42. Heft 6. Ref. Zentralbl.
7. ***Kielland, Chr.**, Über die Anlegung der Zange am nichtrotierten Kopf mit Beschreibung eines neuen Zangenmodells und einer neuen Anlegungsmethode. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43.
8. **Lieske, Hans**, Perforation und Strafgesetzreform. Arch. f. Gyn. Bd. 104. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn.
9. **Longaker, Daniel**, Wann und wie ist die Geburtszange zu gebrauchen? Therapeut. Gaz. 1915. Juri. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
10. **Polter, Irving W.**, Version; With Report of fife Hundred Cases. The Journ. oı the Amer. Med. Assoc. Nr. 18.
11. **Mc Pherson**, Is the operation of Cesarean Section indicated in the delivery of breech Presentation? Amer. Journ. of Obst. and Dis. Nr. 5. Bei 3412 Fällen von Steisslage unter 97 000 Geburten betrug die kindliche Mortalität der reifen Kinder 9,4%, die mütterliche (mit Anschluss von Placenta praevia, Eklampsie etc.) 0,47%. Da beim Kaiserschnitt die Mortalität selbst der besten Statistiken 2—4% beträgt, ist Autor entgegen **Williams** der Ansicht, dass die Sectio caesarea, von der überhaupt gegen-

wärtig ein zu freier Gebrauch gemacht wird, bei Steisslagen ohne besondere Komplikation wohl nur ausnahmsweise anzuwenden sei.)

12. **Sachs, E., Über die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes mit dem Veit Smellieschen und dem Wiegand A. Martin Winckelschen Handgriff. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 49. (Bei tiefstehendem Kopf ist der Veit Smelliesche, bei hochstehendem der Wiegand A. Martin Winckelsche Handgriff angebracht.)**
13. ***Saenger, H., Über die Zange als Rotationsinstrument und ihre Vervollkommnung durch Kielland. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 2.**
14. **Seitz, L., Über die fötale Indikation zur Zange. Zentralbl. Nr. 26. (Gegen die Forderung Winckels (Zentralbl. Nr. 5), die Geburt müsse mit Zange beendet werden, wenn die Herztöne in einer Wehenpause unter 100 sinken oder sich über 160 Schläge erheben, hat Winter (Zentralbl. Nr. 3) Einspruch erhoben. Mit ihm kann Seitz eine Beschleunigung über 100 Schläge nicht als Indikation zur Beendigung der Geburt gelten lassen. Die Verlangsamung (unter 100 Schläge) ist nur, wenn sie länger beobachtet und fortschreitet, eine Indikation zur Zange.)**
15. **Sneider, H., Die Behandlung der Querlage mit Rücksicht auf die zeitlichen Beziehungen zwischen Wendung und Extraktion. Inaug. Diss. Greifswald 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 44.**
16. **Zalewski, E., Über Placenta praevia und die Vorteile der äusseren Wendung dabei. Arch. f. Gyn. 104. Ref. Gyn. Rundsch. 1/2.**
17. **Zuliper, Eduard A. M., Erfahrungen mit der hohen Zange an der Univ. Frauenklinik zu Leipzig in den Jahren 1910—1915. Inaug.-Diss.**

Es hatte den Anschein, als ob die durch Jahrhunderte geübte, altbewährte Methode der Zangenanlegung etwas für alle Zukunft Unantastbares bleiben sollte. Nun berichtet der Norweger Christian Kielland (7) über eine neue Methode der Anlegung der Zange am nichtrotierten Kopf, die im ersten Augenblick geeignet ist, den zünftigen Geburtshelfer mit gelindem Schrecken zu erfüllen. Es wird nämlich bei seiner Methode entgegen aller Lehren der Geburtshilfe der vordere Löffel immer zuerst, und zwar verkehrt eingelegt und erst im Uterus selbst durch Drehung um 180° in die richtige Lage gebracht; um diese Umdrehung gefahrlos zu ermöglichen, musste allerdings die Form der Zange abgeändert werden, indem der Teil, um den die Umdrehung erfolgt, nämlich der hinten an das Mittelstück des Löffels anstossende schmäler gemacht und mit abgerundeten Kanten versehen wurde. Ausserdem wurde die Gestalt dahin verändert, dass die Beckenkrümmung verkleinert wurde, so dass die Zange Bajonettgestalt erhielt. Die Begründung seines Modells und seiner Methode sieht Kielland darin, dass in früherer Zeit wohl zahlreiche Veränderungen an der Zange vorgenommen wurden, um der Forderung einer genauen Zugrichtung gerecht zu werden, aber nur sehr wenige um das korrekte Anlegen des Instrumentes, das bekanntlich bei hochstehendem Fruchtkopf schwierig ist, zu erreichen und zu sichern. Die Misserfolge der Anlegung der Zange bei nichtrotiertem und hochstehendem Kopf beruhen nach Kielland 1. auf dem Abgleiten der Zange, 2. auf der fehlerhaften Lage der Zange, bei der der eine Zangenlöffel über die hintere Schläfe, der andere über den Hinterkopf reicht, 3. auf der unrichtigen Einwirkung auf die Rotation, so dass aus einer Hinterhauptslage eine Vorderhauptslage wird. Bei der Einführung der Zange nach Kielland wird der Kopf stets in der günstigsten Weise, nämlich biparietal gefasst.

Die wichtigsten Regeln für die Einführung sind folgende: Das vordere Zangenblatt wird direkt hinter der Symphyse und zwar immer zuerst eingeführt. Beim Einführen wird das Zangenblatt wagrecht mit vollem Griff mit der Konkavität der Kopfkrümmung nach oben gerichtet, gehalten. Nachdem zwei Finger der anderen Hand wie bei der gewöhnlichen Zangenoperation kontrolliert haben, dass die Spitze des Zangenlöffels hinter der vorderen Muttermundslippe hinaufgleitet, wird der Griff gesenkt, das Zangenblatt weiter hinaufgeschoben, und erst an Ort und Stelle, um 180° umgedreht und zwar nach der Seite, nach der die

Beckenkrümmung des Löffels gerichtet ist. Damit man über die Richtung der Drehung nicht nachdenken müsse, ist an jener Seite des Griffes, nach welcher die Umdrehung ausgeführt werden soll, eine knopfförmige Erhöhung angebracht.

Das zweite Zangenblatt wird auf der Seite des schon eingeführten, die das Schloss zeigt, entlang der hinteren Vaginalwand eingeführt. Die Einführung des hinteren Zangenblattes kann mitunter Schwierigkeiten bieten. Die eingeführte Zange liegt im geraden Durchmesser des Beckens. Die Traktionen werden genau in der Richtung des Griffes gemacht. Der Kopf dreht sich während des Zuges in der Regel spontan. Die Drehung kann mit der Zange vollendet werden und wird dann ohne gleichzeitige Traktion gemacht.

Kiellands Methode stellt nur in diagnostischer, nicht aber in technischer Beziehung grosse Anforderungen an den Geburtshelfer, und ist deshalb nur für den geschulten und sicheren Diagnostiker empfehlenswert. Für diesen ist die Methode leicht. Sie hat ausserdem gegenüber dem gewöhnlichen Anlegen der Zange den Vorteil, dass nur 2 Finger und zwar nur bis zum Muttermund und nicht in die Uterushöhle eingeführt werden, dadurch sich die Infektionsgefahr verringert, indem dieser Eingriff einer gewöhnlichen geburtshilflichen Untersuchung gleichgestellt werden kann. Es ist ein Abgleiten unmöglich und der Schädel wird in einer Weise umfasst, die für das Kind am unschädlichsten ist, indem der Hirnschädel nicht dem Druck der Zange ausgesetzt wird. Die symmetrische Lage der Zange am Kopf ist auch darum vorteilhaft, weil die Extraktion weniger Kraft erfordert.

Kiellands Methode wurde in 7 Jahren 352 mal angewendet (die Gesamtzahl der Geburtsfälle ist leider nicht angegeben, so dass sich kein sicheres Urteil über die Frequenz abgeben lässt, Ref.), doch erscheint die Zahl der Zangen bei hohem Stand des Kopfes (216) auffallend hoch, so dass die Frage aufgeworfen werden kann, ob wirklich die Mehrzahl dieser Fälle der Extraktion mit der gewöhnlichen Zange grosse Schwierigkeiten geboten hätte. Nachprüfungen liegen bisher, ausser in Dänemark, nur aus der Doederlein-Klinik vor, und zwar hatte sich Doederlein selbst (3) empfehlend ausgesprochen.

Aus Doederleins Klinik berichtet ferner Saenger (13). Die Kielland-Zange wurde seit Ende Mai 1915 in den meisten Fällen erprobt, in denen der Kopf nichtrotiert im Beckenausgang stand. Die Erfahrungen waren in 42 Fällen durchwegs gute. Nach Saenger bedeutet die Kiellandsche Zangenoperation eine Erleichterung und Verfeinerung, gewissermassen eine Vergeistigung der ganzen Leistung. Als besondere Vorzüge der Kiellandzange bezeichnet er:

1. Die biparietale Fassung des Kopfes ist in jeder Stellung und Höhe erreichbar. Der Halt der Zange ist absolut fest, der erforderliche Kraftaufwand auffallend gering; die Verletzungen der Scheide und des Dammes sind seltener und kleiner. Das Instrument ist zu gleicher Zeit ein Extraktionsinstrument für den hochstehenden Kopf und macht jede Achsenzugvorrichtung unnötig.

III. Abortus, Frühgeburt.

1. Bubis, Emphysing the Uterus in the Early stages of pregnancy by the aid of Pituitrin. The Amer. Journ. of Obst. Nr. 4.
2. Ekstein, E., Über die rationelle Abortusbehandlung als die beste Prophylaxis gegen die artefizielle Uterusperforation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 43.
3. Esman, V., Technik der Abortuseinleitung im 5. Monat. Hospitaltidende, Kopenhagen. 23. Aug. 59.
4. Halban, J., Zur Therapie der Uterusperforation. Gyn. Ges. Wien. 8. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. (Empfiehlt bei Uterusperforationen, wenn noch Eiteile im Uterus

sind, die chirurgische Eröffnung der Uterushöhle (Cervixspaltung oder Sektionsschnitt am Fundus des luxierten Uterus).

5. Hofmeier, Resultate der künstlichen Frühgeburt und des Kaiserschnittes. Vortr. Würzburger Ärzteabend. 29. Febr. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 28. (Unter 76 Fällen von künstlicher Frühgeburt und 73 von Kaiserschnitt der letzten 8 Jahre starb nur 1 Frau (Kaiserschnitt bei Zersetzung des Fruchtwassers, Temperatursteigerung). Die meisten Kaiserschnitte wurden suprasymphysär transperitoneal ausgeführt. Mortalität der Kinder bei beiden Operationen ziemlich gleich. Die bei stehender Blase ausgeführte Sectio caesarea hat so gut wie keine Mortalität; sie steht deswegen der künstlichen Frühgeburt nicht nach und kann auch bei relativer Beckenenge empfohlen werden.)
6. Mansfeld, O., Von dem fieberhaften Abort und seiner Behandlung. Gyn. Rundsch. 17/18. 19/20.
7. Veit, Über die Anzeichen zur künstlichen Fehlgeburt. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 7. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. (Verf. fasst seine Ausführungen dahin zusammen: Die Fehlgeburt muss eingeleitet werden bei Lebensbedrohung einer Schwangeren durch eine akute, sonst nicht heilbare Erkrankung; z. B. Einklemmung des prolabierten Uterus, schwerste Kompensationsstörung eines Herzfehlers oder eine schwere Nervenerkrankung. Sie muss weiter eingeleitet werden in den Fällen, in denen mit voller Sicherheit der Nachweis erbracht ist, dass das Leben der Mutter bei der vorhandenen Krankheit und dem Weiterbestehen der Schwangerschaft sicher verloren ist und eine anderweitige Heilung der Krankheit nicht möglich ist; trotz Anwendung der sonstigen und der durch die Schwangerschaft angezeigten besonderen Heilmittel.)
8. Zacherl, A., Die Stellung der künstlichen Frühgeburt in der Therapie des engen Beckens. Inaug.-Diss. Würzburg 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 44.

IV. Dilatation, Metreuryse, Sectio caesarea vaginalis.

1. Brodhead, Vaginal Cesarean Section for Blighter voum. Amer. Journ. of Obst. Nr. 1.
2. Emmelmann, V. E., Die Behandlung der Placenta praevia mit der Kolpohysterotomia ant. Inaug.-Diss. Göttingen 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 43.
3. Reed, The Induction of Labour in normal Pelvis at Term. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 3.
4. Rovsin, Demonstration der Fälle von Sectio caes. vagin. Ref. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn.
5. Stein, Vaginal Cesarean Section Two cases. Med. Rec. April 8.
6. Titze, K., Zur Technik der Hysteroryse. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 36. 1915.
7. Webiörn, J., 3 Fälle von vaginalem Kaiserschnitt wegen Retinitis albuminurica während der Schwangerschaft. Hygiea 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 44.

V. Sectio caesarea abdominalis.

1. Applegate, J. C., Kaiserschnitt bei Placenta praevia. New York Med. Journ. Vol. 100. Nr. 5 u. 14. Aug. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
2. Beck, A. C., Two instances of weak uterine scars following Cesarean section. The Amer. Journ. of Obst. Nr. 1. (Kasuistik mit belangloser Diskussion.)
3. Brodhead, G. J., Cesarean Section following primary Section with bilateral Oophorectomy. Amer. Journ. of Obst. 1915. Nr. 12.
4. — Cesarean Section for uterine inertia and contracted pelvis. The Amer. Journ. of Obst. Nr. 1.
5. Brown, W. M., Modifikation der Technik der abdominalen Kaiserschnitts. Amer. Journ. of Obst. etc. 72/3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 15. (Fixation der Wundränder

der Uteruswunde an die Bauchwunde durch ca. 8 Knopfnähte noch vor Extraktion des Kindes, zwecks Ausschaltung des Schocks.)
6. Bruneke, K. H. L., Ein Beitrag zu der Frage von der Ruptur des wieder gravid gewordenen Uterus nach vorausgegangener Sectio caesarea. Inaug.-Diss. Halle 1915. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 44.
7. Cadwallader, Cesarean Section for strangulated ovarian Cyst complicating Labour. Amer. Journ. of Obst. Nr. 8.
8. Cantrell, W., Cesarean Section procedure of election. Less danger to mother and child when interference is required to effect delivery. 3 cases. Arkansas Med. Soc. Journ. Little Rass. Nov. 13. Nr. 6.
9. Davis, E. P., Delivery by Abdominal Section. Bull. of Med. and Chirurg. Faculty of Maryland. Baltimore Sekt. 9. Nr. 3.
10. Eisenreich, O., Unsere Erfahrungen bei 152 Fällen von extraperitonealem Kaiserschnitt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 53/3. Referat darüber Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. (Eingehende Schilderung der Technik. Unter 152 Fällen musste 8mal zum transperitonealen Verfahren übergegangen werden, 47mal riss das Peritoneum ein. Von 144 Fällen betrug die mütterliche Mortalität 10 Fälle, kindliche 11. Keine Narbendellung oder Ruptur war in weiteren Schwangerschaften zu konstatieren.)
11. Fehling, H., Der zervikale Kaiserschnitt. Münch. med. Wochenschr. Nr. 29. Ref. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 35.
12. Fonyo, J., Transperitonealer suprasymphysärer erhaltender Kaiserschnitt wegen totaler narbiger Verwachsung der Vagina. Zentralbl. Nr. 4. (1 Fall.)
13. Franqué, O., Nachtrag zu der Arbeit von Offermann über Heilung und Spätfolgen des queren Fundalschnittes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 43. Heft 2. (Auf Grund eines Falles, in dem der Fundalschnitt nur peritoneal verheilte und in dem bei der wiederholten Operation eine herniöse Vorstülpung der Eihäute an der Stelle des Fundalschnittes gesehen wurde, glaubt Franqué, dass der Fundalschnitt endgültig aufzugeben ist.)
14. — Sectio caesarea nach Trendelenburgscher Operation der Blasen-Scheidenfistel. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 37. (v. Franqué bezeichnet als Vorteil der Heilung einer von unten unzugänglichen Blasen-Scheidenfistel durch Sectio alta die relativ einfache und sichere Erhaltung der Fähigkeit zu empfangen und auszutragen. Er sah dies an seinem eigenen Falle, der schon bei der nächsten Nachuntersuchung schwanger war und von v. Franqué durch klassischen Kaiserschnitt entbunden wurde. Schwangerschaft und Wochenbett verliefen ungestört; die Narbe der Sectio alta hielt vortrefflich stand.
15. Frühinsholz, A. und Gross, Georges, Kaiserschnitt in einem Fall von Uterus duplex (Hemihysterektomie). Ann. de gyn. et d'obst. 1914. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
16. — und Job, Kaiserschnitt in einem Fall von Uterus unicornis. Ann. de gyn. et d'obst. 1914. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
17. Gall, Piero, Zum suprasymphysären, transperitonealen Kaiserschnitt. Münch. med. Wochenschr. Nr. 50 und Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. Erschienen: Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
18. Hellmann, A. M., Obstetric abdominal hysterotomy; report of 12 cases. New York Med. Journ. Oct. 14. 104. Nr. 16.
19. Hirst, Cooke S., Cesarean Section as the operation of choise in difficult labour cases. The Amer. Journ. of Obst. et Dis. Nr. 5. (Verf. ist für die Erweiterung der Indikation zum Kaiserschnitt, die ihm durch die 5 verschiedenen Methoden erleichtert erscheint. Er bespricht die Technik, die Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden: 1. Die alte klassische Methode. (Er verwendet nur Catgut, auch für den Uterus.) 2. Die Saengersche Methode mit einem kurzen hohen Schnitt, die Operation der Wahl für reine Fälle. 3. Die extraperitoneale Sectio, die, da es keine Garantie des Extraperitonealbeckens gibt, sich für sicher infizierte Fälle nicht eignet. 4. Die Porrooperation mit Versenkung des Stumpfes, die sich nur für reine Fälle eignet. 5. Die Porrooperation mit Extraperitoneallagerung und Drainage des Cervixstumpfes, die in infizierten Fällen und bei Uterusruptur anzuwenden ist. Es folgt die Erörterung der Komplikationen und ihrer Behandlung; der Vorbereitung etc. Verf. selbst hat unter 118 Operationen eine

mütterliche Mortalität von 2,54°/₀₀, davon 1 Fall Peritonitis, verursacht durch zu frühe Resorption des Catgut und Insuffizienz der Uterusnaht.)

20. Hofmeier, Zur Kaiserschnittfrage. Münch. med. Wochenschr. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.
21. Holmes, Obstetrics a lost art; a criticism of the promiscuous Indications for Cesarean Section. Surg., Gyn. and Obst. 1915. Nr. 11.
22. Hüssy, Paul, Symphysiotomie oder Kaiserschnitt. Arch. f. Gyn. Bd. 104. Heft 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn.
23. Kothe, R., Zur Indikation und Technik des Kaiserschnittes. Therap. d. Gegenw. April. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Heft 22.
24. Kirlin, Chas. F., Kaiserschnitt. Med. Rec. Vol. 88. Nr. 9. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn.
25. Mc Kinnig, L. H., Cesarean Section. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 11. p. 1041. (Statistisches.)
26. Küstner, O., Über extraperitonealen Kaiserschnitt. Demonstration. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17.
27. — Bauchlage. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. (Küstner empfiehlt Bauchlage [vgl. seine Monographie] zur Förderung der Heilung der drainierten Wunde nach extraperitonealem Kaiserschnitt.)
28. — Worin besteht die Überlegenheit des extraperitonealen Kaiserschnittes? Münch. med. Wochenschr. Nr. 20.
29. De Lee, J. B., Newes Methods of Cesarean Section. Illinois Med. Journ. Chicago. Jan. 29. Nr. 1.
30. Mack, Alonzo, Eine Sectio caesarea nach dem Tode der Mutter. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 65. Nr. 9. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
31. Maneel, Ludwig, Über seltene Indikationen zum Kaiserschnitt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1915. p. 499. (2 Kaiserschnitte bei Gesichtslage bzw. Herzfehler. Die Lehre von der exspektativen Geburtsleitung darf nicht etwa starre sein, es ist unter Umständen ein aktives Vorgehen einzuschlagen.)
32. *Martin, A., Die Narbe des queren Fundalschnittes nach Fritsch bei folgender Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
33. Momm, Kaiserschnitt bei Placenta praevia in der klinischen Geburtshilfe. Münch. med. Wochenschr. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn.
34. Murietta, A. J., Cesarean Section. Report of Two cases. Arizona med. Journ. Phoenix. Nov. 3. Nr. 11.
35. Mayne, E. H., Cesarean Section for accidental Hemorrhage. The Amer. Journ. of Obst. Nr. 1.
36. Nagel, W., Klassischer Kaiserschnitt bei einer Zwergin. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
37. Offermann, J. J., Heilung und Spätfolgen der Narbe beim queren Fundusschnitt beim Kaiserschnitt nach Fritsch. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 2. (Bericht über einen Fall, bei welchem bei wiederholtem Kaiserschnitt eine Verdünnung der Narbe des Fundusschnittes — ohne Ruptur — gesehen wurde. Auf Grund dieses Falles und an der Hand der Literatur (21 Fälle von Ruptur, 7 Fälle von Adhäsionen, 2 Fälle von Eiterungen) kommt Verf. zu folgendem Schluss: 1. Der fundale Querschnitt verhindert keinesfalls spätere Rupturen; vor allem besitzt er in dieser Hinsicht keinen Vorteil vor dem medianen Längsschnitt. 2. Operationsmethode und die Lage der Narbe begünstigen Adhäsionsbildung mit ihren gefährlichen Folgen und bei eintretender Eiterung ungünstige Komplikationen.)
38. Reiter, K., Die Ergebnisse des Kaiserschnittes bei Placenta praevia an der Universitäts-Frauenklinik Giessen. Inaug. Diss. 1915.
39. Rossier, Demonstration von Fällen von Sectio caesarea. Ref. Zentralbl. f. Gyn Nr. 19.
40. Schroeder, E., Über Rupturen der Kaiserschnittsnarbe bei nachfolgenden Schwangerschaften. Monatsschr. f. Geb. u Gyn. Bd. 44. Heft 2. (Verf. stellt aus der Literatur 28 Fälle von Ruptur nach klassischem Kaiserschnitt, 25 Fälle nach querem Fundalschnitt und 10 Fälle nach unbekannter Schnittführung zusammen und berichtet über 2 eigene Rupturfälle. Nach dem Fundalschnitt ereignen sich leichter Rupturen als

nach dem Längsschnitt. Obwohl auch nach dem zervikalen Kaiserschnitt schon Rupturen beobachtet sind, glaubt Verf. doch, dass sie seltener sein werden.)
41. Sebold, A., Über die Sectio caesarea in mortua.
42. Williams, John T., Entbindung per vias naturales nach vorausgegangenem Kaiserschnitt, nebst Bericht über zwei Fälle. Amer. Journ. of Obst. Vol. 73. Nr. 3196. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
43. — Cesarean Section. Interstate Med. Journ. 1915. p. 384.
44. Wortmann, W., Eine seltene Indikation zum Kaiserschnitt. Lymphdrüsentumor des kleinen Beckens. Inaug. Diss. Bonn 1914. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 44.

Von den 64 Fällen sind 2 Pat. gestorben; beide hatten gefiebert und es wurde die Sterilisation vorgenommen. 11 mal entstanden Bauchdeckeneiterungen, 9 schwerere fieberhafte Wochenbetten. Von den Kindern war 1 totgeboren, 2 starben am 2. Tag an Pneumonie — 8 mal wurde der Kaiserschnitt wiederholt ohne besondere Schwierigkeiten.

Wenn Küstner unter 135 extraperitonealen Kaiserschnitten keinen Todesfall hat, so hat dagegen Döderlein-Eisenreich unter 144 Fällen 4,8% Mortalität — allerdings wurde dabei 47 mal das Peritoneum verletzt. Die Operateure, die den transperitonealen cervikalen Kaiserschnitt anführen, stehen mit 2% Mortalität unter 258 Fällen in der Mitte. Es besteht also durchaus keine gewaltige Überlegenheit der extraperitonealen Methode.

Neben dem cervikalen transperitonealen Kaiserschnitt haben auch die anderen Methoden ihr Indikationsgebiet.

Dem klassischen bleiben die — meist häufiger — geeigneten Fälle von Placenta praevia und Fälle mit besonderen Komplikationen (vorausgegangene Uterusruptur oder Cervixblasenfisteln).

Dem Porro die hochgradigen Osteomalacien, die Myome, die Kurven oder Cervix und Vagina. Dem Porro mit extraperitonealer Stumpfvorragung die inoperabeln Ca_1.

Die Totalexstirpation eignet sich für die operablen Karzinome und Uterusrupturen.

Auch Hofmeier (20) sieht den Hauptvorteil des suprasymphysären Verfahrens nicht in dem extraperitonealen Verfahren, sondern operiert zervikal transperitoneal (wie Franz, Veit, Baisch u. a.).

Von Interesse ist, was die Stellungnahme zur Frage des extraperitonealen Operierens betrifft, die Ansicht eines in geburtshilflichen Fragen unbefangenen Chirurgen.

Die Diskussion über die Kaiserschnittsfrage dauert auch in diesem Berichtsjahre an.

Ziemlich einmütig wird von verschiedenen Autoren der quere Fundalschnitt nach Fritsch abgelehnt. An der Diskussion darüber beteiligen sich v. Franqué (13, 14), Schroeder (40), Offermann (37), der ein gutes Literaturverzeichnis bringt. Abschliessend sagt Martin (32): „Der quere Fundalschnitt dürfte der Geschichte der Kaiserschnittsoperationen überlassen bleiben.“

Während die Frage der extra- oder transperitonealen Operation manchen nebensächlich erscheint und jedenfalls noch kontrovers ist, scheint es, dass die innere Verlegung des Schnittes in das untere Uterinsegment sich immer mehr Anhänger erwirbt.

Fehling (11) hebt die Vorteile des zervikalen subperitonealen Verfahrens hervor. Er hat sich bei seinen ersten extraperitonealen Fällen davon überzeugt, dass die Hauptvorteile auf der Eröffnung der Cervixwand beruhen und dass Verletzungen des Peritoneum nicht schaden. Er macht einen 10 cm langen Längsschnitt direkt über der Symphyse, deckt Därme und Netze ab, spaltet das Peritoneum quer und die Cervix längs. Die Einfachheit der Operation ist

bestechend. Er kann nicht anerkennen, dass der extraperitoneale Kaiserschnitt, wie Küstner meint, eine Epoche ersten Ranges darstellt, der Zervikalschnitt macht den Wendepunkt. Er hat in den letzten 8 Jahren 64 zervikale Kaiserschnitte angeführt, daneben einige Porro- und Totalexstirpationen. Der Kaiserschnitt kann bei lebendem Kind bis zu einer Conjugata von 3 cm nötig sein, bei totem nur unter $6^1/_2$ cm. Die Pubeotomie bzw. die Franksche Symphysiotomie hat jedenfalls ihr Anwendungsgebiet.

Man darf beim zervikalen Kaiserschnitt jedenfalls weitergehen als beim klassischen. Von Verfassers 64 Fällen waren 17 ausser der Anstalt untersucht. bei 14 Temperatur über 38°, mindestens 10 mal waren infektiöse Keime im Zervikalgebiet.

Kothe (23), der von Haus aus Chirurg ist, hält angesichts der grossen Widerstandsfähigkeit des Peritoneum gegen Infektionen die Angst der Geburtshelfer vor dem Kaiserschnitt in infizierten Fällen für unberechtigt. Wenn man das Abdomen durch Tücher abstopft und durch den unteren Wundwinkel den Uterus drainiert, muss man die Infektion nicht fürchten. Er hat nach dieser Methode 6 Kaiserschnitte, die infiziert oder infektionsverdächtig waren, operiert, ohne Todesfall.

Die Indikationen sind für den Geburtshelfer vom Fach zum Teil nicht unanfechtbar. Der Uterus wurde in jedem Fall eventriert und vor Schluss der Bauchhöhle mit Äthertupfer abgewischt; ebenso 50 ccm Äther prophylaktisch gegen die Peritonitis in die Bauchhöhle gegossen. Dies soll den Vorteil haben, dass häufig kein Morphium gegeben werden muss.

Gegen alle Anhänger der transperitonealen Methoden polemisiert in seiner temperamentvollen Weise Küstner (26, 27, 28) in mehreren Publikationen zugunsten der extraperitonealen Methode, der dennoch „die Krone gebührt". Da er die extraperitoneale Methode als die überlegene erkannt hat, ist er unablässig bemüht, sie zu bessern und ihrer Unzulänglichkeiten zu entkleiden. Er schildert seine Methode (vgl. die Monographie), drainiert regelmässig und lässt die Wöchnerin zwecks besseren Abflusses der Sekrete zeitweise auf dem Bauch liegen. Da nun nach Küstners Ansicht der extraperitoneale Kaiserschnitt lebenssicher ist, kann man ihn auch bei asphyktischem Kinde noch machen. Man kann also in zweifelhaften Fällen ruhig abwarten, bis die Aussichtslosigkeit der Spontangeburt klar wird. Dadurch wird die Indikationsstellung exakter, die Geburtsleitung wissenschaftlicher, besser.

VI. Varia.

1. Armbruster, Binsenwahrheiten und neue Anschauungen aus der Geburtshilfe. Wien. klin. Rundsch. 1 u. 2. (Bringt für den Fachmann nichts Neues.)
2. Davis, Edward P., Der allgemeine Praktiker und die chirurgische Geburtshilfe. Therapeut. Gaz. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. (Davis warnt nicht allein die Allgemeinpraktiker, sondern — wie es scheint noch mehr — die Geburtshilfe treibenden Chirurgen vor einer Unterschätzung der Schwierigkeiten der operativen Geburtshilfe.)
3. Doederlein, Münch. Gyn. Ges. 20. Mai 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. (Doederlein lehnt für die Klinik die künstliche Frühgeburt bei engem Becken und die Perforation des lebenden Kindes (ausser in besonderen Ausnahmefällen) ab. Für das Privathaus vertritt er im Unterricht den entgegengesetzten Standpunkt.)
4. Frank, Fritz, Mein Symphysenschnitt. Festschr. z. Feier des 10jährigen Bestehens der Akademie f. prakt. Med. in Köln, Bonn, Marcus und Webers. 1915. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 15.
5. Hannes, Walther, Die Behandlung der Placenta praevia durch den prakt. Arzt. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50. (Wenn auch die

Resultate mit einer Schnittmethode (Kaiserschnitt in verschiedener Form) zum Teil glänzend sind, so eignen sich dieselben doch nicht für den prakt. Arzt, während die Ballonmethode von jedem erlernt und in jeder Umgebung ausgeführt werden kann.)
6. Holländer, Bemerkungen zu dem Artikel von Salus: „Über mein erfolgreiches Verfahren beim Dammschutz". Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11.
7. Holmes, R. W., Obstetrics a lost art. Surg. Gyn Obst. 21. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. (Durch die Erweiterung der Indikation zum Kaiserschnitt hat die geburtshilfliche Indikationsstellung und Technik gelitten.)
8. Hüssy, P., Symphyseotomie oder Kaiserschnitt. Arch. f. Gyn. 1915. Bd. 104. Heft 5. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 3. Nr. 23.
9. Kroenig, B., Grenzverschiebungen zwischen operativer und nichtoperativer Therapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 43.
10. Lang, Matthias, Spätere Geburten nach Hebosteotomie. Inaug.-Diss.
11. Meyer, Leopold, Die Behandlung der Geburt bei verengtem Becken. Ugeskrift for Laeger. 1914. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn.
12. Nierstrass, R., Chirurgische Versorgung des Nabelschnurrestes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 43.
13. Prikacek, Zum Vorschlage Salus „Über mein erfolgreiches Verfahren beim Dammschutz". Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11.
14. Rossier, Demonstration eines Falles vor Pubeotomie. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19.
15. Rudolph, A., Über den von mir empfohlenen Dammschutz. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
16. Salus, H., Über mein erfolgreiches Vorgehen beim Dammschutz. Zentralbl. f. Gyn. Heft 3.
17. — Erwiderungen auf die Bemerkungen von Prof. Piskacek und Dr. Holländer. Zentralbl. f Gyn. Nr. 14.
18. Seitz, L., Über Promontoriumabmeisselung bei plattem Becken. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9.
19. Spalding, Immediate Perineorraphy. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 2.
20. Walker, The Technic at the Jewish Maternity Hospital and it results. Amer. Journ. of Obst. Nr. 3.
21. Walther, H., Zur Indikationsstellung bei den geburtshilflichen Operationen des praktischen Arztes. Med. Klin. 1 u. 2 u. 7. 13, 15ff.
22. Whithidge, Williams, Der Einfluss der Pubeotomie auf den Verlauf folgender Geburten. Amer. Journ. of Obst Vol 72. Nr. 1915. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.

Nachtrag.

Holländische Literatur.

Referent: Dr. A. J. M. Lamers, Herzogenbusch.

Zu Kapitel (I. Teil. Gynäkologie.) Lehrbücher.

1. Lamers, A. J. M., Lijst van gynaecologische en verloskundige tijdschriften, aanwezig in Nederlandsche boekerijen. Amsterdam, F. v. Rossen, Heerengracht 281. (Verzeichnis der gynäkologischen und geburtshilflichen Zeitschriften aller Länder, die in holländischen Bibliotheken vorhanden sind, mit Angabe der Jahrgänge usw. Von grossem Wert für alle, die wissenschaftlich arbeiten. Ein ähnliches Verzeichnis von allen anderen Fächern der Medizin, von anderen Autoren bearbeitet, liegt beim selben Verleger auf.)

Zu Kapitel II. Anästhesierungsmethoden usw.

1. van Dongen, J. A., Pharmacologische en klinische onderzoekingen over erodium cicutarium, een stipticum bij uterusbloedingen (Pharmakologische und klinische Untersuchungen über Erodium cicutarium, ein Stypticum bei Uterusblutungen). Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. p. 172. (Holländisch.) (Auszug aus der Dissertation, referiert im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichts.)
2. Kouwer, B. J., Pseudocyste bij tuberculosis peritonei. Nederl. gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 16. Jan. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. p. 196. (Holländisch.) (24jähr. Virgo. Multilokuläre Pseudozyste rings um die tuberkulösen linken Adnexe, die aus einer verdichteten Tube und einem alten käsigen Ovarialabszess bestehen. Die Zyste reicht unten tief ins Becken hinein, oben bis vierfingerbreit über dem Nabel. Inhalt der verschiedenen Höhlen sehr wechselnd, in einigen seröse Flüssigkeit, in anderen altes und frisches Blut. Das Blut stammt wahrscheinlich von einer hämorrhagischen Entzündung tuberkulösen Ursprunges. Nach Entleerung der Höhlen wurden dieselben nach der Scheide zu drainiert und mit Peritoneum überdacht. Flotte Heilung. In der Tube und in den Neomembranen wurden deutlich Tuberkel gefunden.)
3. van Leeuwen, G. A., Noodelooze, dus ongewenschte operaties. (Unnötige, infolgedessen unerwünschte Operationen.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 9. p. 769. (Holländisch.) (Viele Patientinnen, die mit der Diagnose „keine gynäkologischen Abweichungen, Hysterie" in der gynäkologischen Poliklinik in Behandlung sind, haben schon früher anderwärts eine Appendektomie durchgemacht. Bei 40 von diesen Fällen hat Verf. festzustellen versucht, welche die Erfolge der Operation für die Beschwerden gewesen waren. In 16 Fällen ($40^0/_0$) war das Resultat günstig, in 22 Fällen ($55^0/_0$) unbefriedigend und in 2 ($5^0/_0$) zweifelhaft gewesen. Die Fälle, bei denen der Erfolg nihil gewesen war, waren alle chronische Erkrankungen. Beinahe $60^0/_0$ der Pat. hat die früheren Beschwerden nach der Operation behalten. Aus allem geht die Bedeutung der richtigen Diagnosenstellung hervor. Tabelle.)
4. Muys, D., Epidermomycosis inguinalis, veroorzaakt door de endomyces albicans. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 25. p. 2150. (Holländisch.) (Sieben Fälle

in demselben Saale in einem Krankenhaus. Diagnose mikroskopisch und kulturell sichergestellt. Heilung unter Unna-Pasta.)

5. van der Scheer, W. M., Menstruatie en psychose. Psychiatr. en Neurol. Bladen. Bd. 20. Heft 1. p. 31. (Holländisch.)

Zu Kapitel VIII. Physiologie und Pathologie der Menstruation.

1. Boudier, P., De operatieve behandeling der dysmenorrhoe en der steriliteit. Nederl. Maandschr. v. verlosk. en vrouwenz. en kindergeneesk. Bd. 5. Heft 7. p. 383. (Holländisch.) (Resultate mit den Operationen nach Pozzi und nach Dudley. Nach ersterem Verfahren wurden 5 Patientinnen behandelt, nach letzterem 10. Die Resultate waren sehr befriedigend und Verf. empfiehlt besonders die Operation nach Dudley. Technik mit 7 Abb. auf 1 Tafel.)
2. Driessen, L. F., Over de beteekenis van glycogen in het normale baarmoederslijmvlies. (Über die Bedeutung des Glykogens in der normalen Uterusschleimhaut.) Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. p. 153. (Holländisch.) (Untersuchungen an 500 Uterusschleimhäuten, darunter 136 von Frauen mit regelmässigem Menstruationszyklus von 28tägiger Dauer. Verf. konnte feststellen, dass die Glykogenimbibition mit der Evolution der Uterusschleimhaut im Sinne Hitschmann und Adlers synchron verläuft. Der Prozess der Glykogenisation der Schleimhaut fängt am 14. Tage, also in der Mitte des Intervalles an, nimmt graduell zu, erreicht am 25. Tage einen Höhepunkt und fällt unmittelbar vor der Menstruation ab, um während derselben und nachher ganz aufzuhören. Es lässt sich also auch in diesem Vorgang die Kurve von v. Ott verfolgen. Aus dem Resultat der mikroskopischen Untersuchung lässt sich also ziemlich genau das Datum der letzten Menstruation feststellen (Kurve). Pathologisch gewucherte oder zystisch degenerierte Uterusschleimhaut enthält im allgemeinen kein Glykogen: die einfache Jodreaktion macht es also möglich, normale von kranker Schleimhaut zu unterscheiden. Verf. beschreibt ferner Röntgen-Tierexperimente, die diese Befunde bestätigen. 6 Tabellen.)
3. v. d. Hoeven, P. C. T., De menstruatie-cyclus. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 10. p. 562. (Holländisch.) (Zusammenfassung und Kritik verschiedener Theorien. Nichts Eigenes.)
4. Lens, P. C. Th., Splijting van den baarmoederhals bij dysmenorrhoe. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 24. p. 2199. (Holländisch.) (Bei Dysmenorrhoe und pathologischer Anteflexio Spaltung der hinteren Cervixwand bis ins Cavum uteri. Dieser kleine Eingriff kann, auch bei Virgines, ohne Narkose ausgeführt werden. Voller Erfolg in fünf Fällen, über die ausführlich berichtet wird.)

Zu Kapitel IV. Pathologie des Uterus.

1. Boudier, P., De invloed van het puerperium op het ontstaan van de retroflexio uteri. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 6. p. 319. (Holländisch.) (Ergänzung der Untersuchungen von van Teutem, referiert in diesem Jahresbericht über 1913, dieses Kapitel Nr. 33. Tabelle. Dasselbe Resultat: Je länger die Frauen im Wochenbett zu Bett bleiben, um so grösser die Zahl der Retroflexionen.)
2. Kouwer, B. J., Leukoplakie der portio vaginalis. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 16. Jan. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. p. 197. (Holländisch.) (39jährige Frau, die 6 Entbindungen und 3 Aborte durchgemacht hat und bei der von Lues nichts bekannt ist. Die Leukoplakie befindet sich auf der ektropionierten Cervixschleimhaut der vorderen und hinteren Muttermundslippe. Keine Sekretion aus der Cervix, Beschwerde der Frau jedoch Fluor albus. Heilung unter reinigenden Spülungen; Uterusexstirpation hielt Vortr. in diesem Falle nicht für indiziert. Abbildung und Beschreibung des mikroskopischen Präparates.)

Zu Kapitel X. Krankheiten der Harnorgane beim Weibe.

1. Kouwer, B. J., Pyelonephrose met sterk uitgezetten en verdikten ureter. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 16. Jan. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. p. 195. (Holländisch.) (Klinische Beschreibung des Falles. Die Diagnose

konnte nicht gestellt werden. In der chirurgischen Klinik wurde folgendes Präparat entfernt (Abb.): Niere mit sehr dünner Rinde, multilokulär stark erweitertes Pyelum und Ureter von der Dicke eines normalen Kolon. Mikroskopisch im Ureter nur Bindegewebswucherung ohne jede Andeutung der Ätiologie dieses eigentümlichen Prozesses. Die Patientin hatte vor 10 Jahren Hämaturie gehabt; vielleicht hat ein Ureterstein eine Rolle in der Ätiologie gespielt.)

2. van Rooy, A. H. M. J., De fistel-operatie van Braquehaye. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 8. p. 417. (Holländisch.) (Ausführliche Beschreibung dieser in Deutschland und Holland ungenügend bekannten ausgezeichneten Methode, mit der Verf. in allen seinen sieben Fällen ohne Ausnahme gleich beim ersten Male vollen Erfolg hatte. Alle Krankheits- und Operationsberichte werden ausführlich mitgeteilt. Bei diesem Verfahren werden die Fistelränder unberührt gelassen und aus der umgebenden Scheidenwand nach der Fistel zu durch Lospräparieren eine Manschette gebildet.)

Zu Kapitel XIII. Entwicklungsgeschichte und Anatomie der weiblichen Genitalien usw.

1. v. d. Hoeven, P. C. T., Een en ander omtrent de embryologie van de vrouwelijke geslachtsdeelen. (Einiges über die Embryologie der weiblichen Geschlechtsteile.) Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 19. März. Bericht: Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 6. p. 327. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. p. 199. (Holländisch.) (Nach den Auffassungen des Vortr. ist die Vagina nicht angelegt als solider Strang, sondern als eine mit Zylinderepithelium ausgekleidete Röhre. Ist das Hymen offen, dann dringt bei der Entwicklung das Plattenepithel von aussen nach innen hinein und verdrängt das Zylinderepithel bis zum äusseren Muttermund. Das Hymen entsteht aus dem Müllerschen Hügel. In ersterer Zeitschrift sind 2 Mikrophotographien auf einer Tafel beigegeben.)
2. Postma, H., Menstruatie en lichaamsgewicht in verband met onmaatschappelijk gedrag. (Menstruation und Körpergewicht im Zusammenhang mit unsozialem Lebenswandel.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 5. p. 272. (Untersuchungen an 355 Zöglingen einer staatlichen Verbesserungsanstalt („Tuchtschool"). Soweit es die Menstruation betrifft, ist Verf. zu folgenden Ergebnissen gelangt. Die Mädchen, welche noch nicht menstruiert haben, sind durchschnittlich leichter wie diejenigen desselben Alters, die schon ihre Periode haben. Die menstruierenden, welche angeben, ihre Menses in frühem Alter bekommen zu haben, sind durchschnittlich schwerer wie diejenigen desselben Alters, die ihre Periode angeblich später bekommen haben. Je älter das Mädchen ist, wenn es in der Anstalt aufgenommen wird, um so später ist bei ihr im allgemeinen die Periode zuerst eingetreten. Durch kräftige Nahrung kann das Einsetzen der Menses verfrüht werden. In diesem Sinne kann die Aufnahme in der Anstalt einen günstigen Einfluss ausüben. Tabellen.)
3. — De lengtegroei van het meisje in de puberteitsjaren. (Das Längenwachstum des Weibes in den Pubertätsjahren.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 8. p. 463. (Holländisch.) (Untersuchung nach der Gültigkeit der Gewichts- und Längenwachstumstabellen von Heubner und Quételet für holländische Jungen und Mädchen. Die mittleren Zahlen sind für Holland höher. Zahlreiche Tabellen. Verf. berücksichtigt auch besonders geistig minderwertige Mädchen einer Verbesserungsanstalt in bezug auf das Auftreten der ersten Menstruation.)

Zu Kapitel V. Vagina und Vulva.

1. Millar, A. F. Wilkie, Perchloride of mercury poisoning by absorption from the vagina. Brit. Med. Journ. Nr. 2909. p. 453. (Die bekannten Erscheinungen, ohne lokale Veränderungen in der Scheide, in die eine Tablette von 0,5 g Sublimat eingeführt worden war. Bei der Sektion wurden die Darmveränderungen hauptsächlich im unteren Abschnitt gefunden. Nach Irrigationen mit Sublimatlösung wurde eine derartige Vergiftung nicht beobachtet.)
2. Stevens, Th. G., Adenomyoma of the recto-vaginal septum. Proceedings of the Royal Soc. of Med. Bd. 9. Heft 5. p. 1.

Zu Kapitel VII. Ligamente und Tuben.

1. de Snoo, K., Fibroom van den musc. rectus abdominis sin. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 14. Mai. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 4. p. 282. (Holländisch.) (Zwei Fälle, der erstere in der Schwangerschaft. Der ganze Muskel mit Aponeurose und tiefe Faszie waren im Tumor aufgenommen. Das Peritoneum konnte jedoch erhalten werden.)

Zu Kapitel (II. Teil. I. Geburtshilfe.)' Allgemeines', Lehrbücher usw.

1. Daniels, C. E., Bijdragen tot de geschiedenis der verloskunde. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 16. p. 1365. (Holländisch.) (Lebenslauf von Johan van Hoorn, 1662 aus holländischen Eltern in Stockholm geboren, Schüler von Frederik Ruysch in Amsterdam, mit Besprechung der wichtigsten seiner Arbeiten.)
2. v. d. Hoeven, P. C. T., Operatieve verloskunde. Leiden, S. C. van Doesburgh (2. Ausgabe, Preis 7,25 Gulden).
3. Kouwer, B. J. und M. L. Muller, De verloskundige Kliniek en Polikliniek der Rijks-Universiteit te Utrecht. Zesde integraal overzicht (1909 und 1910). Stads Boek- en Courantdrukkerij te Kampen. Preis 2,50 Gulden. 448 Seiten. (Es kommen u. a. 111 Fälle von Placenta praevia und 72 Fälle von Eklampsie zur Besprechung. Die Utrechter Therapie ist im allgemeinen eine äusserst konservative.)
4. Kroner, Eine medizinische Maimonides-Handschrift aus Granada. Janus, Bd. 21. Heft 7 u. 8. p. 203. (Urtext, übersetzt und kritisch erläutert. Handelt über den Koitus.)
5. de Lint, J. G., „Venus minzieke Gasthuis". Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 4. p. 273. (Holländisch.) (Die holländische Übersetzung Nicolai Venettes „Von Erzeugung des Menschen", 1711 bei Thomas Fritsch in Leipzig zum ersten Male mit dem Namen des Verf. herausgegeben. de Lint bespricht die verschiedenen Übersetzungen und Auflagen des Büchleins, sowie die Nachbearbeitungen desselben. Das Bild Venettes aus der deutschen Ausgabe 1711 wird reproduziert.)
6. Methorst, H. W., Geboorteachteruitgang en zuigelingenbescherming. Nederl. Tijdschr, v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 15. p. 1232. (Holländisch.) (Vorwiegend statistische Arbeit. mit 16 graphischen Darstellungen und drei Karten der Niederlande, auf denen die Zahl der Geburten und die Säuglingssterblichkeit in den verschiedenen Landesteilen angegeben sind.)
7. van Zuiden, D. S., Nog meer over het Roonhuysiaansch geheim. (Weiteres über das Roonhuysensche Geheimnis.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 11. p. 939. (Holländisch.) (Notarielles Protokoll, in dem eine Patientin über ihre eigene schwierige Entbindung durch Ruys berichtet.)
8. — Een verklaring over een afdrijvend middel, dat gegeven zou zijn door den lijfarts van Prins Maurits van Nassau. (Eine Bescheinigung, ein Abtreibungsmittel betreffend, das verabreicht sein soll vom Leibarzt des Prinzen Maurits von Nassau.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 22. p. 1977. (Holländisch.) (Altes Aktenstück aus dem Jahre 1666. Das betreffende Rezept lautet: Nimm glatten Kies, mache ihn glühend und lege ihn auf einen heissen blauen Stein, giesse dann darüber roten Rosenessig und lasse die Person sich darüber setzen.)

Zu Kapitel III. Physiologie der Gravidität.

1. Dean King, H. and J. M. Stotsenburg, Das Verhältnis von männlichen zu weiblichen Geburten bei der weissen Maus. Anat. Rec. 1915. Bd. 9. p. 403.
2. Driessen, L. F., Demonstratie van bestraalde zwangere konijnen-baarmoeders. (Demonstration bestrahlter, schwangerer Kaninchen-Uteri.) Nederl. Vereeniging v. Electrologie en Röntgenologie. Sitzg. v. 6. Febr. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 18. p. 1579. (Holländisch.) (Auszug siehe im Kapitel „Strahlenbehandlung der Myome". Nr. 10.)
3. Nijhoff, G. C., De verbinding tusschen het amnion en het chorion en haar praktische beteekenis bij de baring. (Die Verbindung zwischen Amnion und Chorion und die praktische Bedeutung derselben bei dem Partus.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 10. p. 808. (Holländisch.) (Physiologie der Eröffnungsperiode.)

4. **Oudschans Dentz, F.**, Een merkwaardig geval op erfelijkheidsgebied uit de oude doos. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 6. p. 512. (Holländisch.) (Die Negersklavin eines Juden schenkte im Jahre 1777 an Zwillingen das Leben: einem Neger- und einem Mulattenmädchen, die einander übrigens ganz ähnlich waren.)
5. de Snoo, K., De beteekenis van het keukenzout in de zwangerschap. (Die Bedeutung des Kochsalzes in der Schwangerschaft.) Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 14. Mai. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 4. p. 284 und Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 8. p. 447. (Holländisch.) Als Original erschienen in der Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1917. Bd. 26. Heft 1. p. 30. (Ausführliches Referat im nächsten Jahrgang dieses Jahresberichtes.)
6. Wilson, K. M., Nitrogen metabolism during pregnancy. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Bd. 27. p. 121.

Zu Kapitel VI. Pathologie der Gravidität.

1. van Dongen, J. A., Een geval van tweelingzwangerschap in een rudimentairen uterushoorn. (Ein Fall von Zwillingsschwangerschaft in einem rudimentären Uterushorn.) Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 24. Okt. 1915. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. p. 185. Als Original erschienen in der Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 9. p. 764. (Holländisch.) (Klinische Beschreibung des Falles und ausführliche Mitteilung des operativen und pathol.-anatomischen Befundes. Wegen Verdachts auf Extrauteringravidität wurde die Patientin laparotomiert. Sogar noch während der Operation wurde der gestielte Tumor verkannt und für ein gestieltes subseröses Myom gehalten.)
2. Janssens, G., Epileptiforme accessen in de graviditeit. (Epileptiforme Anfälle in der Gravidität.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk. Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 2. p. 63 en Psychiatr. en Neurol. Bladen. Bd. 20. Heft 1. p. 46. (Holländisch.) (Zwei Fälle, in denen die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie, Hirnembolus und Eklampsie grosse Schwierigkeiten machte. Beide verliefen tödlich und es wurden mikroskopische Herdchen im Gehirn nachgewiesen. Vielleicht sind die Fälle analog der Fälle von Herdepilepsie, bei denen von einem alten encephalitischen Herd epileptiforme Anfälle ausgelöst werden, die sich in nichts von echten epileptischen unterscheiden. In den beschriebenen Fällen handelte es sich sicher um Pseudoeklampsie.)
3. de Josselin de Jong, R., Scheuring van de zwangere baarmoeder. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 7. p. 367. (Holländisch.) (Ein Fall mit ausführlicher Krankengeschichte und Sektionsbefund. Es hatte Verdacht auf kriminellem Abort bestanden. Dieses konnte jedoch ausgeschlossen werden, ebenso wie Durchwachsung der Uteruswand mit Chorionzotten. Ursache der spontanen Ruptur war Dünnwandigkeit der Gebärmutter, ohne Ursache für letztere in der Anamnese. Verf. teilt ferner noch einen Fall mit von Ruptur eines schwangeren Horns eines Uterus bicornis asymmetricus. 3 Zeichnungen im Text und 6 photograph. Abb. auf 2 Tafeln. Literatur im Text.)
4. Kouwer, B. J., Sectio caesarea wegens loslating der placenta; levend kind. (Kaiserschnitt wegen vorzeitiger Lösung der Plazenta; lebendes Kind.) Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 16. Jan. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. p. 193. (Holländisch.) (Klinische Beschreibung des genau verfolgten Falles. In der Uteruswand wurden die blau durchschimmernden subserösen Blutungen — Apoplexia uteri, auf der noch in letzter Zeit von französischer Seite hingewiesen wurde — beobachtet. Sie waren jedoch nicht so ausgedehnt, dass der Uterus entfernt zu werden brauchte. Das Kind war fast ausgetragen, asphyktisch und starb nach einer Stunde.)
5. Meurer, R. J. Ph., Sectio caesarea wegens myoma uteri; thrombose. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 19. Nov. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1917. Bd. 26. Heft 1. p. 100. (Holländisch.) (Indikation zur Operation war die Verlegung des kleinen Beckens durch den Tumor. Der grösste Tumorknoten wurde, nachdem das in Steisslage liegende Kind extrahiert war, enukleiert; die anderen wurden zurückgelassen. Im Wochenbett Thrombose. Heilung.)
6. Mingelen, P. C. R., De levenskansen der te vroeg geboren kinderen. (Die Lebensaussichten der vorzeitig geborenen Kinder.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz.

en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 4. p. 173. (Holländisch.) (Statistisches über ein Material von 451 zu früh geborenen Kindern der Leydener Klinik. Alle wurden im Kouveusenzimmer verpflegt. Es starben in der Klinik 192; infolgedessen wurden 57,4% lebend entlassen, nachdem sie ein Körpergewicht von 3 kg erreicht hatten. Von 35 konnten jetzt keine Nachrichten mehr erhalten werden; 63 = 25% sind gestorben und 161 = 35,7% sind folglich noch am Leben. Von diesen ist von 7 bekannt, dass sie körperlich wie geistig rückständig sind, 7 andere sind körperlich gut, geistig mangelhaft entwickelt, 13 körperlich schlecht gewachsen; also im ganzen 16,8% sind minderwertig (wahrscheinlich sogar noch mehr). Letztere waren nicht die zartesten bei der Geburt. Erst bei einem Geburtsgewicht von 1,700 kg sind die Aussichten für die weitere Entwicklung einigermassen günstig. Gut werden sie erst für Kinder von mindestens 2,5 kg, die also nicht vor Anfang des zehnten Schwangerschaftsmonats geboren sind.)

7. Nijhoff, G. C., De blaasmola beschouwd als ontwikkelingsstoornis van het bevruchte ei. (Die Blasenmole, betrachtet als Entwicklungsstörung des befruchteten Eies.) Vorläufige Mitteilung. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 19. März. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. p. 202. (Holländisch.) (Vortr. glaubt die Ursache der Blasenmole gefunden zu haben in einer Entwicklungsstörung des befruchteten Eies in dem Stadium, in dem embryonale Blutgefässe in dem Trophoblast eindringen und damit die Chorionzotte zu einem Organ des Embryos machen. Geschieht letzteres nicht, dann entwickelt sich die Zotte selbständig abnormalerweise weiter zur Molarblase. Vortr. begründet seine Ansichten in eingehender Weise. Aussprache: v. d. Hoeven und de Snoo können sich mit seinen Auffassungen nicht vereinigen.)

8. Ribbius, P., „Missed abortion". Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 24. Okt. 1915. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. p. 189. (Holländisch.) (Klinische Beschreibung eines Falles. Ausstossung nach Einlegen einer Schafsblase. Die Fälle scheinen nicht selten zu sein; Verf. sah 14 in seiner Privatpraxis und 2 Fälle von „missed labour". Aussprache: Nijhoff sieht in dem demonstrierten Präparat nur eine atypisch verlaufene Blasenmole und will überhaupt das Krankheitsbild „missed abortion" fallen lassen. Damit kann sich v. d. Hoeven absolut nicht vereinigen und dieser begründet ausführlich seine Meinung.)

9. Slingenberg, B., Over de aetiologie der zwangerschapstoxicosen. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 2. p. 125. (Holländisch.) (Zusammenfassende Übersicht. Nichts Eigenes.)

Zu Kapitel IV. Physiologie der Geburt.

1. Knappert, J., Pituïtrine in de verloskundige kliniek en polikliniek te Leiden. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 3. p. 119. (Holländisch.) (Auszug aus der Dissertation, referiert im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichtes, dieses Kapitel Nr. 34. — Heftiger Angriff gegen den Pituitrin-Missbrauch der Leidener Univ.-Frauenklinik (v. d. Hoeven), aus der diese Dissertation und Arbeit stammen, von M. M. de Monchy in Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 1. p. 5. Auszug siehe daselbst.)

2. de Monchy, M. M., Pituitrine-inspuitingen bij de baring. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 1. p. 5. (Holländisch.) (Heftiger Angriff gegen den Missbrauch, der von Pituitrin gemacht wird an der Leidener Univ.-Frauenklinik (v. d. Hoeven), wie hervorgeht aus der Dissertation und Arbeit von Knappert (siehe daselbst). Im Verhältniss zu der geringen Anzahl Fälle, in denen die Verabreichung dieses Wehenmittels indiziert ist, hat es unverdientes Aufsehen erregt. Verf. wendete es nur in 0,947% seiner eigenen Fälle an. Die damit verbundenen direkten Gefahren sind gering.)

Zu Kapitel VII. Pathologie der Geburt.

1. Boerma, N. J. A. F., Een eigenaardige waarneming. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 10. p. 557. (Holländisch.) (Ringsum verlaufende Falte in der Cervix, ein Ostium internum vortäuschend. Letzteres liegt höher. Der Partus verlief spontan nach langer Dauer.)

2. Boudier, P., De baring bij het vernauwde bekken in de Leidsche kliniek en polikliniek. (Der Partus bei verengtem Becken in der Leidener Klinik und Poliklinik.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 5. p. 253. (Holländisch.) (Allgemeine Verhaltungsmassregeln; Indikationen und gegenseitige Abgrenzung der verschiedenen in Betracht kommenden operativen Verfahren. Jede Frau mit einer Conjugata vera unter 9,5 cm soll in der Klinik niederkommen. Nach den Indikationen der Leidener Klinik soll nicht mehr wie 0,7% der Geburten operativ beendet werden — abgesehen von Steisslagen, Querlagen und Placenta praevia.)

3. van Dongen, J. A., De gevallen van inversio uteri der Amsterdamsche vrouwenkliniek in de laatste 20 jaren. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 6. p. 299. (Holländisch.) (Neun im ganzen: 7 post partum und 2 durch Tumoren auf einem Materiale von 29 000 Patientinnen. Von den 7 puerperalen sind 2 in der geburtshilflichen Klinik selbst entstanden, also auf 12 000 Entbindungen. Ausführliche Krankengeschichten. Therapie: wenn manuelle Reposition nicht gelingt, Kolpeurynter; nicht operieren. Der eine operierte Fall ist gestorben, die 5 mit Kolpeurynter behandelten sind alle ohne Temperaturerhöhung, Komplikationen entzündlicher Art, Läsionen der Gebärmutter, Schmerzen usw. geheilt. Dauer der Kolpeurynterbehandlung wechselte von 1 Tag bis 1 Woche. Tabelle.)

4. Hart, D. Berry, The hunchback or gibbus pelvis (kyphotic pelvis; kyphosis pelvis). Edinburgh Med. Journ. Bd. 17. Heft 3. p. 150. (Mit 3 Abbildungen.)

5. Meurer, R. J. Ph., Baring bij bekkenvernauwing; achtereenvolgens: tang, hebosteotomie, keering, uterusruptuur, laparotomie. (Geburt bei engem Becken; nacheinander: Zange, Hebosteotomie, Wendung, Uterusruptur, Laparotomie.) Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 19. Nov. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1917. Bd. 26. Heft 1. p. 102. (Ergibt sich aus der Überschrift.)

6. Nijhoff, G. C., Perforeerende usuur van den achterwand der cervix uteri gedurende de baring. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 7. p. 353. (Holländisch.) (Beschreibung eines Falles von Durchreiben der hinteren Cervixwand auf dem Promontorium bei einer lange dauernden Geburt. Tod an akuter diffuser Peritonitis. Anschliessend kritische Literaturbetrachtung. 2 photographische Abb. auf 1 Tafel.)

7. — Demonstration des abgerissenen Kopfes eines unausgetragenen Fötus, entfernt bei einer Patientin, die mit unvollständiger Uterusruptur eingeliefert worden war. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 25. Okt. 1915. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. p. 192. (Holländisch.) (Wahrscheinlich hatte Placenta praevia vorgelegen. Der Arzt hatte wegen Blutung eingreifen müssen und soviel wie möglich von der Frucht und der Nachgeburt entfernt. Der Kopf war jedoch sitzen geblieben. Bei der Untersuchung wurde eine unvollständige Uterusruptur gefunden gleich über der Cervix; der Kopf war durch den Riss durchzufühlen und konnte mit der Kugelzange entfernt werden. Ungestörte Heilung.)

8. Reijs, H. J. O., Het asymmetrische bekken en de skoliose. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Bd. 60. Hälfte 1. Nr. 6. p. 443. (Holländisch.) (Auf Grund eines eingehenden kritischen Studiums zweier selbstbeobachteten Fälle und einiger Becken aus der Sammlung Vrolik in Amsterdam, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen. Häufiger wie bisher beschrieben wurde, findet man bei Skoliose ein asymmetrisches Becken. Es ist nicht wahrscheinlich, dass in der Mehrzahl der Fälle die Skoliose Ursache der Asymmetrie ist; meistens ist dieselbe primär und angeboren und kann die Skoliose veranlassen. Diese Becken sind vermutlich die Übergangsformen zwischen dem normalen und dem Naegelischen Becken. Die Asymmetrie ist während des Lebens zu diagnostizieren; Verf. gibt eine bestimmte Methode für die Beckenmessung an. Es ist noch keine bestimmte Regel bekannt, nach der die Skoliose beim asymmetrischen Becken zustande kommt. Besonders zu achten ist jedoch auf die lumbosakralen und sakralen Verbiegungen und Knickungen. 7 Abb. und schematische Zeichnungen. Literatur im Text.)

9. van de Velde, Th. H., Moeilijkheden bij de baring als gevolg van ontwikkelingsstoornissen der baarmoeder. III. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 5. p. 235. (Holländisch.) (Schon im Jahre 1915 deutsch erschienen in der Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.; siehe Auszug im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichts, dieses Kapitel Nr. 41.)

Zu Kapitel V. Physiologie des Wochenbettes.

1. Hoxel, J. W., Over een op de terugkeerende menstruatie abnormaal reageerende zogsecretie, en over de gevolgen daarvan voor de ervan genietende zuigeling. (Über eine auf die wiedereintretende Menstruation abnormal reagierende Milchabsonderung und deren Folgen für den Säugling.) Med. Weekblad. Bd. 23. Heft 1. p. 1. (Holländisch.) (Während der Menstruation erheblich vermehrte Milchabsonderung und starke Gewichtszunahme des Säuglings.)
2. Liddell, R. M. and C. E. Tangye, A case of intrauterine scarlet fever. Brit. Med. Journ. Nr. 2907. (Vier von den fünf Kindern hatten Scharlach. Die zeitig isolierte Mutter kam 16 Tage später nieder. Der Neugeborene häutet über den ganzen Körper und hat Spuren Eiweiss im Urin; ist übrigens gesund. Die Mutter hatte im Alter von 10 Jahren Scharlach durchgemacht.)
3. Mingelen, P. C. R., De beteekenis van het initiale warmteverlies voor het te vroeg geboren kind. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 6. p. 331. (Holländisch.) (Aus dem Vergleich grösserer Statistiken über die Mortalität von innerhalb der Klinik zur Welt gekommener und von ausserhalb zur weiteren Pflege hereingebrachter zu früh geborener Kinder geht hervor, dass die meisten infolge des initialen Wärmeverlustes starben. Die Resultate der Kouveusenbehandlung werden bedeutend besser werden, wenn es gelingt, die Abkühlung der Kinder gleich nach der Geburt und besonders beim Transport in die Klinik zu verhindern oder auf ein Minimum zu beschränken. Dies ist möglich bei zeitigem Erkennen des Zustandes und dem Identifizieren der Kinder als zu früh geboren.)
4. Scheltema, G., Geitemelk als zuigelingenvoedsel. (Ziegenmilch als Säuglingsnahrung.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 7. p. 407. (Holländisch.) (In der Gegend, aus der das Material der Groninger Kinderklinik stammt, werden sehr viele künstlich genährte Säuglinge mit ausschliesslicher Ziegenmilch grossgezogen. Bei diesen Kindern stellt sich auffallend häufig schwere Anämie mit Milz- und Leberschwellung ein. Verf. glaubt an einen Zusammenhang und bittet um nähere Beobachtung.)

Zu Kapitel VIII. Pathologie des Wochenbettes.

1. van Dongen, J. A., Een geval van inversio uteri. Nederl. Gyn. Vereeniging. Sitzg. v. 24. Okt. 1915. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 3. p. 186. (Holländisch.) (Gleich nach der Entbindung, nach der die Plazenta durch gewaltsamen Credéschen Handgriff entfernt worden war, wurde der Tumor für ein submuköses Myom gehalten und wegen des Zustandes der Patientin der Uterus tamponiert. Nach einigen Tagen hatte die Inversio zugenommen und auf der Kuppe, die in der Vagina sichtbar war, sassen Plazentarreste. Bei der Entfernung derselben wurde das Peritoneum eröffnet. Neue Tamponade. Nachdem die Temperatur während 2 Wochen normal geworden war, wurde mittelst Kolpeuryntcrbehandlung der Uterus reinvertiert, was ohne Schwierigkeiten in einer Woche gelang. Aussprache: v. Rooij und de Snoo teilen Fälle mit, in denen nach einem, resp. einigen Tagen spontan Reinversion eintrat. Ersterer hatte einen in Adrenalin getränkten Tampon eingelegt. Ribbius gelang eine Inversion noch nach vielen Monaten, in Narkose. Nijhoff hält die Kolpeuryntcrbehandlung für nicht unbedenklich und hätte nach Ablauf des Wochenbettes operativ eingegriffen.)
2. Engelhard, J. L. B., De rol van Fraenkels gasbacil in het kraambed en tijdens de baring. (Die Rolle des Fraenkelschen Gasbazillus im Wochenbett und während der Geburt.) Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 25. Heft 4. p. 253. (Holländisch.) (Foudroyante Sepsis, in 24 St. zu Tode führend. Charakteristisch die braunrote Verfärbung der Haut, Fehlen lokaler Entzündungserscheinungen und der gasbildenden Fötus ohne Geruch. Verf. erwähnt die weniger bekannten Fälle in der Literatur, darunter zwei holländische. Die Bazillen konnten in der Uteruswand und in der Milz nachgewiesen werden. Krimineller Abortus war die Ursache. Verf. gibt weiter eine erschöpfende Zusammenfassung der Arbeiten, die sich mit der Rolle des Fraenkelschen Gasbazillus im Wochenbett und während der Geburt befassen. Tödlicher Verlauf ist Ausnahme.)

Zu Kapitel XII. Geburtshilfliche Operationen.

1. v. d. Hoeven, P. C. T., Het tijdstip, waarop de partus arte praematurus bij bekkenvernauwing moet worden opgewekt. (Der Zeitpunkt, an dem bei Beckenverengerung der Partus arte praematurus eingeleitet werden soll.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 4. p. 188. (Holländisch.) (Es ist für das Kind von der grössten Bedeutung, dass es geboren wird, ohne dass der Schädel konfiguriert zu werden braucht und noch mehr, dass keine Kunsthilfe nötig ist. Andernfalls ist die Gefahr für Tod infolge Hirnblutung und Hirndruck und für spätere geistige Minderwertigkeit (Idiotie, Epilepsie) gross. Bei Beckenverengerung soll also die Geburt stattfinden, solange die Distantia biparietalis des kindlichen Schädels noch nicht grösser ist wie die Conj. vera des mütterlichen Beckens. Dies lässt sich feststellen durch die Tatsache, dass der Kopf noch nicht über der Symphyse nach vorne vorwölbt. Dieser Zeitpunkt stellt die obere Grenze für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt dar. Die untere Grenze liegt wegen der Lebensfähigkeit des Kindes bei dem Anfang des zehnten Monats der Schwangerschaft. Liegt das Kind nicht in Schädellage, so muss die Conj. vera gemessen werden. Der Partus arte praematurus soll dann eingeleitet werden in dem Augenblick, in dem die Zahl der Schwangerschaftsmonate so gross geworden ist wie die Zahl der Zentimeter der Conjugata vera. Jedoch nie vor dem neunten Monat und nie bei einer Conj. vera kleiner als $8^1/_2$ cm. Bei der Berechnung der Schwangerschaftsdauer teilt man am besten den Unterschied zwischen der eigenen und der mütterlichen Berechnung in drei gleiche Teile und gibt der Mutter $^2/_3$ davon zu. In dieser Weise ist man vor Überraschungen behütet und wird die Prognose der Geburt bei Beckenverengerung günstig, besonders auch für das Kind. Nach v. d. Hoeven „wird es mehr wie Zeit, dass wir Geburtshelfer einsehen, dass wir die Ursache des Leidens manchen idioten und epileptischen Kindes sind".)
2. Mingelen, P. C. R., De latere levenskans der te vroeg geboren kinderen, beschouwde in verband met de kunstmatige vroeggeboorte. (Die späteren Lebensaussichten der zu früh geborenen Kinder, mit Rücksicht auf die künstliche Frühgeburt.) Diss. in Leiden, Juni (Verlag Eduard Ydo, Leiden), 73 Seiten. (Holländisch.) (Das wichtigste dieser Dissertation ist in einer kürzeren Arbeit in der „Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk." zusammengefasst. Siehe das Referat dort.)

Zu Kapitel X. Kindliche Störungen.

1. Honig, J. G. A., Monopus en xypho-omphalopagus. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 8. p. 428 u. Heft 9. p. 481. (Holländisch.) (Zwei Fälle aus eigener Praxis, mit ausführlichem Geburtsbericht, je 3 Abbildungen auf sechs Tafeln, darunter 2 Röntgenogramme und einer schematischen Zeichnung. Verf. geht, an der Hand der Bolkschen Auffassungen auf die Genese dieser Monstra ein.)
2. de Lange, C., Zur Klinik der frühinfantilen und kongenitalen spinalen Lähmungen. Psychiatr. en Neurol. Bladen. Bd. 20. Heft 1.
3. de Lint, J. G., De geschiedenis van den partus bij diplopagi. Nederl. Gyn. Vereen. Sitzg. v. 19. Nov. Bericht: Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. 1917. Bd. 6. Heft 2. p. 83. (Holländisch.) (Nicht zu einem Referat geeignet. Als Originalartikel veröffentlicht in der Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1917. Bd. 26. Heft 1. p. 1.)
4. Rossem, C. D. van, Hernia funiculi umbilicalis. Nederl. Vereeniging v. Heelkunde. Sitzg. v. 5. März. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 18. p. 1614. (Holländisch.) (Fünf Fälle ausführlich mitgeteilt. Operation gleich nach der Geburt. Meckels Divertikel oder Reste des Ductus omphalomeseraicus wurden nicht gefunden. Auch die Theorie Reichels fand keine Bestätigung. Verf. kann sich nicht zu der einen oder anderen Auffassung der Entstehungsursache entschliessen.)
5. Stigter, P. J., Enkele teratologische beschouwingen naar aanleiding van diplopagi, geboren in de obstetrische kliniek te Leiden. Diss. in Leiden, Dez.
6. Timmer, H., Navelstrengbreuken. (Nabelschnurbrüche.) Nederl. Vereeniging. v. Heelk. Sitzg. v. 5. März. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 18. p. 1616. (Holländisch.) (Von 10 Fällen wurden 8 operiert und 2 exspektativ behandelt; letztere heilten spontan. Von den 8 operierten starben vier. In der Hälfte der Fälle

gehörte die Leber zum Bruchinhalt. Vortr. geht auf den Bau des Bruchsackes, die embryonale und fötale Entstehung desselben näher ein. 2 schematische Abbildungen.)

7. de Vries, E., Beschrijving van een anencephalus. (Beschreibung eines Anencephalen.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 2. p. 74. (Holländisch.) (Siehe Referat im vorigen Jahrgang dieses Jahresberichts, dieses Kapitel Nr. 9. Hier verkürzt wiedergegeben mit 1 photographisch makroskopischen und 2 schematisch mikroskopischen Abbildungen auf 2 Tafeln.)
8. Weve, H., Een geval van dubbelzijdigen microphthalmus congenitus met orbitopalpebraalcysten en linkszijdige hazenlip. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 13. p. 1087. (Holländisch.) (Im Anschluss an die ausführliche klinisch-anatomische Beschreibung des Falles eingehende genetische Betrachtungen. Der gemeinschaftliche Charakter der Entwicklungshemmung sowie die Entstehung am Ende derselben Embryonalwoche machen es in hohem Masse wahrscheinlich, dass den verschiedenen Missbildungen eine gemeinschaftliche Ursache zugrunde liegt. Man könnte dabei an die Möglichkeit einer primären Gefässstörung, wie embryonalen Gefässembolie oder tonischen Gefässveränderung denken. 2 photographische Abb. auf 1 Tafel und 4 schematische Zeichnungen im Text.)
9. Winkler, C., Over de hersenen bij een cycloop. Amsterdamsche Neurologenvereeniging. Sitzg. v. 4. Nov. 1915. Bericht: Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1. Hälfte. Nr. 11. p. 954. (Holländisch.) (Nicht zu einem kurzen Referat geeignet; im Original nachzusehen.)
10. Wesselink, D. G., De prognose van de stuitgeboorte. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en Kindergeneesk. Bd. 5. Heft 9. p. 485. (Holländisch.) (Bericht über die mit Extraktion am spontan geborenen Steiss behandelten Steisslagen der Leidener Univ.-Klinik und Poliklinik (v. d. Hoeven) in den letzten 10 Jahren. Im ganzen 337 Fälle. Verf. verteidigt dieses Verfahren, von dem er alle Vor- und Nachteile einer eingehenden Betrachtung unterzieht, besonders der äusseren Wendung gegenüber.)

Zu Kapitel XI. Gerichtsärztliche Geburtshilfe.

1. Wartena, S., Onpijnlijke weëen. (Schmerzlose Wehen.) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 2. Hälfte. Nr. 19. p. 1722. (Holländisch.) (23jährige I para kam nieder ohne jegliche Schmerzen. Ausser etwa 8 pro Mille Eiweiss im Urin, Ödem an den Knöcheln und Zwillinge alles normal. Auch die Austreibung der beiden Plazenten wurde nicht schmerzhaft empfunden.)

Autoren-Register.

Die **fett** gedruckten Ziffern zeigen Referenten an.

G.

N.

R.

S.

T.

U.

V.

Die Ernährung des Säuglings.

Eine kurze Darstellung zum praktischen Gebrauche für Studierende und Ärzte.

Von

Professor Dr. **St. Engel,**
Leitender Arzt des städtischen Säuglingsheims, der Kinderabteilung des städtischen Krankenhauses sowie des Säuglings- und Kinderschutzes der Stadt Dortmund.

Mit einem Geleitwort

von

Professor Dr. **Schlossmann.**

Mit 15 Abbildungen im Text.

Preis Mk. 3.20.

Aus dem Inhalt:

Anatomie und Physiologie der Verdauung.
Einleitung. — Anatomie. — Verdauung. — Stoffwechsel. — Kraftwechsel.

Die Milch.
Entwicklung, Bau und Funktion der Milchdrüse. — Allgemeine Chemie und Biologie der Milch. — Kolostrum.

Zwiemilchernährung.
Indikationen. — Wahl und Dosierung der Beinahrung. — Technik. — Die Entwöhnung. — Schwierigkeiten der Entwöhnung. — Rückkehr von der Flasche zur Brust.

Schwierigkeiten bei der Säuglingsernährung.
Gesundheit und Ernährung. — Konstitutionelle Abartung. — Leichte Ernährungsstörung. — Infektionen. — Mangelhafte Pflege. — Sommerhitze.

Anhang 1. Ernährung der Frühgeburten.

Anhang 2. Die Zubereitung der Säuglingsnahrung. — Messung und Wägung. — Zubereitung. — Rezepte.

Anhang 3. Kindermehle und Dauermilch.

Anhang 4. Kaloriengehalt der Säuglingsnahrung (Tabelle).

Aus Besprechungen:

Das Büchlein wendet sich vorzugsweise an die praktischen Ärzte und setzt — wir halten das für einen grossen Vorzug — so gut wie nichts voraus. In pädagogisch ausgezeichneter Darstellung gibt Verf. dem Leser ein Bild von der Ernährung des Säuglings und deren Schwierigkeiten. Wir glauben, dass vielen Ärzten mit einem solchen Büchlein sehr gut gedient ist, da es sich natürlich von allen theoretischen Streitfragen freihält, oder, wo sie erwähnt werden, sie nicht kritisch behandelt, was für den Praktiker wohl der wichtigste Standpunkt ist. . . . *Therapeutische Monatshefte.*

Handbuch der Frauenheilkunde

für Ärzte und Studierende.

Bearbeitet von

Prof. Dr. **Amann**-München, Prof. Dr. **Baisch**-Stuttgart, Prof. Dr. **Beuttner**-Genf, Prof. Dr. **v. Franqué**-Bonn, Prof. Dr. **Füth**-Köln, Prof. Dr. **Halban**-Wien, Privatdozent Dr. **Jaschke**-Giessen, Prof. Dr. **Jung**-Göttingen, Prof. Dr. **Knauer**-Graz, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Menge**-Heidelberg, Prof. Dr. **Opitz**-Giessen, Prof. Dr. **Pankow**-Düsseldorf, Prof. Dr. **Schröder**-Dortmund, Prof. Dr. **Sellheim**-Tübingen, Prof. Dr. **Tandler**-Wien, Prof. Dr. **Walthard**-Frankfurt a. M.

Herausgegeben von

C. Menge, Heidelberg und **E. Opitz,** Giessen.

Mit 374 zum Teil farbigen Abbildungen im Text.

Preis geb. Mk. 16.—.

Allgemeiner Teil.

I. **Entwicklungsgeschichte.** Von J. Tandler, Wien.
II. **Anatomie.** Von J. Tandler, Wien.
III. **Physiologie der weiblichen Genitalien.** Von H. Schröder, Dortmund.
IV. **Hygiene und Diätetik des Weibes.** Von C. Menge, Heidelberg.
V. **Allgemeine Symptomatologie.** Von K. Baisch, Stuttgart.
VI. **Über den Einfluss von Allgemeinerkrankungen des Körpers auf den Genitalapparat und umgekehrt.** Von M. Walthard, Frankfurt a. M.
VII. **Beziehungen der Erkrankungen der Genitalien zu den Nachbarorganen und umgekehrt.** Von Erich Opitz, Giessen.
VIII. **Die gynäkologischen Untersuchungsmethoden.** Von H. Sellheim, Tübingen.
IX. **Allgemeine Therapie.** Von Erich Opitz, Giessen.
X. **Asepsis und Antisepsis.** Von Erich Opitz, Giessen.

Besonderer Teil.

1. Systemerkrankungen.

XI. **Die Sterilität.** Von K. Baisch, Stuttgart.
XII. **Die gonorrhoischen Erkrankungen des weiblichen Genitaltraktus.** Von J. A. Amann, München.
XIII. **Ulcus molle und Lues.** Von H. Füth, Köln.
XIV. **Tuberkulose.** Von H. Füth, Köln.
XV. **Septische Erkrankungen.** Von Erich Opitz, Giessen.
XVI. **Verletzungen.** Fremdkörper und deren Folgen (Fisteln) ausschliesslich Verlagerungen. Von G. Knauer, Graz.
XVII. **Pathologische Lage und Gestaltsveränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane.** Von J. Halban, Wien.
XVIII. **Missbildungen.** Von O. Pankow, Düsseldorf.
XIX. **Tierische Parasiten.** Von H. Füth, Köln.

2. Organerkrankungen.

XX. **Die Erkrankungen der Vulva.** Von Rud. Th. Jaschke, Giessen.
XXI. **Erkrankungen der Vagina.** Von Rud. Th. Jaschke, Giessen.
XXII. **Uterus.** Von Erich Opitz, Giessen.
XXIII. **Erkrankungen der Eileiter.** Von O. von Franqué, Bonn
XXIV. **Erkrankungen des Eierstocks.** Von O. von Franqué, Bonn.
XXV. **Beckenbindegewebe und Beckenbauchfell.** Von Ph. Jung, Göttingen.
XXVI. **Die Erkrankungen der weiblichen Harnorgane.** Von O. Beuttner, Genf.
XXVII. **Darm.** Von Erich Opitz, Giessen.

Franz von Winckel

Geheimer Medizinalrat, Professor und Direktor der Kgl. Universitäts-Frauenklinik in München.

Achtzehn Vorträge

aus seinem Nachlasse.

Herausgegeben von

Dr. **M. Stumpf,**

Honorarprofessor an der Kgl. Universität und Professor an der Kgl. Hebammenschule in München.

Mit einem Porträt.

Preis Mk. 7.—.

Inhalt:

Handbuch der Gynäkologie.

Unter Mitwirkung von Fachgenossen

herausgegeben von

J. Veit in Halle a. S.

Zweite gänzlich umgearbeitete Auflage.

Komplett in Halbfranz gebunden Mk. 128.80

Erster Band. Mk. **16.60**, geb. Mk. **19.—.**

Die Verhütung der Infektion in der Gynäkologie. Von K. Franz, Kiel. — Lage- und Bewegungs-Anomalien des Uterus und seiner Nachbarorgane. Von O. Küstner, Breslau. — Die Myome des Uterus.

I. Anatomie und Histogenese der Myome und Fibrome. Von R. Meyer, Berlin. — II. Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Prognose der Myome. Von J. Veit, Halle. — III. Die elektrische Behandlung der Uterusmyome. Von R. Schaeffer, Berlin. — IV. Die palliative Behandlung und die vaginalen Operationen der Uterusmyome. Von J. Veit, Halle. — V. Die abdominalen Myomoperationen. Von R. Olshausen, Berlin. — VI. Myom und Schwangerschaft. Von R. Olshausen, Berlin.

Zweiter Band. Mk. **15.40**, geb. Mk. **17.80.**

Die gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane. Von E. Bumm, Berlin. — Die Entzündungen der Gebärmutter. Von A. Döderlein, München. — Die Atrophia uteri. Von A. Döderlein, München. — Die Erkrankungen der weiblichen Harnorgane. Von W. Stoeckel, Marburg.

Dritter Band, I. Abteilung. Mk. **14.—**, geb. Mk. **16.40.**

Die Menstruation. Von R. Schaeffer, Berlin. — Erkrankungen der Vagina. Von J. Veit, Halle. — Die Hämatocele. Von F. Fromme, Berlin. — Das Sarcoma uteri. Von R. Meyer, Berlin und J. Veit, Halle.

Anatomie und Histogenese der Uterussarkome. Von R. Meyer, Berlin. — Klinik der Uterus-Sarkome. Von J. Veit, Halle a. S. — Das Endotheliom des Uterus. Von R. Meyer, Berlin. — Die heterologen mesodermalen Kombinationstumoren, sogen. Mischgeschwülste des Uterus. Von R. Meyer, Berlin. — Klinik der Mischgeschwülste des Uterus. Von J. Veit, Halle.

Dritter Band, II. Abteilung. Mk. **10.80**, geb. Mk. **13.20.**

Anatomie des Carcinoma uteri. Von G. Winter, Königsberg. — Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Radikalbehandlung des Gebärmutterkrebses. Von A. Koblanck, Berlin. — Die palliative Behandlung des inoperablen Karzinoms. Von F. Fromme, Berlin. — Uteruskarzinom und Schwangerschaft. Von O. Sarwey, Rostock. — Das maligne Chorionepitheliom. Von J. Veit, Halle.

Vierter Band, I. Abteilung. Mk. **16.60**, geb. Mk. **19.—.**

Die Erkrankungen des Eierstockes und des Nebeneierstockes. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. Kroemer in Berlin, bearbeitet von Prof. Dr. J. Pfannenstiel in Kiel.

Vierter Band, II. Abteilung. Mk. **14.—**, geb. Mk. **16.40.**

Die Erkrankungen der Vulva. Von J. Veit, Halle. — Die Peritonitis. Von F. Fromme, Berlin. — Bildungsfehler der weiblichen Genitalien. Von K. Menge, Heidelberg.

Fünfter Band. Mk. **24.60**, geb. Mk. **27.—.**

Über Geistes- und Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, im Wochenbett und in der Säugungszeit. Von G. Anton, Halle. — Die Erkrankungen der Tube. Von F. Fromme, Th. Heynemann und J. Veit, Halle. — Die Krankheiten des Beckenbindegewebes. Von R. Freund in Berlin. — Über die normale Entwickelung des weiblichen Genitalapparates. Von A. Spuler, Erlangen. Sach- und Namen-Register.

Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G., Würzburg.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07672 2241



